



ICRML
Institut canadien
de recherche
sur les minorités
linguistiques

CIRLM
Canadian Institute
for Research
on Linguistic
Minorities

Les conditions favorables à l'établissement de services de santé pour les aînés francophones

Rapport

Préparé par

Éric Forgues

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques

Yves Couturier

Université de Sherbrooke

Avec la collaboration de

Francine Deroche

pour la

Société Santé en français



31 mars 2014

Les conditions favorables à l'établissement de services de santé pour les aînés francophones

Rapport

Les conditions favorables à l'établissement de services de santé pour les aînés francophones

Rapport

Préparé par

Éric Forgues

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques

Yves Couturier

Université de Sherbrooke

Avec la collaboration de

Francine Deroche

pour la

Société Santé en français



ICRML
Institut canadien
de recherche
sur les minorités
linguistiques

CIRLM
Canadian Institute
for Research
on Linguistic
Minorities



Société **Santé**
en français

Moncton (Nouveau-Brunswick)

31 mars 2014

ISBN 978-1-926730-33-2

© **Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques/**

Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

18, avenue Antonine-Maillet

Pavillon Léopold-Taillon, pièce 410

Université de Moncton, Campus de Moncton

Moncton (Nouveau-Brunswick), Canada, E1A 3E9

Téléphone : 506.858.4669 Télécopieur : 506.858.4123

Site Web : www.icrml.ca

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2014

Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada

Table des matières

Remerciements	9
Sommaire	11
Liste des acronymes	18
1. Introduction.....	19
2. Contexte de l'étude.....	21
2.1. Le vieillissement en milieu francophone minoritaire	21
3. Objectifs de l'étude, cadre conceptuel et méthodologie	25
3.1. Les objectifs de l'étude.....	25
3.2 Le cadre conceptuel	25
3.3. La méthodologie.....	30
4. Projets à l'étude	34
4.2. Les projets pilotes	35
4.2.1. L'amélioration de l'accès aux services de santé en français pour les personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital.....	36
4.2.2. Améliorer l'accès des personnes âgées de l'Île-du-Prince-Édouard aux services de santé en français	44
5. Conditions favorables.....	50
5.1. La phase préparatoire du projet	50
5.1.1. La prise en compte du contexte juridique	53
5.1.2. La prise en compte du contexte politique	56
5.1.3. La prise en compte du contexte de gestion	57
5.2. La mise en œuvre des projets	59
5.2.1. L'engagement des partenaires et la formation des équipes de travail	60
5.2.2. L'analyse	65
5.2.3. L'organisation des activités.....	70
5.2.4. La mise en œuvre	74
5.3. L'évaluation des projets	76
5.4. La pérennité des projets.....	77



6. Synthèse des apprentissages réalisés	78
7. Résultats obtenus à la lumière des meilleures pratiques dans l'organisation des services aux aînés	83
7.1. Une autre approche intégrative : l'animation de liens sociaux	88
7.2. La gestion de cas	90
8. Pistes pour le transfert des connaissances	93
8.1. Les conditions favorables	94
8.2. Planifier le transfert des connaissances	96
Conclusion	99
Annexe Liste de documents	103

Remerciements

La présente analyse n'aurait pas pu être menée à terme sans l'appui financier de bailleurs de fonds qui croient en l'importance de documenter les projets réalisés sur le terrain par des intervenants qui œuvrent en vue de favoriser l'accès aux services de santé en français. Cet appui permet de réunir des conditions propices au transfert des connaissances dans d'autres milieux, secteurs ou régions qui pourront bénéficier des apprentissages acquis par les promoteurs des projets. Nous remercions Santé Canada, qui a financé notre projet, et la Société santé en français (SSF), qui a permis l'allocation des ressources nécessaires à l'analyse de la mise en œuvre des projets pilotes. Nous remercions les

promoteurs du projet qui, en plus d'assurer la mise sur pied des projets pilotes, se sont investis dans les activités de recherche. Nous remercions tous les répondants et tous ceux qui ont contribué à la collecte des données. Nous remercions les membres du comité de suivi national pour leur aide continue tout au long du projet de recherche tant que facilitateurs et conseillers. Ce comité était composé de Caroline Vézina, Élise Arsenault, Rachel Milligan, Léonard Rivard et Annie Bédard. Nous remercions, enfin Mathieu Collette et Ornellia Mouyabi pour leur participation aux activités de recherche à titre d'assistants de recherche.



Sommaire

La Société Santé en français a appuyé deux projets pilotes au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard dont les objectifs consistaient à accroître l'offre de services de santé en français aux aînés francophones. Jusqu'à maintenant, le projet a eu des retombées significatives. Tout d'abord, il a mené directement à l'ouverture d'un voisinage bilingue dans un centre d'hébergement de soins de longue durée à Summerside, à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce voisinage est le fruit d'une étroite collaboration entre les partenaires du projet et le Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, qui y a vu une occasion importante pour la population francophone de la province. Le projet a également permis d'amorcer le travail dans une autre partie du continuum de services aux personnes âgées, soit une étude visant à mieux connaître les besoins réels des aînés francophones en matière de soins à domicile qui est en cours.

Au Manitoba, le projet a d'abord permis de connaître plus à fond et de mieux comprendre la situation actuelle des services aux aînés, les écarts dans la perspective d'une vision optimale de l'organisation des services de même que les causes de dysfonctionnements observés. L'élaboration d'un plan d'action (sous forme de carte stratégique) a permis de cerner des moyens précis pour améliorer la trajectoire

des usagers dans les services en français, notamment

- en créant une porte d'entrée pour les usagers qui se trouvent en situation de besoins et les fournisseurs chargés de mieux répondre à ces besoins;
- en renforçant les services d'accueil;
- en concevant un projet de transition destinés aux aînés francophones qui attendent un placement;
- en élaborant une stratégie concertée à propos des ressources humaines des établissements concernés.

Enfin, le *Guide de mise en œuvre du mandat linguistique d'Actiomarguerite*, centre d'hébergement de soins de longue durée, a été réalisé, puis mis en œuvre dans le cadre de ce projet.

La présente étude a pour objet de présenter les apprentissages accomplis dans la mise en œuvre de ces projets afin de faciliter à l'avenir la réalisation de projets similaires pour d'autres communautés ou d'autres secteurs présentant des besoins similaires. Elle prend appui sur une recherche documentaire et sur des entretiens individuels et collectifs auprès des personnes engagées dans la mise en œuvre des projets.



Les projets se sont déroulés dans les trois phases suivantes : *connaître, agir et transférer.*

- **Connaître** : Évaluer les besoins des personnes âgées, les services offerts, les meilleures pratiques d'organisation de services ainsi que les ressources humaines bilingues disponibles.
- **Agir** : Planifier et ouvrir les pistes d'action tout en renforçant le cadre conceptuel des « conditions favorables » à l'offre de services de santé en français.
- **Transférer** : Étendre et adapter les résultats du projet à d'autres provinces ou à d'autres populations et du même coup influencer les décideurs et les partenaires.

La phase *transfert* devient cruciale dans un contexte d'action où les acteurs du secteur de la santé entendent accomplir des projets structurants propres à s'inspirer des projets antérieurs. Au terme de l'étude, nous avons révisé cette séquence de mise en œuvre en introduisant une étape de *préparation* préalable à la phase *connaître* qui permet de préciser le projet et ses objectifs ainsi que d'explorer les possibilités de sa réalisation. Nous croyons également qu'il s'avère nécessaire de prévoir l'insertion d'une phase intermédiaire de *transfert* entre les phases *connaître* et *agir* afin de mieux arrimer la mise en œuvre du projet sur les connaissances acquises au cours de la phase *connaître*.

Les principaux apprentissages réalisés dans le cadre de ce projet

1. La phase préparatoire

1. Cette phase préliminaire constitue une étape déterminante dans la définition du projet. Puisqu'elle permet de traduire des objectifs généraux en projet concret. Elle se révèle la plus difficile à planifier, notamment parce qu'elle se caractérise par des tâtonnements et une exploration des possibilités (politiques, administratives, financières et matérielles) de réalisation du projet.
2. Elle sert, entre autres, à déterminer les modalités du travail avec les acteurs du système de santé afin de déterminer si un partenariat est possible et si le contexte est favorable à la réalisation du projet.
3. Elle sert aussi à déterminer qui s'engagera dans le projet, à établir des liens de partenariat qui s'avéreront utiles tout au long du projet et à réunir les conditions d'un engagement dans la concertation.
4. Il apparaît d'emblée stratégique de fixer des objectifs précis et concrets au regard desquels le partenariat pourra se créer. La précision de la planification du projet a pour effet de faciliter et de favoriser l'engagement des partenaires et des décideurs.



5. La priorisation de projets plus ambitieux permet de réaliser une effectivité plus structurante et d'éviter de réduire le changement souhaité à une série de micro-changements.

1.1. La prise en compte du contexte juridique

6. Il importe de bien connaître le contexte juridique de la province où sera mis en œuvre le projet afin d'être pleinement conscient des obligations et des engagements des autorités gouvernementales.
7. Il importe également de cibler les dispositions législatives qui pourront servir aux promoteurs pour appuyer leurs demandes.
8. Il importe enfin de déterminer et d'utiliser stratégiquement la loi afin de rappeler aux gestionnaires des services publics leurs responsabilités en matière linguistique.

1.2. La prise en compte du contexte politique

9. La veille de l'activité politique permet de saisir les occasions favorables à la réalisation du projet.
10. Grâce à leur capacité de trouver des solutions concrètes qui régleront des problèmes signalés par divers intervenants, les acteurs francophones sur le terrain sont souvent les mieux placés pour aider les autorités gouvernementales à concrétiser leurs

engagements au titre des services de santé en français.

1.3. La prise en compte du contexte de gestion

11. Le fait de trouver appui dans des normes reconnues de qualité des services aidera à convaincre les gestionnaires, outre les obligations politiques ou juridiques, de l'importance de mettre à réaliser un projet en vue d'améliorer la prestation de services de santé en français.

2. La mise en œuvre du projet

12. Il importe d'inscrire l'action dans le cadre d'une méthode générale. L'application de cette méthode doit s'avérer suffisamment souple pour permettre tous les va-et-vient nécessaires entre les différentes étapes pour assurer l'adaptation continue de l'action aux conditions de mise en œuvre rencontrées.

2.1. La formation de l'équipe de travail et l'engagement des partenaires

13. Les réseaux relationnels des acteurs francophones en santé locaux, avec le système de santé majoritairement anglophone se révèlent une ressource féconde et décisive dans la réalisation du projet. Ils peuvent servir notamment à établir des partenariats, à faciliter la prise de décisions favorables au projet et à donner accès à des ressources jusque-là inconnues.

14. Une structure nationale de réseaux, comme celui de la santé en français, permet également d'étendre les réseaux collaboratifs.
15. Il est souhaitable de privilégier une démarche pragmatique pour créer les conditions nécessaires à une collaboration fructueuse. Elle pourra comporter une stratégie combative et active, pour autant qu'elle demeure réaliste.

2.2. L'analyse

16. Une connaissance approfondie de la situation que l'on souhaite changer et une sensibilisation éclairée aux conditions favorables améliorent les chances d'atteindre les objectifs visés. Avant de se lancer dans le projet, il importe pour les acteurs d'analyser les conditions à réunir pour assurer son succès. Il importe également de réfléchir aux connaissances et aux données nécessaires à sa réalisation.
17. Il est impérieux de prévoir les ressources financières, l'expertise et le temps requis pour analyser la situation linguistique que nous souhaitons améliorer afin d'asseoir la planification de l'action sur des connaissances solides et pertinentes.
18. La réalisation du projet suppose que les acteurs demeureront conscients des possibilités et des limites des ressources disponibles (financières,

humaines et matérielles) dans les limites desquelles ils devront travailler.

19. Au nombre des ressources à prévoir dans la mise en œuvre du projet, les promoteurs devront analyser les besoins en compétences et en expertises.
20. Le recrutement d'un gestionnaire ou d'un coordonnateur chargé de faire progresser le projet constitue une condition favorable.

2.3. Organisation des activités

21. L'organisation et la planification des activités exigent l'adoption d'une grande souplesse afin de préciser les moyens d'action pendant la mise en œuvre du projet, tout en tenant compte du caractère évolutif des situations.
22. Il importe au plus haut point de clarifier et distinguer minutieusement les rôles de chacun. Les acteurs devront s'assurer que le travail n'échoit pas à une seule ou à quelques personnes, que les membres savent très bien ce qu'ils ont à faire et que chacun contribue à la réalisation du projet.
23. La vie du partenariat peut être avantageusement soutenue par la désignation d'une personne chargée de prévoir la tenue des rencontres et des diverses activités d'appui à l'efficacité du travail partenarial.



24. Les promoteurs du projet devront assurer une veille dans leur environnement afin de déterminer la possibilité de synergies.
25. Il pourra s'avérer avantageux d'appliquer des dispositifs de réflexivité qui permettront de réfléchir pendant la mise en œuvre du projet aux défis à surmonter et aux facteurs facilitants tout en conservant une certaine distance par rapport aux activités.
26. Les succès du passé représentent une excellente carte de visite pour présenter un nouveau projet, d'où l'importance de produire, de conserver et d'utiliser des traces matérielles et écrites de ces réalisations.

2.4. Mise en œuvre

27. Il est souhaitable de bien arrimer la phase *agir* à la phase *connaître* en prévoyant un transfert des connaissances dans le cadre de la planification de l'action.
28. Il aura lieu d'identifier et d'appliquer une stratégie d'action adaptée à tous les intéressés.
29. Il faudra concevoir une stratégie de communication différente selon les groupes d'acteurs concernés par le changement quant à la portée et au sens des modifications visées par le projet.

30. La mise en œuvre du projet repose sur une communication efficace, laquelle exige que chaque partenaire et que toutes les personnes touchées par les projets soient informés de l'avancement du projet. Il faudra régler au fur et à mesure les problèmes susceptibles de survenir en examinant l'applicabilité des solutions envisagées.
31. Il est de bonne stratégie de faire participer à certaines activités des « champions » informés qui contribueront grandement à la réalisation du projet.

3. L'évaluation et la pérennité du projet

32. Il sera sage pour les promoteurs du projet de prévoir une phase d'*évaluation* qui approfondira la compréhension des résultats escomptés, notamment au regard des moyens utilisés pour atteindre les objectifs.
33. Les acteurs devront être conscients que le projet s'insère dans une démarche à long terme et qu'ils constituent de ce fait une étape dans cette démarche. En ce sens, plusieurs mesures seront envisagées afin d'assurer la continuité et la durabilité du projet que l'on veut structurant.
34. Dès la phase de planification du projet, ses promoteurs devront fixer les conditions propres à assurer la durabilité des résultats obtenus, même après sa fin formelle.

4. Le transfert des connaissances

35. Le transfert des connaissances devra faire l'objet d'une planification minutieuse et donner lieu à des activités appropriées.
36. Il importera de préciser avec les chercheurs le degré de participation des acteurs aux les activités de collecte de données car elles pourront se révéler plus ou moins exigeantes selon les méthodes employées.



Liste des acronymes

CCS : Conseil communauté en santé du Manitoba

CNFS : Consortium national de formation en santé

ORSW : Office régional de la santé de Winnipeg

RSSFÎPÉ : Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard

SSF : Société santé en français

1. Introduction

Depuis la fin des années 1990, les francophones qui vivent en situation minoritaire au Canada se sont mobilisés pour accroître l'accès aux services de santé en français. La volonté du gouvernement ontarien de fermer l'hôpital universitaire Montfort a suscité une forte mobilisation de la population francophone, d'abord en Ontario, puis ailleurs au pays. Le gouvernement fédéral canadien a répondu à cette mobilisation en investissant des sommes d'argent, depuis le début des années 2000, afin de promouvoir les services de santé en français, la formation de professionnels de la santé en français et la recherche dans le domaine de la santé. Afin d'appuyer les services de santé en français, le gouvernement fédéral finance la création d'un réseau de santé en français à la grandeur du pays. Coordonné à l'échelle nationale par le bureau de la Société santé en français (SSF), ce réseau a conclu des partenariats dans chaque province auprès des décideurs politiques, des gestionnaires des établissements de santé, des organismes communautaires, des établissements d'enseignement et des professionnels de la santé.

Le travail du réseau doit se moduler selon des contextes provinciaux différents. Par exemple, le droit d'obtenir des services de santé dans l'une des deux langues officielles n'est pas reconnu dans toutes les provinces au Canada. Si ce droit est clairement

reconnu au Nouveau-Brunswick et, dans une certaine mesure, en Ontario, dans les autres provinces, l'offre de services en français repose davantage sur l'engagement et la volonté des gouvernements provinciaux¹.

Notamment pour la prestation des services de longue durée dans des foyers d'hébergement, le droit d'obtenir des services en français pour les personnes âgées est encore moins reconnu puisque ces foyers ne sont pas assujettis à la *Loi sur les langues officielles* (Nouveau-Brunswick) ou à la *Loi sur les services en français* (Ontario). Dans ces provinces, seuls les soins offerts dans des établissements publics peuvent offrir une certaine assurance qu'ils le soient en français². Des démarches sont menées au Nouveau-Brunswick pour que les services aux personnes âgées dans les foyers soient

¹ Pour en savoir plus à ce sujet, voir Forgues *et al.* (2011), *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire*, Moncton, Rapport de l'ICRML. [en ligne] <http://icrml.ca/fr/recherches-et-publications/publications/par-titre/item/962-offre-services-sante-francais-contexte-minoritaire>

² Forgues *et al.* (2012), *La prise en compte de la langue dans les foyers de soins pour personnes âgées*, Moncton, L'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, [en ligne] <http://icrml.ca/fr/component/content/article/1003-conference-du-cnfs-la-langue-dintegration-des-aines-francophones-dans-les-foyers-de-soins-en-contexte-minoritaire>



assujettis à la *Loi sur les langues officielles*. Dans le cadre de la révision de cette loi, l'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick a réclamé plusieurs changements afin que soient pris en compte les besoins des aînés francophones dans l'organisation des services de longue durée³. Dans les autres provinces, rien ne garantit que les services offerts aux aînés francophones le soient en français.

Dans ce contexte où le droit des personnes âgées d'obtenir des services de santé en français est variable et plutôt fragile, les acteurs du réseau de santé en français doivent élaborer des stratégies pour accroître cette offre de services en français. Si, d'un côté, certaines initiatives communautaires tentent de faire reconnaître ce droit, de l'autre, plusieurs initiatives visent à promouvoir l'importance de la langue dans la qualité des services offerts. Les demandes de services en français peuvent se traduire par des projets concrets visant à trouver des solutions propres à favoriser une meilleure offre de services en français aux aînés francophones. C'est le cas des projets qui ont fait l'objet d'une étude que nous présentons ici.

La SSF a appuyé deux projets pilotes au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard dont les objectifs consistaient à accroître l'offre de services en français aux aînés

francophones. Elle a fait appel aux services de l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques et d'un chercheur de l'Université de Sherbrooke afin qu'ils puissent déterminer les apprentissages qui ont été acquis à l'occasion de la mise en œuvre des projets en vue de faciliter ultérieurement le transfert de connaissances à destination d'autres communautés ou d'autres secteurs qui éprouvent des besoins similaires et qui souhaitent mettre en œuvre des projets similaires. C'est dans cette perspective que le présent rapport a été rédigé.

³ Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick (2012), *Mémoire sur la révision de la Loi sur les langues officielles*, 18 septembre.

2. Contexte de l'étude

2.1. Le vieillissement en milieu francophone minoritaire

La langue des services de santé offerts aux personnes âgées représente une problématique complexe qui a fait l'objet de recherches⁴. Il s'agit, en fait, d'un nouveau chantier de recherche dont l'importance a été reconnue par la Fédération des aînées et aînés francophones du Canada (FAAFC)⁵ et qui en a fait une priorité de recherche. Plus précisément, elle en a défini cinq :

1. le vieillissement à domicile,
2. l'accès aux services de longue durée,
3. l'état de santé et la qualité de vie des aînés,
4. la promotion de la santé et la prévention de la maladie et
5. la santé mentale chez les aînés francophones.

Comme Forgues et collaborateurs⁶ l'ont montré, la problématique de l'accès aux

services de santé en français par les aînés francophones en milieu minoritaire se définit au croisement de trois enjeux distincts :

1. le vieillissement de la population, qui est plus accentué pour les francophones en milieu minoritaire,
2. l'accès à des services de santé en français qui fait l'objet depuis la fin des années 1990 d'une mobilisation accrue des acteurs francophones et
3. la vitalité des communautés en situation minoritaire, qui dépend, entre autres, de la capacité de vivre en français et de recevoir des services dans sa langue.

Le vieillissement

Comme dans l'ensemble des pays occidentaux, le Canada connaît un vieillissement de sa population⁷. Entre 2006

prise en compte de la langue dans les foyers de soins pour personnes âgées, Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, [en ligne] <http://icrml.ca/fr/component/content/article/1003-conference-du-cnfs-la-langue-dintegration-des-aines-francophones-dans-les-foyers-de-soins-en-contexte-minoritaire>.

⁷ Sur la situation du vieillissement dans le monde, il convient de se reporter à l'analyse intitulée *Le vieillissement de la population dans le monde*, parue en 2006 [en ligne] <http://www.rayonnementducnrs.com/bulletin/b42/vieillissement.pdf> et au numéro de la revue *Populations et sociétés* intitulé « Tous les pays du monde » et publié en 2013 http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1653/publi_pdf1_population_societes_2013_503_population_monde.pdf.

⁴ Par services de santé nous entendons les services publics, privés et communautaires qui visent l'amélioration de la santé physique, psychologique et spirituelle ou de la vie sociale des personnes âgées.

⁵ Fédération des aînées et aînés francophones du Canada (2008), *Priorités établies par la FAAFC en termes de recherche en santé pour les aînés francophones du Canada*, Ottawa, document interne.

⁶ Forgues, Éric, Charles Gaucher, Josée Guignard Noël, John Kabano et Jacques Michaud (2012), *La*

et 2011, la population âgée de 65 ans et plus a augmenté de 14,1 % pour s'établir à près de cinq millions de Canadiens (soit 14,8 % de la population totale, un record pour le Canada). Plus de 42 % des gens en âge de travailler (15-64 ans) sont âgés de plus de 45 ans. L'âge médian a atteint un sommet pour s'établir à 40,6 ans. De manière générale, le vieillissement se fait plus rapidement dans les milieux ruraux et dans les communautés francophones.

Le tableau ci-dessous indique les écarts des indices de vieillissement⁸ pour les populations francophones et anglophones. Entre 2006 et 2011, en moyenne, l'indice de vieillissement augmente chez les francophones, mais il diminue en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et dans les trois territoires. Comme en 2006, cet indice est plus élevé chez les francophones dans toutes les provinces en 2011. Il est plus de deux fois plus élevé dans neuf provinces et territoires.

⁸ L'indice de vieillissement se calcule en divisant le nombre de la population âgée de 65 ans et plus par celui de la population âgée de 0 à 14 ans.

Indices de vieillissement des francophones et des anglophones au Canada

Provinces et territoires	2006		2011	
	Francophones	Anglophones	Francophones	Anglophones
Terre-Neuve-et-Labrador	2,15	0,84	2,30	1,03
Île-du-Prince-Édouard	2,33	0,76	2,73	0,89
Nouvelle-Écosse	2,61	0,85	2,88	1,02
Nouveau-Brunswick	1,06	0,73	1,36	0,90
Québec	0,8	0,71	0,99	0,77
Ontario	1,29	0,56	1,44	0,65
Manitoba	2,24	0,48	2,32	0,54
Saskatchewan	5,42	0,57	4,75	0,60
Alberta	2,22	0,40	1,71	0,46
Colombie-Britannique	3,15	0,69	3,05	0,81
Territoire du Yukon	0,79	0,28	0,60	0,42
Territoires du Nord-Ouest	0,63	0,07	0,37	0,13
Nunavut	0,44	0,03	0,38	0,04
Canada	0,86	0,58	1,05	0,67

Source : Recensement de 2006, Statistique Canada.

Les projections démographiques de Statistique Canada montrent que « Selon tous les scénarios de projection retenus, l'augmentation de la proportion des 65 ans ou plus se poursuivra dans les prochaines années. Ce groupe représentera entre 23 % et 25 % de la population en 2036 et entre

24 % et 28 % en 2061, par rapport à 14 % en 2009. »⁹. En nombres absolus, ce rapport note qu'en 2036 « le nombre de personnes âgées serait plus du double de celui observé en 2009 et oscillerait entre 9,9 et 10,9 millions... » (*Idem*).

⁹Statistique Canada (2010), Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires 2009 à 2036, N° 91-520-X au catalogue [en ligne] <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2010001-fra.pdf>.



L'accès aux services de santé en français

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'enjeu de l'accès aux services de santé en français par les francophones en situation minoritaire suscite la mobilisation des acteurs francophones depuis la fin des années 1990. Leur mobilisation autour de cet enjeu a permis de prendre conscience de l'importance de la langue dans l'organisation des services de santé et de sensibiliser les milieux politiques et les décideurs dans les systèmes de santé à cet égard. Depuis le début des années 2000, dans toutes les provinces hormis le Québec, et dans les territoires, plusieurs initiatives sont entreprises par les organismes et les partenaires du réseau de santé en français pour assurer une offre de services de santé en français dans le secteur public principalement. L'enjeu de l'accès à des services de santé en français est perçu comme une condition pour garantir une meilleure santé de la population, par l'entremise de services de qualité dans lesquels la langue est prise en compte.

La langue de service et la vitalité de la communauté francophone

En devenant un espace où il est possible de recevoir des services en français, de vivre en français (si on pense aux résidences collectives) et même d'administrer les établissements de santé dans cette langue, le secteur de la santé contribue à la vitalité et à l'épanouissement de la communauté

francophone. Une des conclusions du Sommet des communautés francophones et acadiennes qui s'est tenu en 2007 souligne l'importance de vivre en français à toutes les étapes de la vie : « Aujourd'hui, les intervenants francophones et acadiens (...) réclament de vivre en français, de la petite enfance jusqu'en fin de vie, avec des services et des ressources de qualité, à la hauteur de ce qu'offre la Société canadienne »¹⁰.

Vieillesse, accès aux services de santé en français et vitalité des communautés et de la population francophone incitent donc les acteurs francophones, notamment ceux qui sont concernés par le sort des aînés francophones, à prendre des mesures propres à favoriser l'accès aux services de santé en français et pour accroître l'offre de ces services.

¹⁰FCFA (2007), Actes du Sommet des communautés francophones et acadiennes, p. 45. [en ligne] http://www.fcfa.ca/user_files/users/40/Media/SCFA-Actes_du_Sommet.pdf

3. Objectifs de l'étude, cadre conceptuel et méthodologie

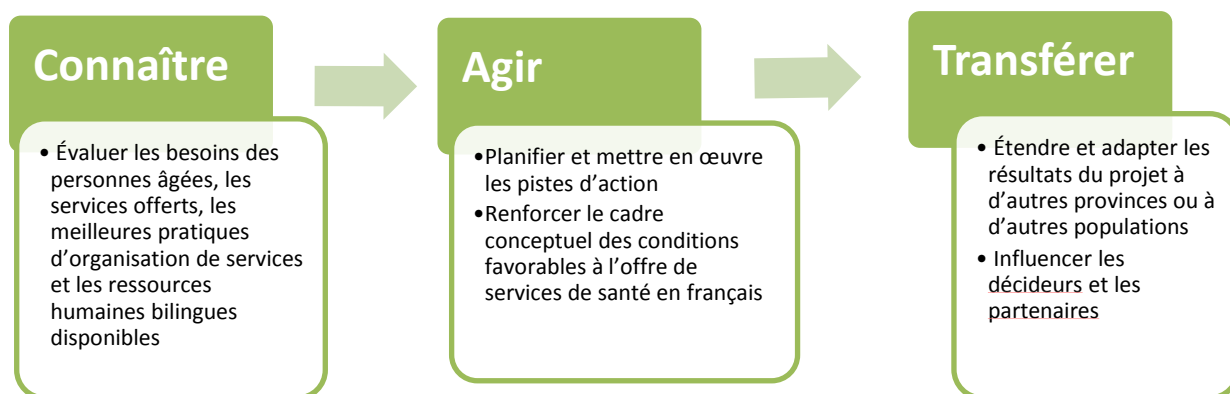
3.1. Les objectifs de l'étude

Notre analyse visait à cerner les conditions ayant favorisé la mise en œuvre de ces projets, la manière choisie par les acteurs pour améliorer l'offre de services de santé aux aînés et les apprentissages acquis par les acteurs au cours de leur mise en œuvre.

Elle constitue une étape nécessaire pour faciliter la mise en œuvre de projets similaires dans d'autres secteurs ou dans d'autres communautés où des acteurs voudraient accroître l'accès et l'offre de services de santé en français.

3.2 Le cadre conceptuel

Selon le modèle proposé par la SSF, les deux projets pilotes suivaient trois phases générales dans leur mise en œuvre :



Ces phases sont prises en charge par les acteurs chargés de la mise en œuvre des projets dans les régions concernées. Un comité de suivi dirigé par la SSF et composé des porteurs des projets et des chercheurs retenus pour la phase de transfert assure les suivis et la diffusion des données sur l'avancement des projets. Ce partage s'avérait essentiel pour permettre à l'équipe de recherche d'être tenue informée des modalités de mise en œuvre des projets. Pour les chercheurs, il contribuait à déterminer les conditions favorables et défavorables à l'implantation des projets en vue de leur transmission vers d'autres

contextes. Les trois phases étaient appuyées et coordonnées sur le plan national par la SSF, dont le rôle a consisté à :

- faciliter l'accès aux ressources financières pour la mise en œuvre des projets et pour l'acquisition des apprentissages;
- promouvoir l'étude des projets pour faciliter d'éventuels transferts de connaissances;
- offrir un effet levier et une légitimité aux organismes provinciaux pour

obtenir un appui des partenaires locaux;

cadre conceptuel pour orienter la démarche.

- apporter un appui-conseil et une expertise dans la réalisation des projets en proposant notamment un



Tant en ce qui concerne la SSF que des organismes provinciaux engagés dans les projets, les intervenants s'inspiraient d'un cadre théorique élaboré par Forgues et collaborateurs¹¹. La mise en œuvre des projets s'est ainsi planifiée en tenant compte des dimensions internes et externes des établissements de soins de longue durée et de leurs dimensions externes pouvant influencer l'offre de services de santé en français. De façon générale, les

contextes dans lesquels travaillent les acteurs sociaux qui entendent transformer une situation influencent leurs actions. Voici les dimensions internes ou externes susceptibles d'influencer les organisations prestataires de services de santé en contexte minoritaire :

- S'agissant des facteurs externes aux établissements de soins de longue durée, mentionnons 1) les ressources et le financement disponibles pour réaliser des activités, 2) le cadre juridique et réglementaire tout comme les politiques linguistiques provinciales, 3) les demandes exprimées par les organismes

¹¹ Forgues, É., B. Bahi et J. Michaud (2011), *L'offre de services de santé en français en contexte minoritaire*, Moncton, ICRML [en ligne] www.icrml.ca.

3. Objectifs de l'étude, cadre conceptuel et méthodologie

- francophones et la population pour obtenir des services en français et 4) les associations professionnelles qui formulent leurs propres exigences.
- S'agissant des facteurs organisationnels internes, mentionnons 1) la volonté et l'engagement de l'administration à l'égard de la langue de service, 2) les ressources existantes (humaines, matérielles et financières) pour améliorer l'offre de services en français, 3) l'existence d'une politique ou de mesures sur les langues de service, 4)

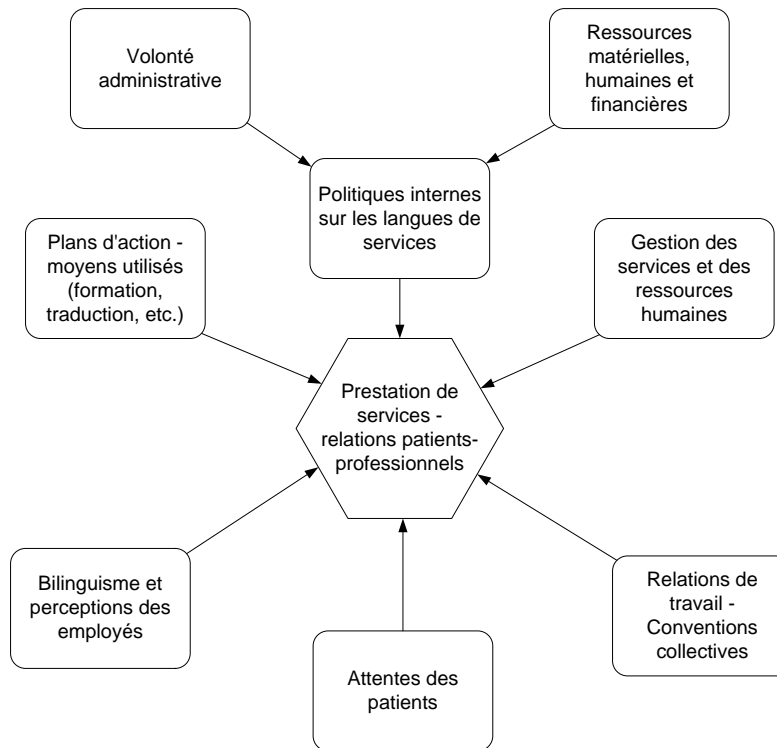
l'existence d'un plan d'action sur la langue de service, 5) la prise en compte de la langue dans la gestion des services et des ressources humaines, 6) les capacités linguistiques des professionnels de la santé et leurs perceptions à l'égard des langues de service, 7) les conventions collectives en vigueur et 8) les attentes des patients.

Les figures ci-dessous schématisent les facteurs qui influencent l'offre de services en français.

Facteurs externes influençant l'offre de services en français



Facteurs internes influençant l'offre de services en français



Les acteurs qui souhaitent apporter des changements organisationnels doivent composer avec ces dimensions contextuelles. Il est donc souhaitable d'en tenir compte dans la planification des projets.

Le continuum logique d'un projet de transformation des services aux personnes âgées en situation linguistique minoritaire

Il est utile de situer la mise en œuvre d'un projet de transformation des services aux personnes âgées en situation linguistique minoritaire dans un continuum logique qui comprend :

1. la situation initiale, que les acteurs veulent transformer,
2. une phase de préparation et de conception du projet,
3. la mise en œuvre du projet lui-même,
4. la nouvelle situation qui, idéalement, se rapproche de celle que recherchaient les acteurs et qui devra être durable,
5. un transfert des connaissances propre à guider d'autres acteurs, dans d'autres milieux, à réaliser un projet semblable (voir figure suivante).

3. Objectifs de l'étude, cadre conceptuel et méthodologie

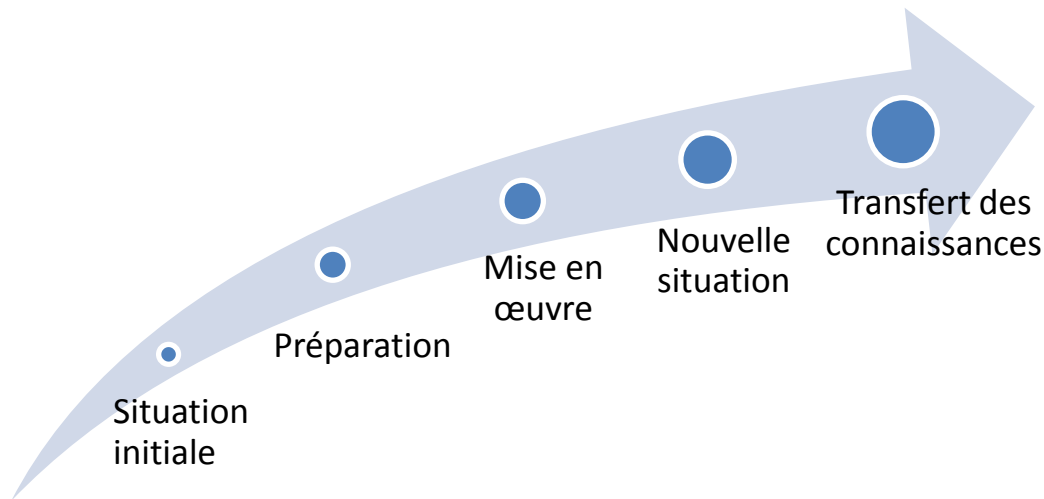
Les acteurs qui souhaitent mettre en œuvre un tel projet doivent prendre en compte l'ensemble de ces étapes, car, avant même qu'il ne démarre officiellement, un projet a été précédé par un travail préparatoire qui l'a rendu possible. Cette phase préparatoire fournit l'occasion d'obtenir l'engagement des parties concernées par les changements de même que les ressources pour réaliser le projet. Elle consiste également à analyser plus ou moins formellement la faisabilité du projet. Il est important de savoir que le projet s'insère dans un milieu où plusieurs initiatives sont menées concomitamment. Il importe donc de bien comprendre cet environnement, car des liens peuvent être établis entre diverses initiatives en cours sur

le terrain avec lesquelles des synergies peuvent se créer. Par ailleurs, la compréhension du milieu permet de déterminer qui sont les décideurs qui peuvent offrir les ressources et les autorisations nécessaires à la mise en œuvre du projet.

Le projet en lui-même a une durée que déterminent généralement les exigences administratives des bailleurs de fonds. Les acteurs doivent toutefois s'assurer que le changement qu'il engendre perdure une fois sa mise en œuvre terminée. Sa réussite ne se mesure pas seulement par l'atteinte des objectifs immédiats, mais par la durabilité des résultats obtenus.



Le continuum du développement du projet



3.3. La méthodologie

Dans le cadre de ce projet général, nous avons réalisé une étude de cas des deux projets locaux en prenant appui sur les techniques de collecte de données suivantes :

- analyse de documents fournissant une information pertinente sur les projets à l'étude (par exemple, études, comptes rendus de réunions)¹²;
- entretiens semi-directifs avec des gestionnaires portant plus généralement sur les services de santé aux aînés francophones ;
- entretiens semi-directifs avec les participants réalisés en deux phases aux

projets afin de dégager les conditions facilitant la réalisation des projets;

- groupe de discussion avec les promoteurs des projets afin de préciser et de valider les résultats préliminaires.

Des entretiens en deux étapes

Nous avons réalisé les entrevues en deux phases afin de mieux cerner l'évolution des projets à deux moments du déroulement des projets, de façon à capter en mouvement leur évolution. La première s'est déroulée à l'été 2012. Treize entretiens (trois sur les services de santé et dix sur les projets eux-mêmes) ont eu lieu avec 14 répondants (un entretien a eu lieu avec deux répondants). La seconde s'est déroulée en février et en mars 2013 auprès de neuf personnes engagées dans la mise en œuvre des projets pilotes.

¹² Les références de principaux documents consultés se trouvent en annexe.

Tableau des entrevues

	Manitoba	Île-du-Prince-Édouard
Phase 1		
Projets pilotes	5	5
Services de santé	2	1
Phase 2		
Projets pilotes	4	5

Notons que les groupes de travail comptent 13 personnes (Île-du-Prince-Édouard) et six personnes (Manitoba) (sans compter une autre équipe de recherche qui a réalisé des études dans la phase *connaître* au Manitoba).

Groupe de discussion

Un groupe de discussion réunissant le comité de suivi national des projets, présidé par la SSF, s'est tenu en février 2013. Il visait à valider et à approfondir les résultats d'analyse.

Personnes présentes

Responsable du projet à la SSF

Gestionnaire de projet pour le Manitoba

Partenaire dans le projet au Manitoba (universitaire)

Responsable du projet à l'Île-du-Prince-Édouard

Chercheurs

Les guides d'entrevues et d'analyse des discours s'inspiraient d'un modèle conceptuel établi de la présente étude. L'analyse visait à cerner les conditions ayant favorisé la mise en œuvre de ces projets, la manière choisie par les acteurs pour

améliorer l'offre de services de santé aux aînés et les apprentissages acquis par les acteurs au cours de leur mise en œuvre. Cette analyse s'avère une étape nécessaire pour assurer le transfert de ces expériences dans d'autres secteurs ou dans d'autres

communautés où des acteurs souhaiteraient réaliser des projets pour accroître l'accès aux services de santé en français et

l'offre de ces services. Les dimensions d'analyse retenues étaient les suivantes :

Dimensions	Indicateurs
Acteurs en présence	Agents de changement (dirigeants), partenaires, décideurs, personnes d'influence ayant joué un rôle dans la mise en œuvre des projets
	Liens entre les acteurs : collaborations, conflits, confiance, méfiance
	Rôle des acteurs dans les projets
	Avantages et défis des partenariats
Planification des activités	Objectifs et moyens de les atteindre
	Calendrier de travail
	Répartition des tâches
	Mode de prise de décision
Déroulement des activités	Évaluation
	Rencontres, réunions
	Décisions prises
	Actions entreprises
Ressources mobilisées	Résultats obtenus
	Ressources matérielles, humaines et financières, expertises nécessaires, disponibles ou qui manquent
Bilan et perceptions	Ressources
	Obstacles rencontrés
	Facteurs facilitants
	État d'avancement du projet – bilan
	Respect du calendrier
	Apprentissage personnel
	Commentaires sur la stratégie appliquée

Les espaces de réflexivité

L'équipe de recherche a validé en continu les résultats de recherche auprès des deux comités locaux de coordination et auprès de la coordination nationale. Deux rencontres ont permis de discuter collectivement des premiers résultats, et le présent rapport a été discuté, puis amélioré à la suite des commentaires qu'ont reçus les différents partenaires.

Le calendrier général de la recherche

- Automne 2011-hiver 2012
 - Formation d'une équipe de recherche
 - Rédaction du devis de recherche et validation auprès des partenaires
- Avril 2012-mars 2013
 - Entrevues initiales : description du contexte
 - Entrevues acteurs clés : processus et qualité
- Avril 2013-octobre 2013
 - Activité de validation en continu avec le groupe de travail
 - Rédaction du rapport, validation, diffusion des résultats

4. Projets à l'étude

Avant de présenter les projets, voici quelques données sociodémographiques concernant les régions à l'étude.

Données sociodémographiques pour les 65 ans et plus¹³

	Saint-Boniface, Manitoba (Circonscription électorale fédérale)	Winnipeg (Subdivision de recensement)	Summerside, Île-du- Prince-Édouard (Agglomération de recensement)
Langue maternelle*			
Anglais	7 720 (54,8 %)	55 345 (61,2 %)	2 400 (86,2 %)
Français	3 440 (24,4 %)	6 045 (6,7 %)	340 (12,2 %)
Anglais et français	115 (0,8 %)	340 (0,4 %)	10 (0,4 %)
Langues non officielles	2 810 (20,0 %)	28 630 (31,7 %)	35 (1,3 %)
Population totale	14 085 (100 %)	90 360 (100 %)	2 785 (100 %)
Connaissance des langues officielles			
Anglais seulement	9 845 (71,4 %)	79 670 (88,2%)	2 405 (86,4 %)
Français seulement	65 (0,5 %)	150 (0,2 %)	5 (0,2 %)
Anglais et français	3 700 (26,8 %)	7 750 (8,6 %)	375 (13,5 %)
Ni l'anglais ni le français	175 (1,3 %)	2 800 (3,1 %)	0 (0,0 %)
Population totale	13 785 (100 %)	90 360 (100 %)	2 785 (100 %)
Langue parlée le plus souvent ou régulièrement à la maison*			
Anglais	10 965 (79,5 %)**	81 535 (90,2 %)	2 735 (98,2 %)
Français	1 985 (14,4 %)	3 905 (4,3 %)	160 (5,7 %)
Anglais et français	150 (1,1 %)	280 (0,3 %)	10 (0,4 %)
Langues non officielles	695 (5,0 %)	16 880 (18,7 %)	20 (0,7 %)
Population totale	13 790 (100 %)	90 360 (100 %)	2 785 (100 %)

¹³ Pour des raisons d'arrondissement, les chiffres sont précis à plus ou moins cinq unités. Sources : Statistique Canada, Recensement de 2011, produit n^{os} 98-314-X2011028, 98-314-X2011027, 98-314-X2011034, 98-314-X2011040 et 98-314-X2011029 au catalogue. *Réponses uniques (par ex. : anglais seulement) et multiples (par ex. : anglais et autre langue que le français). ** Pour Saint-Boniface, seules sont disponibles les données de la langue parlée **le plus souvent** à la maison.

Ces données présentent des milieux démographiques assez différents. À Winnipeg et à Saint-Boniface, nous observons des chiffres de 6,7 % et 24,4 % pour ce qui est de la proportion d'aînés de 65 ans et plus qui ont le français comme langue maternelle, alors qu'à Summerside cette proportion est à 12,2 %. Les francophones sont davantage minorisés dans le contexte plus large de Winnipeg et ils sont plus concentrés à Saint-Boniface. Les régions manitobaines présentent une diversité linguistique plus grande, si on tient compte des taux de personnes qui ont une autre langue que l'anglais et le français comme langue maternelle (31,7 % pour Winnipeg et 20,0 % pour Saint-Boniface), comparativement à Summerside (1,3 %). Mais très peu de personnes (3,1 % à Winnipeg et 1,3 % à Saint-Boniface) disent ne connaître ni l'anglais ni le français, alors que ce pourcentage est nul à Summerside.

4.2. Les projets pilotes

Comme nous allons le voir, même s'ils sont passablement différents et qu'ils poursuivent des objectifs distincts, les deux projets pilotes emploient des stratégies assez semblables. Les deux projets visent à améliorer l'accès des aînés francophones à des services de santé en français, mais le projet de Winnipeg s'applique à l'ensemble des services de santé dans un territoire donné, alors que le projet de l'Île-du-Prince-Édouard concerne les services dans un établissement de soins de longue durée.

Au Manitoba, le projet vise à favoriser une meilleure coordination des services de santé aux aînés afin de faciliter leur navigation dans le système de santé et d'offrir un continuum de services en français. Le projet se concentre à Saint-Boniface et à Saint-Vital, qui sont deux quartiers de la ville de Winnipeg¹⁴.

À l'Île-du-Prince-Édouard, le projet a porté sur le Manoir Summerset, situé à Summerside, ville de 14 480 habitants, dont 825 ont le français comme langue maternelle. Le Manoir Summerset est un établissement public d'hébergement et de soins de longue durée doté de 82 lits, dont deux de courte durée et 32 lits de soins spéciaux pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou apparentée)¹⁵. Reconstitué à neuf, le nouveau manoir a ouvert ses portes en janvier 2013. Comme l'ancien manoir, il est doté de 82 lits, mais il comporte maintenant deux ailes (appelées maisonnées) bilingues de 13 lits chacune. Le besoin d'un nouvel établissement aura permis à la communauté francophone d'influencer la conception même de la construction de telle sorte que deux ailes sont destinées aux francophones.

¹⁴ Si on considère la circonscription électorale de Saint-Boniface, la population est de 89 000 personnes, dont 11 360 francophones (Statistique Canada, recensement de 2011).

¹⁵ <http://www.healthpei.ca/summersetmanor>

4.2.1. L'amélioration de l'accès aux services de santé en français pour les personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital

Historique du projet

Les initiateurs du projet manitobain sont la SSF et le CCS. Plus précisément, la SSF cherchait à réaliser des projets sur le terrain susceptibles d'avoir une portée nationale dans une perspective d'amélioration des services de santé en français. À cette fin, il fallait déterminer les conditions de leur mise en œuvre de façon à caractériser leur possibilité de transférabilité vers d'autres contextes. Par ailleurs, le CCS travaille en étroite collaboration avec les offices régionaux et les établissements de santé désignés bilingues. Cette collaboration présentait pour la communauté francophone une occasion à saisir en vue de l'amélioration des services de santé en français. Des discussions ont donc eu lieu pour qu'un projet soit mis sur pied au Manitoba. Dans un premier temps, la possibilité de réaliser un projet dans la région urbaine de Winnipeg et dans une région rurale a été considérée. Mais, à la suite du retrait du partenaire en région rurale et compte tenu de la complexité de l'initiative, il a été convenu de cibler l'initiative auprès des aînés francophones des quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital, à Winnipeg.

L'analyse préliminaire du contexte a montré que la population francophone du Manitoba vieillit plus rapidement que la population anglophone¹⁶, ce qui crée des défis significatifs pour le système de santé qui nécessitent une intervention. Les répondants ont mentionné initialement l'existence de défis concernant les services de santé à l'égard des aînés de même que le vieillissement de la population et son incidence sur l'accessibilité aux soins de santé en français. Concrètement, le manque de personnel bilingue rend difficile l'accès aux services de santé en français.

Objectifs du projet

Le projet visait à déterminer et à mettre en œuvre les meilleures façons d'améliorer l'accès des aînés francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services en français à partir des ressources actuelles du système de santé. Pour y arriver, le CCS a misé sur des partenariats entre des intervenants du domaine de la santé qui ont décidé de travailler ensemble pour optimiser l'offre et l'accès aux services de santé en français par les aînés. Plus précisément, il s'agissait d'accroître l'utilisation des ressources existantes pour

¹⁶ Sophie Éthier et Louise Belzile (2013), *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français. Objectif 1 – Portrait de la santé, de l'accès aux services et des besoins en santé des personnes âgées*, rapport parrainé par le Conseil communauté en santé du Manitoba (CCS).

mieux offrir des services en français aux aînés de Saint-Boniface et de Saint-Vital.

Un document de travail préparé par le CCS, en collaboration avec la SSF, précise les objectifs du projet:

- Rassembler les partenaires pour identifier et expérimenter les meilleures façons d'améliorer l'accès aux services de santé en français avec les ressources actuelles du système de santé à l'échelle de deux secteurs choisis dans la ville de Winnipeg.
- Identifier les conditions et les pratiques à mettre en place pour améliorer l'offre de services de santé en français aux personnes âgées des secteurs de Saint-Boniface et Saint-Vital, assurer une coordination adéquate des services et faciliter la navigation dans le système.
- Produire une démarche et des résultats transférables à d'autres régions du Manitoba et d'autres provinces ou territoires au Canada. Le transfert des résultats pourra aussi se faire auprès d'autres populations ou problématiques de santé.

La gouvernance du projet

Le degré d'intervention à Winnipeg était d'ordre systémique. Au moment du démarrage, le projet a été présenté au Comité directeur du projet plus large « Accès santé », dont l'objectif était d'élaborer un plan stratégique de

développement et un plan d'affaires pour l'organisation des services de santé primaires en français. Financé sur une période de trois ans (de juillet 2010 à mars 2013) par Santé Canada via la SSF, ce projet avait pour objet de mieux coordonner, d'améliorer la navigation et aussi de renforcer les services de santé primaires en français à Winnipeg¹⁷. L'optimisation des services de santé actuellement offerts en français à la population d'expression française de Winnipeg faisait partie intégrante des orientations stratégiques de ce projet.

Les objectifs des deux projets étant complémentaires, il a été convenu que le projet des aînés serait ancré dans le plan d'organisation des services du projet « Accès santé », ce qui permettrait de procéder à un premier essai dans la réalisation de cette vision auprès de cette clientèle en particulier. Un groupe de travail devait veiller à la mise en œuvre du projet des aînés et en rendre compte aux réunions du Comité directeur du projet « Accès santé » afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des deux projets. Il a aussi été convenu d'ajouter des membres au Comité directeur afin de bien arrimer les deux initiatives. C'est ainsi que se sont ajoutés Actionmarguerite, le Centre de

¹⁷ Accès santé – Plan d'affaires 2013-2018, décembre 2012.

santé Saint-Boniface et l'Hôpital Saint-Boniface.

Le Groupe de travail du projet « aînés » comprenait les intervenants suivants :

- le Conseil communauté en santé du Manitoba (parrain du projet),
- le Conseil des francophones 55+ (service de ressources pour la communauté),
- le Centre de santé Saint-Boniface (soins primaires),
- l'Office régional de la santé de Winnipeg, zone communautaire de Saint-Boniface et de Saint-Vital (services de santé communautaires),
- Actionmarguerite (soins de longue durée) et
- l'Hôpital Saint-Boniface (soins aigus).

Le Comité directeur du projet « Accès santé » était ainsi composé :

- la Société franco-manitobaine (parraine du projet et membre fondatrice du Centre de santé Saint-Boniface),
- l'Université de Saint-Boniface (membre fondatrice du Centre de santé Saint-Boniface),
- la Corporation catholique de la santé du Manitoba (membre fondatrice du Centre de santé Saint-Boniface),
- l'Office régional de la santé de Winnipeg,

- le Conseil communauté en santé du Manitoba,
- le Centre de santé Saint-Boniface,
- Actionmarguerite et
- l'Hôpital Saint-Boniface.

Les services d'un cabinet de consultants ont été retenus pour assurer la gestion du projet des aînés. Remarquons que ce cabinet était également chargé de la gestion du projet « Accès santé ».

Calendrier de travail

Le projet s'est réalisé en trois phases, exception faite de la phase exploratoire préliminaire¹⁸ :

1. *Connaître* (hiver 2011 à l'hiver 2013);
2. *Agir* (hiver 2011 à printemps 2013);
3. *Transférer* (été 2012 à automne 2013).

Les rapports d'avancement des travaux établis par le CCS pour le compte de la SSF permettent de préciser le contenu de ces phases.

Connaître l'état de la situation actuelle

¹⁸ Conseil communauté en santé du Manitoba (sans date), *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français*, Plan de travail 2012-2013, et Conseil communauté en santé du Manitoba (2011), *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français*, Société santé en français.

Dans la phase *connaître*, un partenariat a été établi avec une équipe de recherche de l'Université de Saint-Boniface afin de réaliser cinq études sur la situation actuelle des aînés francophones. Voici les titres des rapports:

1. Portrait de la santé, de l'accès aux services et des besoins en santé des personnes âgées.
2. Inventaire des services de santé disponibles en français et identification des déficits de services.
3. Recension des pratiques exemplaires dans l'offre de services de santé pour les aînés.
4. Identification des ressources humaines bilingues et des pratiques actuelles en matière de ressources humaines.
5. Description des expériences de trajectoires individuelles de soins de santé en français pour les aînés.

Le Groupe de travail a procédé à la validation des méthodes employées dans les activités de recherche et des cinq rapports. Il a facilité le recrutement des répondants pour la collecte de données ainsi que les contacts avec l'ORSW pour obtenir les approbations éthiques nécessaires et des données précises sur la clientèle francophone recevant des soins à domicile et des soins de longue durée. L'équipe de recherche a préparé un sommaire des grands constats émanant des cinq études.

Ce sommaire a servi de tremplin pour amorcer la phase *agir* du projet.



Agir pour améliorer l'accès des aînés

La phase *agir* avait pour objet de définir une vision d'organisation des services et de choisir les stratégies d'action pour la réaliser. Elle a permis de mobiliser les acteurs clés et de préciser les rôles et les responsabilités de chacun. Deux interventions ont eu lieu : a) l'élaboration d'un plan de mise en œuvre du mandat linguistique d'un établissement de soins de longue durée, et b) la mise en œuvre d'une démarche *Lean*.

- a. Plan de mise en œuvre du mandat linguistique d'un établissement de soins de longue durée

Une entente a été conclue avec Actionmarguerite afin qu'elle élabore un plan pour la mise en œuvre de son mandat linguistique. Concrètement, sa résidence à Saint-Boniface (anciennement appelée le Centre Taché) est désignée bilingue par la Province du Manitoba, alors que sa résidence à Saint-Vital (anciennement appelée le Foyer Valade) est désignée francophone.

Un guide bilingue à l'intention des gestionnaires a été conçu afin de faciliter la mise en œuvre de ce mandat. Ce guide rappelle le contexte juridique en matière de langues de services et intègre les principaux documents qui encadrent la langue des services à l'échelle de la province, de l'ORSW et d'Actionmarguerite. Il précise les responsabilités des gestionnaires afin de s'assurer que les clients francophones

soient servis dans la langue de leur choix. Ces responsabilités concernent l'information et la sensibilisation des employés en matière de langue de service, la désignation de postes bilingues, l'embauche d'employés bilingues, l'offre de formation linguistique et la communication auprès des employés et des clients.

Le guide a été suivi de l'élaboration d'un plan d'action interne qui doit guider les gestionnaires d'Actionmarguerite dans l'amélioration des services en français. Cet outil pourra être adapté selon les besoins d'autres établissements qui cherchent à améliorer l'offre de services en français.

- b. Démarche *Lean*

Les services d'un cabinet de consultants ont été retenus pour accompagner le projet dans la mise en œuvre d'une démarche *Lean* qui a permis de déterminer l'état de la situation actuelle (à partir des cinq rapports préparés par l'Université de Saint-Boniface), de se donner une vision d'avenir (en lien avec la vision du projet « Accès santé ») et de définir puis de mettre en œuvre des stratégies d'action. Ce travail a été entrepris en étroite collaboration avec l'équipe de recherche de l'Université de Saint-Boniface.

Dans le secteur de la santé, le modèle de gestion *Lean* s'entend d'« une manière de rendre le processus de prise en charge du patient plus fluide grâce à sa standardisation, d'aider le personnel à éliminer tous les gaspillages, pour permettre de mieux soigner les patients

avec les ressources existantes»¹⁹. Ce modèle cadrerait parfaitement avec l'objet du projet, à savoir optimiser les services en français à l'aide des ressources actuelles du système de santé.

Les grandes étapes de la démarche *Lean* se sont déroulées comme suit :

- La tenue d'une séance de sensibilisation (en octobre 2012) aux fondements, aux principes et aux outils *Lean* réunissant les membres du Comité directeur du projet « Accès santé », les membres du Groupe de travail du projet des aînés et d'autres gestionnaires qui œuvrent tout au long du continuum de soins prodigués à la clientèle aînée francophone de Saint-Boniface et de Saint-Vital.
- La tenue d'une séance préparatoire (en novembre 2012) réunissant les mêmes acteurs en vue de bien préparer l'atelier *Kaizen* durant lequel les stratégies d'action seraient précisées²⁰. Cette séance d'orientation a permis de présenter la vision d'avenir du projet

« Accès santé », l'état de la situation actuelle chez les aînés selon les cinq rapports de recherche et une carte stratégique préliminaire pour encadrer le travail à l'atelier *Kaizen*.

- La tenue d'un atelier *Kaizen* (décembre 2012) de deux jours a rassemblé une vingtaine d'acteurs engagés dans le continuum de soins aux aînés francophones en perte d'autonomie – comprenant les soins primaires, les soins aigus, les soins à domicile, l'hébergement avec soutien et les soins de longue durée. La carte stratégique 2013-2014 qui en a résulté vise à améliorer l'accès des aînés francophones de Saint-Boniface et de Saint-Vital à des services de santé de qualité en français en vue de réduire les écarts constatés entre la vision du Comité directeur du projet « Accès santé » et l'état actuel de la situation des aînés francophones.

Remarquons que le Groupe de travail a joué un rôle déterminant dans la mobilisation des décideurs du continuum de soins pour qu'ils participent à cette démarche.

La carte stratégique 2013-2014 comprend les indicateurs de performance, la vision d'avenir, les orientations, le plan d'action jusqu'à mars 2014 et les étapes subséquentes. Elle a été approuvée par le Groupe de travail en janvier 2013.

¹⁹ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (2011), *Des modèles de gestion à connaître : Le Lean, Six Sigma et Lean Six Sigma* [en ligne] http://www.fiqsante.qc.ca/documents_publications/documents/ot_1111_modeles-de-gestion-lean_fr.pdf (consulté le 26 juin 2013).

²⁰ Les ateliers *Kaizen* visent une amélioration continue et graduelle afin d'aider les participants à tendre vers la mise en œuvre du modèle de gestion *Lean*.

Jusqu'à mars 2014, le plan d'action présente des activités précises par la prise des moyens suivants (par ordre de priorité) :

1. Intégrer les équipes de leadership.
2. Créer une porte d'entrée pour aider les clients qui ont des besoins et les fournisseurs à se brancher au système.
3. Renforcer les services d'accueil dans des endroits prioritaires.
4. Développer un projet de transition pour les aînés francophones qui attendent un placement à Actionmarguerite.
5. Développer une stratégie concertée sur les ressources humaines.

De janvier à mars 2013, le Groupe de travail a réalisé trois activités prioritaires découlant du plan d'action :

1. Communiquer le plan d'action : les participants à l'atelier *Kaizen* et le Comité directeur du projet « Accès santé » ont reçu la carte stratégique finalisée. Des rencontres pour discuter de la carte stratégique ont aussi eu lieu avec les responsables des Services en langue française de l'ORSW et la Table de concertation urbaine du CCS. La carte stratégique a également été traduite vers l'anglais pour être diffusée auprès des gestionnaires d'expression anglaise.
2. Définir la structure pour intégrer les équipes de leadership à partir du modèle de mise en œuvre prévu dans le

plan d'affaires du projet « Accès santé » : Le Groupe de travail a élaboré une proposition pour intégrer une équipe de leadership au sein du modèle de mise en œuvre prévu dans le plan d'affaires quinquennal (2013-2018) du projet « Accès santé ». Cette proposition a été approuvée par le Comité directeur du projet « Accès santé ». Le financement de la première année du plan d'affaires a été confirmé.

L'équipe de leadership assure un alignement opérationnel pour la mise en œuvre du plan d'affaires quinquennal du projet « Accès santé » dès avril 2013. Elle voit également à la mise en œuvre d'initiatives interorganisationnelles découlant du plan d'affaires, en commençant par la mise en œuvre de la carte stratégique du projet des aînés (prenant ainsi la relève du Groupe de travail du projet des aînés dès le 1^{er} avril 2013). L'équipe est composée de membres de la haute direction qui représentent le continuum des établissements, programmes ou services de santé ayant un mandat de prestation de services de santé en français à Winnipeg.

3. Préciser l'énoncé de vision pour une porte d'entrée : le Groupe de travail a préparé une ébauche de charte pour le projet de porte d'entrée. Cette charte fournira des orientations au travail de la nouvelle équipe de leadership mentionnée ci-haut. L'objectif était de faciliter « la navigation des clients francophones dans un système de services de santé intégrés (...) pour

faciliter l'accès aux services dont ils ont besoin »²¹.

Transférer les résultats du projet

Les activités principales entreprises dans la phase *transférer* sont les suivantes :

- a. Rendre compte des progrès auprès, et chercher les approbations nécessaires, du Comité directeur du projet « Accès santé »

Des mises à jour sur le projet des aînés ont été faites à chaque réunion du Comité directeur. Ce dernier a d'ailleurs approuvé la proposition du Groupe de travail pour la mise en place de l'équipe de leadership au sein du modèle de mise en œuvre du plan d'affaires « Accès santé ».

- b. Partager les résultats et les apprentissages au Manitoba et ailleurs au Canada

L'équipe du projet s'est assurée de diffuser les documents produits auprès de la SSF, de l'équipe du projet de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'équipe de recherche nationale. Parmi les documents, nous avons les rapports de recherche, la carte stratégique, le guide de mise en œuvre du mandat linguistique d'Actionmarguerite et les comptes rendus des réunions du Groupe de travail. Les rapports de recherche, le

sommaire de ceux-ci, la carte stratégique et le guide de mise en œuvre du mandat linguistique d'Actionmarguerite ont été traduits en anglais.

La directrice générale du CCS et la gestionnaire du projet ont présenté le projet « Accès santé » et le projet des aînés dans le cadre du Rendez-vous Santé en français en novembre 2012. Un plan pour le transfert des dossiers et des connaissances vers le Centre de santé Saint-Boniface a été mis en place. Le Centre de santé Saint-Boniface est responsable de la mise en œuvre du plan d'affaires « Accès santé ». Ce dernier a déjà reçu du financement lui permettant de débiter les travaux en avril 2013, dont les suivis à la carte stratégique du projet des aînés.

- c. Participer à la coordination nationale des projets et aux rencontres de suivis

La directrice générale du CCS, la gestionnaire du projet et le coordonnateur de l'équipe de recherche ont participé aux trois rencontres nationales du projet RH+. Les membres du Groupe de travail et de l'équipe du projet ont participé aux entrevues menées dans le cadre de la recherche nationale.

²¹ Accès santé, Charte du projet de porte d'entrée pour la clientèle aînée francophone de Saint-Boniface et Saint-Vital : service d'aiguillage et de navigation et amélioration des processus.



4.2.2. Améliorer l'accès des personnes âgées de l'Île-du-Prince-Édouard aux services de santé en français

Historique du projet

Le projet concernant l'Île-du-Prince-Édouard représente une initiative du Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard (RSSFÎPÉ). Son but premier est le renforcement de la prestation de services de santé en français dans un établissement de soins de longue durée, soit le manoir Summerset. Il est né à la suite d'une étude sur les services de longue durée en français à l'initiative du RSSFÎPÉ²². L'objectif visait à mieux connaître « les besoins de la population francophone vieillissante, et plus particulièrement des bénéficiaires des établissements de soins de longue durée. », en vue d'envisager « des méthodes et approches possibles pour renforcer la prestation de services en français dans les établissements de soins de longue durée de l'Île-du-Prince-Édouard » (*idem*, p. ii). La conclusion du rapport est claire : « un nombre croissant de résidents francophones auront besoin de soins de longue durée au cours de la prochaine décennie » (*idem*, p. vi).

Constatant que plusieurs établissements de soins de longue durée sont pourvus de capacités limitées pour offrir des services en français, on voit un potentiel du côté du manoir Summerset, puisqu'il fait exception [au regard des autres établissements de la province]; cet établissement compte plus de bénéficiaires francophones que les autres et le personnel a reconnu les besoins linguistiques et culturels de sa clientèle, prenant des mesures pour y répondre plus efficacement. Et, bien que les fournisseurs de services aient reconnu les limites de leur établissement, ils se sont dits ouverts à travailler en étroite collaboration avec les communautés francophones afin de mieux répondre aux besoins linguistiques et culturels manifestés (*idem*, p. vii).

Les auteurs du rapport mentionnent que le contexte est favorable à la mise sur pied d'un projet visant à accroître les services d'hébergement de longue durée en français : « Dans la foulée des efforts et investissements récents du gouvernement en matière de politiques en santé (Stratégie sur le vieillissement en santé et remplacement des foyers désuets), il s'agit pour la communauté francophone du moment idéal pour amener les responsables gouvernementaux des politiques et des finances à s'engager à remédier aux lacunes et aux obstacles dans la prestation de services de santé en français aux Insulaires francophones. » (*idem*, vii). Ainsi, profitant du contexte d'agrandissement du manoir Summerset, le RSSFÎPÉ a fait la promotion d'un projet pour améliorer l'offre de

²² S. Mcquaid (2010), *Rapport final Soins de longue durée en français*, s.l., Atlantic Evaluation Group Inc, 48 p.

services en français. L'analyse qui était faite alors a permis de pressentir les conditions de réussite du projet : « Les pratiques exemplaires indiquent que la réussite dans ce dossier nécessitera l'adoption de politiques favorables, le leadership engagé des gestionnaires et fournisseurs de services en santé et la mobilisation de la communauté francophone. » (*idem*, vii). Les porteurs du projet sont également conscients que sa réalisation nécessite certaines ressources de même que l'engagement du gouvernement provincial.

Par ailleurs, une autre occasion favorable allait contribuer à la réalisation du projet. Un fonds de Santé Canada destiné à favoriser des projets de formation linguistique et d'adaptation culturelle a été octroyé et a pu profiter au projet de l'Île-du-Prince-Édouard. La SSF a exercé à cet égard un rôle de facilitateur pour en assurer le financement.

Gouvernance du projet

Pour la mise en œuvre du projet, un comité directeur a été créé, et un comité consultatif des conseils et remplir un rôle de facilitation. Le comité directeur est ainsi composé :

1. La directrice du Réseau Santé en français Î.-P.-É. et l'analyste des services en français Santé Î.-P.-É. (Health PEI);
2. La coordonnatrice de projet pour le voisinage bilingue au manoir Summerset;

3. L'administratrice des établissements de soins de longue durée du manoir Summerset et du manoir Wedgewood²³.

Outre les membres du comité directeur, le comité consultatif se compose comme suit :

1. La directrice des soins infirmiers du manoir Summerset et du manoir Wedgewood pour Santé Î.-P.-É. (Health PEI);
2. Deux représentantes des Services de nutrition du manoir Summerset et du manoir Wedgewood pour Santé Î.-P.-É. (Health PEI);
3. Le responsable des services environnementaux du manoir Summerset et du manoir Wedgewood pour Santé Î.-P.-É. (Health PEI);
4. Un représentant du département des ressources humaines de Santé Î.-P.-É. (Health PEI);
5. La coordinatrice du Centre de formation linguistique (Commission de la fonction publique de l'Île-du-Prince-Édouard)
6. Un préposé à l'aide au revenu bilingue dans les soins de longue durée à Santé Î.-P.-É. (Health PEI);

²³ À noter qu'une même personne dirige les deux établissements.

7. Une représentante de la Société St-Thomas d'Aquin (Projet personnes aidantes)
8. La coordinatrice d'activités au manoir Summerset et au manoir Wedgewood de Santé Î.-P.-É. (Health PEI);
9. Un représentant de Liaison, Soins à domicile de Santé Î.-P.-É. (Health PEI).

Le comité directeur assume la direction du projet. Son rôle consiste aussi à rassembler les partenaires dans l'implantation des services en français et les services de soutien aux résidents de soins de longue durée dans les installations publiques de l'est du comté de Prince. Il rend compte de l'avancement du projet à l'équipe de gestion du manoir Summerset de même qu'à la SSF, au ministère Santé IPÉ (*Health PEI*) et à l'équipe de planification du Manoir Summerset. Il informe également la direction du manoir Wedgewood de l'avancement du projet, puisqu'elle s'est montrée intéressée par le projet et qu'elle envisage de s'en inspirer dans son manoir.

Pour effectuer son travail, le comité se réunit au moins deux fois par mois et, au besoin, à la demande de la présidente. Pour que les rencontres du comité aient lieu, le quorum d'au moins sept membres doit être atteint.

Objectifs visés du projet

De façon générale, les objectifs du projet visent :

[à] améliorer l'accès des personnes âgées de l'Île-du-Prince-Édouard aux services de santé en français et [à] appuyer les intervenants du domaine de la santé, en l'occurrence les professionnels de la santé, les gestionnaires des établissements de santé et les autorités de santé, en ce qui a trait à l'organisation des services de santé pour les personnes âgées francophones²⁴.

Le projet entend rassembler les partenaires afin de déterminer les meilleures façons d'améliorer l'accès aux services en français à l'aide des ressources existantes au sein du système de santé. Il vise également à déterminer les conditions et les pratiques susceptibles d'améliorer l'offre de services de santé en français aux personnes âgées. Enfin, comme pour le projet du Manitoba, il prévoit documenter la démarche de mise en œuvre du projet en vue d'un éventuel transfert des connaissances dans d'autres régions ou d'autres secteurs de la santé. Déjà, le projet suscite un intérêt certain chez des gestionnaires d'autres établissements de soins de longue durée.

Concrètement, les moyens mis en place consistaient à créer un espace de soins bilingues, à augmenter le personnel bilingue

²⁴ Document de travail du Réseau de services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard, en collaboration avec la Société Santé en français, *Améliorer l'accès des personnes âgées de l'Île-du-Prince-Édouard aux services de santé en français* (Février 2012).

et, de façon périphérique, à favoriser le jumelage de personnes bénévoles avec des résidents pour établir des relations d'aide. De façon plus globale, il s'agissait d'appliquer des méthodes et des approches propres à permettre de renforcer la prestation de service en français dans les établissements de soins de longue durée de l'Île-du-Prince-Édouard.

À sa première rencontre, le comité directeur a fixé les cinq priorités suivantes :

- 1) créer une aile bilingue dans le nouvel établissement Manoir Summerset,
- 2) susciter l'engagement des résidents francophones, mais aussi de leurs familles,
- 3) s'assurer d'avoir une documentation bilingue (tels que les informations, le matériel, la signalisation),
- 4) encourager la formation en français pour les employés et
- 5) impliquer des partenaires communautaires, notamment des bénévoles.

Il a facilité l'implantation de services en français et encouragé le bilinguisme chez les employés du foyer. À cette fin, il a identifié les employés qui sont déjà bilingues et incité tout le personnel à procéder à une évaluation des compétences verbales en français et à suivre une formation linguistique au besoin. Des cours de français ont été mis à la disposition des employés. Une autre étape du projet a été de

déterminer la langue des résidents afin d'établir le nombre de résidents francophones et de préciser leurs besoins linguistiques. Le Comité provincial de placement a participé à cette tâche. Un financement a été accordé dans le cadre de l'entente Canada-Île-du-Prince-Édouard. Par ailleurs, les chefs de départements sont encouragés à embaucher des candidats bilingues aux nouvelles offres d'emploi. La question des profils linguistiques des postes a nécessité un travail en partenariat avec le service des ressources humaines, la direction et les syndicats pour que tous s'entendent sur les modalités d'application de cette mesure. Outre la dimension linguistique, la question de la culture acadienne a aussi été abordée. Le Collège communautaire de langue française de l'Île-du-Prince-Édouard (Collège Acadie Î.P.É.) a créé pour le personnel des soins de longue durée une trousse sur la culture acadienne.

Calendrier de travail

Concernant la réalisation du projet, la démarche proposée en conforme aux mêmes grandes étapes que s'est fixé le projet à Winnipeg, soit *connaître*, *agir* et *transférer*.

1. Le premier volet (de l'hiver 2012 à l'automne 2013) vise à *connaître* les besoins des personnes âgées, les services actuellement offerts en français et les meilleures pratiques dans le domaine des services en français.



2. Le deuxième volet (de l'hiver 2012 au printemps 2013) vise à *agir* et à solidifier les partenariats afin de favoriser une adhésion à une vision commune de l'organisation des services et à déterminer des stratégies pour atteindre les objectifs.
3. Le troisième volet (de l'hiver 2012 au mois d'octobre 2013) vise à *transférer* les apprentissages réalisés dans la mise en œuvre du projet vers d'autres régions de l'Île-du-Prince-Édouard ou du Canada ainsi que dans d'autres secteurs de la santé.

Un document de travail du Réseau de services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard (RSSFIPE) apporte plus de précision sur les étapes réalisées.

Connaître pour planifier

Avant le début officiel du projet à l'Île-du-Prince-Édouard, une étude avait été réalisée sur les services de santé en français dans la province²⁵. Elle a servi à amorcer la mise en œuvre du projet. La phase *connaître* visait l'acquisition d'une connaissance approfondie de la situation à l'aide des activités suivantes :

- compléter le portrait des besoins des personnes âgées;
- mettre en œuvre les recommandations de l'étude pour l'amélioration des

services de soins de longue durée en français;

- dresser les grandes orientations pour un plan d'amélioration des soins à domicile tout en explorant des modèles pouvant répondre aux besoins;
- participer à la création d'un comité directeur et définir les paramètres pour réaliser le projet;
- cibler les besoins des personnes âgées;
- analyser l'ensemble de l'organisation des services et des services offerts.

La phase *connaître* constitue une étape servant d'appui à la planification des activités prévues dans le cadre de la mise en œuvre du projet. Elle a permis

- de définir le plan d'action à court et à long terme;
- de créer des conditions favorables basées sur les meilleures pratiques;
- de prioriser les champs d'interventions structurants;
- de rendre les pratiques d'utilisation des ressources humaines existantes plus efficaces.

Dans cette phase, il s'agissait notamment de caractériser les compétences linguistiques des ressources humaines au manoir Summerset et de se familiariser davantage avec la clientèle francophone (leurs besoins, leur nombre). Elle a permis de montrer que

²⁵ Mcquaid, 2010, *op. cit.*

le nombre de résidents francophones était supérieur à ce que les gestionnaires croyaient. Cette sous-estimation de la présence de francophones peut découler du fait que les activités de communication se déroulent principalement en anglais, ce qui a pour effet de masquer la présence des francophones, lesquels sont souvent bilingues et usent de l'anglais comme langue de communication.

Agir pour solidifier

Cette phase visait à concrétiser les engagements des partenaires et à appliquer les décisions du comité directeur pour atteindre les objectifs du projet. Les activités consistaient

- à concevoir et à exécuter des stratégies et des pratiques intégrant la variable linguistique à l'exploitation et à l'organisation des services et des activités;
- à uniformiser la procédure.

Transférer

Afin de transférer les connaissances acquises dans la réalisation du projet, les personnes participant au projet ont partagé avec les chercheurs la documentation à l'appui de leur travail (comptes rendus, études, rapports et autres documents internes). Elles ont également participé aux entretiens qu'ils avaient organisés afin de mettre en évidence ces apprentissages. Des projets similaires dans d'autres secteurs de

la santé ou dans d'autres régions pourraient ainsi s'inspirer d'une analyse du projet, de sa mise en œuvre et des résultats obtenus.

De façon informelle, la présence de plusieurs partenaires au sein du comité de direction et du comité consultatif, notamment d'un gestionnaire en provenance d'un autre manoir, a contribué à faire connaître le projet et à susciter de l'intérêt pour ce type de projet.

5. Conditions favorables

5.1. La phase préparatoire du projet

Tout projet communautaire dans le domaine de la santé est généralement précédé par une phase de préparation constituée de tâtonnements et d'explorations. Elle permet de préciser la faisabilité et les objectifs du projet en fonction des possibilités et des ressources existantes. Le travail de conception qui suit s'effectue en tenant compte des possibilités, des ressources et des contraintes sur le terrain.

Dans les cas qui nous concernent, l'impulsion qui a mené aux projets pilotes vient d'une volonté de la SSF de susciter la réalisation de projets structurants. Aux dires d'un répondant²⁶, le fait de mettre en œuvre des projets plus structurants vise à éviter de se disperser dans plusieurs microprojets qui ne permettent pas effectivement de construire sur l'assise des projets antérieurs. Comme le souligne un répondant, le financement de jadis servait parfois à appuyer ce qui se réalisait déjà dans le milieu, sans changer la situation sur le terrain ni améliorer l'accès aux services en français. Pour cette raison, les acteurs voulaient adopter une démarche plus stratégique, moins disparate, qui permet

réellement de transformer et d'améliorer la langue des services actuels en santé.

En parlant d'un projet sur la formation linguistique et l'adaptation culturelle, un répondant fait le constat suivant.

À un moment donné, y avait le CNFS [Consortium national de formation en santé] qui avait un rôle là-dedans, y avait nous autres [Réseau Santé en français Î.-P.-É.] qui avons un rôle là-dedans (...) Les projets étaient menés plutôt par des institutions de formation. Là on se rendait compte : qu'est-ce que ça change au niveau de l'organisation des services? (...) Y avait pas vraiment rien qu'on pouvait s'attacher dessus. Puis, en réalité, on n'arrivait pas à changer ce qu'on voulait changer à l'intérieur du système, parce que c'était quelque chose qui était très complexe. Puis, il y avait beaucoup de petits pions. C'était pas juste une question de former ou de créer un répertoire (...) Y avait beaucoup de joueurs qu'il fallait qu'on ramène ensemble. Je crois qu'à un moment donné, la SSF a dit « comment est-ce qu'on peut prendre ce projet-là, puis le transformer à notre faveur ?

²⁶ L'emploi du masculin est généralisé et ne caractérise aucunement le sexe de la personne ayant participé à l'étude.

Les membres de la SSF et des réseaux en santé ont alors discuté de la possibilité de créer des projets dont la portée suffirait à servir d'assise à l'élaboration de nouveaux projets. Partant d'une analyse des efforts déployés sur le terrain à l'Île-du-Prince-Édouard, les intervenants des

réseaux de la SSF entendaient travailler différemment en coordonnant plus efficacement la pluralité des efforts, ce qui met en évidence l'ampleur des informations provenant des acteurs sur le terrain et de la SSF, en tant que promotrice de projets de plus vaste portée.

À retenir

Le fait de prioriser des projets plus ambitieux permet de produire un effet plus structurant et, pourtant, d'éviter de réduire le changement à une série de microprojets.

Cette démarche témoigne d'une certaine évolution du travail réalisé par les acteurs dans le secteur de la santé en français, laquelle est marquée par la volonté de dynamiser les ressources dédiées à l'innovation. Une personne déclare ce qui suit :

Dans ce projet-ci, on s'est donné des moyens très différents de travailler. Beaucoup de choses ont évolué. Il y a plus de rapprochement dans le travail avec le système de santé aujourd'hui, comparé à il y a dix ans, où les choses

étaient beaucoup plus politisées. Les deux réseaux ici sont plus habitués, mais y a d'autres réseaux qui sont encore loin. On n'aurait pas pu faire ce projet-là (...) dans certaines autres provinces. »

La nature des relations entre les parties prenantes est déterminante dans la mise en œuvre d'un projet. Les relations peuvent être collaboratives ou conflictuelles. Dans un contexte de revendication, voire de conflits politiques, il est difficile d'établir un partenariat qui inclurait tous les décideurs.

À retenir

La phase préparatoire sert, entre autres, à évaluer la façon la plus efficace de travailler avec les acteurs du système de santé afin de voir si un partenariat est possible et si le contexte est favorable à la réalisation du projet.

Au Manitoba, le projet est né d'une volonté de préciser la vision de plusieurs intervenants concernant l'accès à des services de santé en français. Une rencontre a eu lieu avec des dirigeants du secteur de la santé, notamment de l'Hôpital Saint-Boniface et d'Actionmarguerite, pour préciser les éléments susceptibles de les

aider dans leurs organisations. Un répondant précise qu'« [a]u début (...) on voyait ça très large, l'organisation des services pour Saint-Boniface et Saint Vital, toute clientèle (...) C'était pas précis, on arrivait avec un concept, une grande idée, je pense que l'impulsion était là, mais c'était pas précis ».

Après discussion, l'idée de travailler au profit d'une population ciblée s'est imposée, la population aînée ayant été retenue. C'était là le point de départ du projet sur les aînés. Dans cette province, le choix de les cibler était lié au constat qui avait été fait par des intervenants de la communauté en ce qui a trait concrètement à la surutilisation de la salle d'urgence par les aînés, mais aussi, plus généralement, à la fragilité de ce groupe de la population et à la perte d'usage de la deuxième langue acquise qui le caractérise dans son vieillissement.

La commission conjointe sur la recherche du CNFS et de la SSF avait aussi dégagé les axes de recherche, dont l'un traitait justement des populations vulnérables, notamment les aînés. Cet intérêt pour les populations vulnérables se conformait aux objectifs du gouvernement fédéral, notamment dans le domaine de la santé.

À l'Île-du-Prince-Édouard, la volonté de faire avancer la question du service aux aînés était claire. Le projet s'inscrivait bien dans les efforts déployés pour assurer la formation linguistique des ressources

humaines dans le secteur public et l'adaptation culturelle des services. Les intervenants ont voulu concentrer leurs réflexions sur les soins de longue durée parce que le gouvernement s'intéressait à ce groupe de la population et qu'une occasion se présentait dans le milieu, à savoir le projet de construction d'un bâtiment pour les résidents du manoir Summerset.

Durant cette étape exploratoire, on a pu déterminer qui travaillerait à la mise en œuvre du projet. À l'Île-du-Prince-Édouard, une personne ressource mentionne que cela a pris six mois d'incertitude afin que le partenariat se stabilise. Il y avait une volonté d'agir au sein d'*Health PEI*, mais un manque de ressources expliquait pourquoi le projet piétinait. Dans les six à huit premiers mois, la stratégie visant à susciter l'intérêt des partenaires n'était pas claire. Durant la phase préparatoire, le projet n'était pas précis et ne prenait pas encore une forme concrète, bien que la volonté d'améliorer l'offre de services de santé en français fût constante. La clarification du projet a fini par faciliter l'engagement des partenaires et des dirigeants.

À retenir

Il est de bonne stratégie de se fixer des objectifs précis et concrets à la vue desquels le partenariat peut se construire efficacement par la suite. La précision et la clarté du projet favorisent de beaucoup l'engagement des partenaires et des décideurs.

Lorsqu'on demande aux promoteurs des projets de dire ce qui a fait la différence dans la phase préparatoire, un répondant met l'accent sur le déblayage du terrain qui

s'est opéré et sur le grand nombre de discussions concernant le projet avant son démarrage, ce qui souligne clairement l'importance de la phase exploratoire.

Même si elle ne constitue pas généralement une étape formelle dans la mise en œuvre d'un projet, puisqu'elle précède son début officiel, la phase préparatoire constitue une étape clé dans la définition du projet, laquelle permet de transformer des intentions générales en un projet concret. Cette étape est sans doute la plus difficile à

planifier et se caractérise par des tâtonnements et une exploration des possibilités (politiques, administratives, financières, matérielles) de réaliser le projet. Les partenaires doivent alors acquérir un degré élevé de tolérance à l'incertitude durant cette étape.

À retenir

La phase préparatoire a pour objet de déterminer qui s'engagera dans le projet, à établir des liens de partenariat qui seront des plus utiles tout au long du projet et à réunir les conditions d'un engagement dans la concertation.

5.1.1. La prise en compte du contexte juridique

Au nombre des conditions favorables à la réussite d'un projet, le contexte juridique mérite d'être pris en compte, sachant qu'il varie selon les provinces et qu'il peut constituer un facteur favorable ou défavorable non négligeable. Penchons-nous d'abord brièvement sur les contextes juridiques dans les deux provinces à l'étude.

Île-du-Prince-Édouard

La *Loi sur les services en français* a été édictée en 2000 à l'Île-du-Prince-Édouard. Le ministre responsable des Affaires francophones en charge de toutes les questions touchant les services en français et la Division des affaires acadiennes et francophones a pour mission de lui offrir un soutien administratif²⁷. Le Comité

consultatif des communautés acadiennes, qui est tenu de consulter la communauté et de conseiller le ministre quant aux effets des mesures législatives du gouvernement, a également été constitué²⁸. Plus globalement, la Loi est censée garantir la prestation de services gouvernementaux en français. Elle dispose que « [l]à où l'on prévoit que les communautés acadiennes et francophones peuvent utiliser certains services de façon régulière » :

- la correspondance doit se faire dans la langue parlée par les usagers;
- il y a lieu de répondre aux demandes présentées pour communiquer en français ou en anglais;

²⁷ Pour en savoir plus sur les responsabilités de cette division, voir

http://www.gov.pe.ca/photos/original/responsibility_F.pdf

²⁸ Comité consultatif [en ligne]

<http://www.gov.pe.ca/afa/index.php?number=1046488&lang=F>

- dans la tenue de consultations publiques, au moins une séance doit se dérouler en français;
- il doit y avoir une participation de membres de la communauté acadienne et francophone au sein de divers conseils, commissions et agences qui les touchent de près²⁹.

Dans la mise en œuvre de la Loi, le gouvernement affirme souhaiter améliorer l'offre de services de santé en français³⁰. Des consultations menées auprès des Acadiens portent à conclure ainsi : « there is a great priority for the implementation of the French Language Services Act in the areas of health, education and tourism development » (*idem*, p. 7).

Ces consultations ont permis d'établir un ordre de priorité concernant la mise en œuvre de la Loi par le ministère, qui considère la santé comme étant le domaine le plus prioritaire (*idem*, p. 13). On reconnaît, cependant, ce qui suit : « There is still a lack of bilingual services in the area of acute and extended care, public health, child and family services, violence against women, mental health, nutrition

and services for seniors and youth » (*idem*, p. 9).

Dans le contexte juridique de la province, la volonté du gouvernement d'assurer une meilleure offre de services de santé en français est sans contredit un facteur favorable à la mise en œuvre de projets répondant à cet objectif. Sans cet engagement, il aurait été plus difficile de mettre en œuvre des projets concernant l'offre de services de santé en français aux aînés francophones.

Manitoba

Au Manitoba, la *Politique sur les services en langue française* prévoit que les francophones peuvent bénéficier de services gouvernementaux dans leur langue. Cet énoncé de politique linguistique vise notamment les « établissements désignés qui dispensent des services de santé ainsi que les Offices régionaux de la santé qui sont désignés »³¹. Selon un règlement provincial, quatre des cinq Offices régionaux de la santé sont désignés pour offrir des services en langue française, dont l'ORSW. Une trentaine d'établissements, de programmes et de services de santé ont été désignés dans la région de Winnipeg en vertu de cette politique.

L'ORSW a élaboré un Plan quinquennal des services en langue française (2008-2013)

²⁹ *French Language Service Act, 1999* [en ligne]
http://www.gov.pe.ca/law/statutes/pdf/f-15_1.pdf

³⁰ La Société Saint-Thomas-d'Aquin and the Acadian Communities Advisory Committee (1999), *PEI French Language Services Act, Implementation Considerations*
<http://www.gov.pe.ca/photos/original/implementation.pdf>

³¹ Les politiques linguistiques provinciales à caractère sectoriel – Manitoba [en ligne]
http://www.salic.uottawa.ca/?q=politiques_caracter_e_sectoriel_mb

dans lequel étaient énoncés les objectifs suivants :

L'ORSW aura assuré aux francophones un accès à des services comparables en français dans les établissements, les programmes, les services et les agences désignés bilingues et francophones; les francophones sauront quels services sont offerts dans la langue officielle de leur choix; les francophones se sentiront à l'aise de choisir d'utiliser le français³².

Se référer au contexte juridique

Les promoteurs d'un projet peuvent mettre en avant les obligations et les engagements juridiques que prend un gouvernement en matière linguistique pour faire progresser leur dossier auprès des décideurs et des gestionnaires. Ils peuvent ainsi rappeler les engagements et les responsabilités du gouvernement en matière de langue des services, comme nous pouvons le voir dans l'extrait d'une étude préparatoire à l'Île-du-Prince-Édouard :

Le projet de recherche sur les soins de longue durée en français a été mis de l'avant par le Réseau des services de santé en français de l'Î.-P.-É. (RSSFÎPÉ) et fait partie des obligations permanentes de celui-ci par rapport au renforcement de la prestation des services en français en vertu de la Loi sur les services en français (...) La Loi sur les services en français exige entre autres que l'on améliore l'accès des clients et patients francophones aux services et programmes³³.

³² Objectifs des SLF jusqu'en 2013 [en ligne], <http://www.wrha.mb.ca/about/fls/plan-goals-f.php>

³³ Mcquaid, 2010, *op. cit.*, p. 2.



À retenir

- Comprendre le contexte juridique dans la province d'implantation du projet afin de bien saisir les obligations et les engagements du gouvernement.
- Cibler les articles législatifs qui peuvent servir aux promoteurs pour appuyer leurs demandes.
- Déterminer et utiliser la loi afin de rappeler aux gestionnaires des services publics leurs responsabilités en matière linguistique.

Comme nous le verrons plus loin, les acteurs peuvent rappeler les engagements ou les obligations des gouvernements tout en se présentant comme des partenaires qui peuvent les aider à respecter leurs engagements et leurs obligations afin d'assurer une meilleure offre de services de santé en français.

5.1.2. La prise en compte du contexte politique

La mise en œuvre d'un projet dans le secteur de l'organisation des services publics de santé dépend de l'engagement des représentants gouvernementaux. Les promoteurs des projets doivent savoir qu'il revient aux décideurs d'accepter d'assurer la prestation des services et de déterminer la meilleure façon de faire à cet égard. Dans cette perspective, un changement organisationnel nécessite leur engagement. Un répondant mentionne que si le gouvernement « n'embarque pas » dans le projet, ils ne peuvent pas aller de l'avant.

La mise en œuvre d'un projet dépend aussi de la capacité des acteurs de connaître et de

saisir les occasions qui se présentent. Le projet pilote de l'Île-du-Prince-Édouard nous en donne un exemple. Dans un rapport réalisé pour le compte du Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard, nous constatons qu'il y avait une occasion politique à saisir :

Dans la foulée des efforts et investissements récents du gouvernement en matière de politiques en santé (Stratégie sur le vieillissement en santé et remplacement des foyers désuets), il s'agit pour la communauté francophone du moment idéal pour amener les responsables gouvernementaux des politiques et des finances à s'engager à remédier aux lacunes et aux obstacles dans la prestation de services de santé en français aux Insulaires francophones³⁴.

Ce rapport permet de constater que cette capacité de proactivité a permis de profiter d'une initiative financée par l'*Entente Canada/Île-du-Prince-Édouard relative aux services en français* afin de créer des postes

³⁴ Mcquaid, 2010, *op. cit.*

désignés bilingues en soins infirmiers au manoir Summerset. Un répondant précise qu'il est plus facile de créer des postes désignés bilingues que de désigner bilingues des postes déjà existants, notamment en raison de résistances syndicales.

Au Manitoba, l'accent mis sur l'optimisation des ressources existantes et la démarche *Lean* convergeaient bien avec les priorités de la province du Manitoba et de l'ORSW en

matière de qualité des soins de santé et d'efficacité au sein du système de santé.

Dans les deux cas, les partenariats créés constituent *de facto* des lieux d'analyse stratégique, ainsi que des carrefours de réseaux politiques qui favorisent une bonne compréhension des conditions politiques, juridiques ou administratives que le partenariat devra prendre en considération pour réaliser son projet.

À retenir

- Assurer une veille de l'environnement politique afin de saisir les occasions favorables à la réalisation du projet.
- Grâce à leur capacité à apporter des solutions concrètes pour régler des problèmes signalés par divers intervenants, les acteurs sur le terrain sont souvent les mieux placés pour aider le gouvernement à concrétiser ses engagements en matière de services de santé en français.

5.1.3. La prise en compte du contexte de gestion

Les promoteurs d'un projet ont tout intérêt à connaître les modèles d'organisation des services qui correspondent aux exigences des gestionnaires de ces services. Les acteurs peuvent faire valoir leurs projets en montrant comment ils s'inscrivent dans les approches en gestion que valorisent les décideurs et les gestionnaires du système de santé. Dans les projets à l'étude, les gestionnaires des services de santé entendent adopter une démarche de gestion et de service centrée sur l'utilisateur, principe conforme aux meilleures pratiques en la matière. Cette approche vise à

organiser les services en fonction des besoins des utilisateurs des services plutôt que des besoins de l'organisation. La vision des soins centrés sur la personne éclaire le domaine des soins de longue durée et d'autres sphères des services de santé. Ce modèle de gestion prend de plus en plus d'importance dans les établissements de santé. Les promoteurs du projet à l'Île-du-Prince-Édouard ont utilisé ce discours, de concert avec la volonté administrative, pour faire reconnaître le caractère essentiel de la composante linguistique dans les services offerts aux résidents francophones. La philosophie des soins centrés sur la personne a permis de voir qu'on peut difficilement offrir de tels soins sans tenir



compte de la langue ou de la culture de l'utilisateur ou de ses proches. Un répondant mentionne que cette démarche en gestion a exercé un rôle déterminant dans la mise en œuvre du projet, parce que les partenaires se sont engagés non pas parce qu'ils étaient légalement obligés de le faire, mais parce qu'ils ont compris que c'était la bonne chose à faire

Ainsi, outre le contexte juridique et politique, les acteurs reconnaissent l'importance de s'inscrire dans les tendances conceptuelles (modes de gestion, modes d'organisation des services, philosophies de soins, etc.) qui influencent le travail des gestionnaires des organisations de santé. La stratégie manitobaine d'emploi d'une méthode *Lean* pour favoriser la mise en œuvre effective de principes juridiques (accès aux services en français) abonde également en ce sens.

Jusqu'à maintenant quand on parlait de contexte juridique on parlait des lois de service en français, mais il faut ajouter à ça des grands principes de livraison de soins (...) les « drivers » des systèmes de santé, dont les systèmes axés sur la qualité (...).

On réalise ainsi que les principes de gestion liés à la prestation des soins, tout comme

les diverses normes de qualité des services, peuvent constituer un facteur favorable à la réalisation des projets des communautés francophones. C'est cette compréhension qui a motivé les promoteurs du projet manitobain à développer une expertise *Lean*, qui elle-même s'appuie sur des normes de qualité auxquelles les gestionnaires sont généralement sensibles. L'exemple de la méthode *Lean* fait apparaître une volonté de parler le même langage que les gestionnaires du système de santé et de mieux comprendre ce qui fait « bouger le système de santé ». Les acteurs francophones adoptent ainsi le discours des décideurs et des gestionnaires pour se faire entendre et pour faire progresser leur projet.

Au Manitoba, le plan d'affaires du projet « Accès santé », qui comprend la mise en œuvre de la carte stratégique du projet des aînés, a présenté un argumentaire en s'appuyant sur les orientations et les priorités de la province et de l'ORSW qui cadrent avec les besoins de la communauté. L'adhésion de l'ORSW au projet « Accès santé » et au projet des aînés était déterminante pour leur réussite.

À retenir

Le fait de prendre appui sur des normes reconnues de qualité des services peut aider à convaincre les gestionnaires, par-delà les obligations politiques ou juridiques, de saisir l'opportunité qui se présente à eux de mettre en œuvre un projet pour améliorer l'offre de services de santé en français.

En outre, le fait de pouvoir montrer aux décideurs politiques les résultats de projets précédents peut fort bien les inciter à s'engager. Les succès réalisés représentent ainsi une bonne carte de visite pour présenter un nouveau projet. D'où l'importance de produire, de conserver et d'utiliser des traces matérielles, écrites, des

5.2. La mise en œuvre des projets

La mise en œuvre des projets pilotes a franchi des étapes semblables dans les deux provinces :

1. **Engagement des partenaires et formation des équipes de travail.** Cette étape consiste à rassembler les partenaires, à obtenir leur engagement à l'égard du projet et à préciser leur rôle et leur contribution en vue de mener à la création d'un groupe de travail qui réunit les principaux partenaires, ce qui n'exclut aucunement que d'autres partenaires plus périphériques puissent également remplir un rôle plus ponctuellement dans la réalisation des projets.
2. **Analyse.** Cette étape d'analyse consiste à recueillir les informations pertinentes sur le milieu touché par les changements, notamment sur les besoins des aînés francophones, sur les ressources disponibles (profil linguistique des ressources humaines, par exemple sur la documentation en

réalisations passées sur lesquelles il est possible d'élaborer des projets. À l'Île-du-Prince-Édouard, le projet a été présenté de cette façon, en montrant aux décideurs comment le partenariat envisagé peut produire pour les communautés des résultats concrets susceptibles à les aider à concevoir de futurs projets.

français, sur les services de formations linguistiques actuels) et sur les services de santé actuels en français.

3. **Organisation des activités.** Cette étape consiste notamment à définir les objectifs et les moyens mis en œuvre pour les atteindre, à répartir les tâches entre les membres du groupe de travail et à établir un calendrier de travail.
4. **Mise en œuvre.** Cette étape consiste à opérer les changements nécessaires en prenant les mesures envisagées à cette fin.

Ces étapes semblent avoir été plus lisibles grâce notamment au modèle proposé par la SSF. Le modèle (*connaître, agir, transférer*) induit une logique méthodique dans l'action. Les étapes que nous venons d'exposer ne sont cependant pas linéaires, divers retours aux étapes précédentes ont pu s'avérer nécessaires dans les deux cas à l'étude.



À retenir

- Il importe d'inscrire l'action dans le cadre d'une méthode générale.
- L'application de cette méthode doit être suffisamment souple pour permettre tous les va-et-vient nécessaires entre les différentes étapes pour permettre l'adaptation continue de l'action aux situations de mise en œuvre rencontrées.

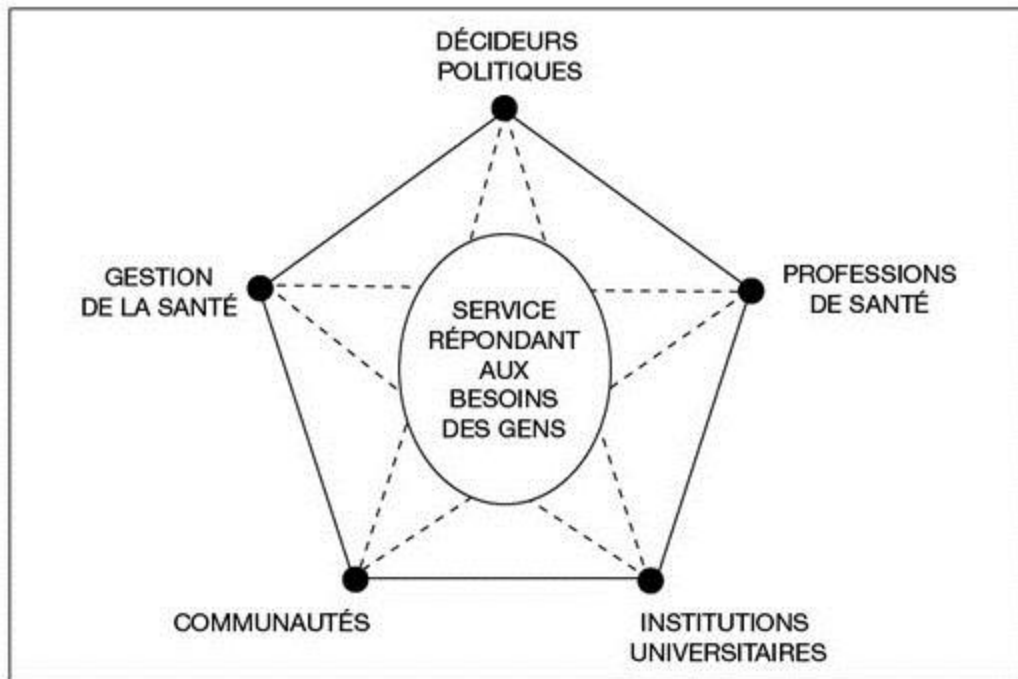
5.2.1. L'engagement des partenaires et la formation des équipes de travail

Aux dires de certains répondants, l'établissement de partenariats constitue la pierre angulaire de la réussite des projets. Un premier partenariat clé dans la mise en œuvre des projets a trait à l'affiliation des réseaux de santé en français locaux avec la SSF. La SSF et ses réseaux s'inscrivent dans une tradition de travail en partenariat. Ils ont d'ailleurs élaboré une démarche en ce sens qui s'inspire du modèle de partenariat conçu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2002)³⁵. Dans la mise en œuvre

d'initiatives pour améliorer les services de santé en français, il prévoit l'établissement de liens de collaboration avec les décideurs politiques, les gestionnaires et les professionnels de la santé, les établissements universitaires et la communauté.

³⁵ Pour en savoir plus sur ce modèle de partenariat, on pourra consulter à profit la page Web de la Société santé en français, *À propos du Partenariat communauté en santé*, à la page <http://www.francosante.org/partenerariat-communaute-en-sante.php> (consultée le 29 août 2013). Voir, aussi, le document de l'Organisation mondiale de la santé (2002), *Vers l'unité pour la santé*.

Le pentagone du partenariat³⁶



³⁶ Charles Boelen (2003), « La stratégie de l'OMS « vers l'unité pour la santé » et la responsabilité sociale des facultés de médecine », *Santé publique*, vol. 15, n° hors-série, p. 137-145.

La présence de la SSF permet d'arrimer les initiatives locales à des opportunités gouvernementales et de coordonner entre elles les initiatives locales de manière plus structurée. Comme le mentionne une personne de la SSF : « Il faut être collé au programme qui finance [à Santé Canada], mais il faut aussi être collé au terrain. Nous, on peut pas avoir la connaissance qu'il y a dans les provinces ».

Les organismes francophones en santé, affiliés à la SSF, ont tissé avec des décideurs et des partenaires des liens qui s'avèrent essentiels à la réussite des projets. À l'échelle des provinces, l'établissement de partenariats a aussi constitué un élément majeur dans la réalisation des projets. Une grande partie de la réussite d'un projet réside dans l'équipe mise en place. Pour ce type de projets, qui visent des changements de pratiques, le choix des partenaires se révèle crucial et stratégique. Ils doivent pouvoir exercer une influence sur les décideurs, ou mieux, être habiletés à prendre des décisions favorables pour le projet.

Outre le modèle partenarial de l'OMS et le modèle conceptuel de la SSF, celui de Forgues et collaborateurs a servi à appuyer les équipes de travail et les partenariats³⁷. Par exemple, à l'Île-du-Prince-Édouard, le Comité d'orientation a été formé en s'inspirant de ce cadre conceptuel. Les

porteurs du projet ont sollicité des partenaires dans la fonction publique, l'école de langue (pour évaluer les compétences linguistiques et organiser les formations), les syndicats, les gestionnaires du manoir et des partenaires communautaires, considérés dans ce modèle comme des titulaires d'intérêts incontournables.

Au Manitoba, quatre des membres qui ont été invités à siéger au Groupe de travail étaient également membres du comité directeur du projet « Accès santé ». Le Groupe de travail a toutefois créé d'autres liens dans la communauté avec le Conseil des francophones 55+ pour la région de Winnipeg, ce qui a permis d'obtenir le point de vue précieux de la communauté, voire des usagers, outre celui des intervenants œuvrant dans le système de santé.

Le Groupe de travail manitobain a utilisé les contacts des partenaires afin de recruter d'autres partenaires. Par exemple, quand il s'est agi de faire participer à la démarche *Lean* les prestataires de soins à domicile, c'est par le représentant de l'ORSW que ce recrutement s'est réalisé, car il entretenait déjà des relations de travail avec eux et il devenait plus facile de les intéresser de cette façon. Selon un répondant, ce lien avec cette représentante a servi de levier puissant pour obtenir l'engagement d'autres acteurs concernés par la problématique. La participation de la représentante de l'ORSW et du représentant d'Actionmarguerite a aussi facilité le contact avec les personnes clés de

³⁷ Forgues, Bahi et Michaud (2011), *op. cit.*

l'ORSW pour recueillir des données sur les francophones qui ont accès à des soins à domicile et aux soins de longue durée. Sans

leur crédibilité, il s'avérait difficile d'obtenir ces informations.

À retenir

- Les réseaux relationnels des acteurs francophones locaux en santé, avec le système de santé majoritaire anglophone constituent une ressource considérable et décisive dans la réalisation de projet. Ils peuvent servir notamment à établir des partenariats, à faciliter la prise de décisions favorables au projet et à recruter des ressources précieuses.
- Une structure nationale de réseau permet également d'étendre les réseaux collaboratifs.

Dans des relations de partenariat, il importe de préciser qui apporte quoi au projet. Il importe de distinguer deux types de partenaires : ceux qui sont directement engagés dans le projet, soit le noyau dur du projet, et ceux qui rempliront un rôle plus ponctuel, à certains moments précis, dans sa réalisation. Il pourra s'agir, en outre, des décideurs qui seront régulièrement informés du degré d'avancement du projet.

Le fait d'être capable de réunir et de motiver ces partenaires, tout comme de susciter des changements au sein des pratiques, demande d'exercer un certain leadership, lequel permet notamment d'obtenir l'engagement des partenaires. Ces partenaires ne seront pas tenus d'agir dans un projet en particulier. Leur engagement sera généralement volontaire. Voici quelques caractéristiques mentionnées par les répondants pour décrire ce type de leadership. Les dirigeants

- sont des catalyseurs (des *movers and shakers* comme le dit un répondant), des gens qui font avancer les choses;

- ont des liens étroits avec leur communauté : ils connaissent le terrain et les organismes concernés par le changement;
- demeurent à l'écoute des besoins des partenaires et des personnes touchées par les changements;
- travaillent dans les limites définies (ressources limitées par exemple);
- favorisent l'esprit de coopération et cherchent des solutions en équipe;
- promeuvent l'esprit d'inclusion (visent à engager tous les partenaires) et le partage des connaissances;
- travaillent dans un esprit de collégialité en vue de conclure des ententes communes.

Ces dirigeants sont les premiers convaincus de la nécessité d'apporter des changements et doivent convaincre les acteurs concernés par le projet de cette nécessité. Ils peuvent le faire en montrant comment ils pourront atteindre leurs objectifs dans le domaine



linguistique et en montrant comment leurs partenaires et eux pourront les aider à cette fin. Ils pourront les persuader que leur propre leur commande de procéder aux changements souhaités. Ils pourront également promouvoir leur projet dans le cadre de changements plus vastes qui sont envisagés ou qui sont en cours. Par exemple, le projet manitobain élaborant une composante touchant les aînés dans un projet plus vaste d'amélioration des services de santé primaires aux francophones de Winnipeg.

Toutefois, le fait d'être des organismes catalyseurs ne signifie pas que ce sont automatiquement des organismes revendicateurs. D'ailleurs, les répondants estiment que ces derniers auraient moins de chance de travailler en partenariat avec le gouvernement et les gestionnaires du système de santé s'ils adoptaient une stratégie strictement revendicatrice par comparaison avec un réseau qui adopte une démarche pragmatique en proposant des solutions et en déclarant vouloir travailler avec les décideurs du système de santé pour améliorer l'offre de services de santé en français. Selon eux, les organismes francophones en santé qui sont revendicateurs risquent de ne pas obtenir d'engagement de la part des ministères ni de siéger aux mêmes tables de discussion.

La perception des organismes par les partenaires éventuels, de même que leur crédibilité sont donc importantes, comme le souligne un répondant : « La crédibilité des réseaux joue aussi, parce que le

gouvernement ne nous voit pas comme une menace ou comme des revendicateurs, il nous voit plutôt comme des partenaires ».

Ainsi, s'il importe de comprendre le contexte politique et de travailler en fonction de lui, une approche revendicatrice risque de mettre en cause les partenariats possibles. Le renvoi au contexte juridique pour *exiger* ou *revendiquer* des mesures de la part du gouvernement ne serait pas la façon la plus stratégique de faire progresser un projet. Cependant, les répondants reconnaissent que leur projet peut profiter de l'action d'un « *bad guy* » dans la communauté qui revendique et qui exerce une pression politique. À l'Île-du-Prince-Édouard, une pression politique était exercée par la communauté qui demandait une augmentation de lits pour les aînés, ce qui a pu profiter au projet dont les leaders de la communauté souhaitaient la mise en œuvre.

Dans l'ensemble, les réseaux se positionnent comme des collaborateurs plutôt que comme des revendicateurs. Un membre de l'un des réseaux de santé explique que c'est un choix idéologique qui a été fait de se présenter comme des facilitateurs dans les processus de changements et des alliés des systèmes. Cependant, face à des décideurs qu'il faut convaincre pour qu'ils passent à l'action, la frontière peut être vite franchie entre le fait d'être perçu comme des porteurs de solutions ou comme des obstacles ou des irritants. Au départ, un répondant mentionne qu'ils n'étaient pas perçus

comme des porteurs de solutions. Ils ont affronté une certaine résistance de la part des décideurs. La question s'est posée de savoir quel type de discours allait être employé. Les promoteurs du projet savaient comment orienter le discours et se présenter comme des porteurs de solutions. Ils ont donc réussi à surmonter ce défi.

Ce constat peut inciter les acteurs à réfléchir à la meilleure approche à adopter et à leurs stratégies pour améliorer l'offre de services

de santé en français. Ils pourront se demander, par exemple, s'il vaut mieux créer des relations de partenariat, en misant sur une démarche pragmatique qui propose des solutions à des problèmes concrets qui sauront rallier toutes les parties concernées ou si une attitude revendicatrice s'impose. L'objectif visé permet de trancher entre ces deux stratégies. Les deux projets à l'étude ont privilégié, selon nos observations, la première stratégie.

À retenir

- Il est souhaitable de privilégier une démarche pragmatique pour créer les conditions favorables à une collaboration fructueuse.
- Cette démarche peut comporter une stratégie qui permette de faire progresser les pratiques, pour autant qu'elle demeure réaliste.

L'avantage de pouvoir compter sur des champions

Il est stratégique de faire participer des « champions » dans certaines activités propices à la réalisation de projet. Par exemple, c'est ce qui a été fait au manoir Summerset, à l'Île-du-Prince-Édouard, afin de faciliter les changements. La directrice de l'établissement de soins a cru au projet et s'est pleinement engagée pour sa réussite. Il peut également y avoir des usagers qui croient à la pertinence du projet et qui peuvent y remplir un rôle. Toujours dans cet établissement de soins, on a choisi une résidente francophone bilingue, particulièrement enthousiaste à l'égard des changements à venir, afin d'annoncer dans

les deux langues les numéros dans les activités de Bingo.

5.2.2. L'analyse

Avant de mettre en branle des projets visant à améliorer l'offre de services de santé en français, les acteurs pourront avoir acquis déjà des connaissances au sujet des conditions qui seront favorables à la réussite de leur projet. Les acteurs de l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, en étaient conscients. Dans une étude sur les soins de longue durée en français commandée pour le compte du Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard, on relève certaines conditions favorables à

l'atteinte des objectifs pour améliorer l'offre de services de santé en français aux aînés :

Les pratiques exemplaires indiquent que la réussite dans ce dossier nécessitera l'adoption de politiques favorables, le leadership engagé des gestionnaires et fournisseurs de services en santé et la mobilisation de la communauté francophone.

On a en outre souligné que l'amélioration et le renforcement des services en français nécessitent engagement et ressources, tant du côté du gouvernement provincial que de Santé Î.-P.-É.³⁸.

De plus, cette étude a permis de connaître l'état de la situation, notamment quant aux services offerts en français et aux besoins des aînés. Elle montre l'importance d'avoir accès à des données qui se révèlent nécessaires pour analyser la situation à améliorer. L'un des enjeux concerne l'existence de données qui tiennent compte de la langue : « Il est actuellement difficile d'établir le nombre de bénéficiaires francophones dans les établissements de soins de longue durée, car cette information n'est pas compilée de façon systématique à l'admission »³⁹.

Cette étude a aussi aidé à faire accepter le projet, à obtenir les ressources et les autorisations nécessaires de même qu'à établir les grandes lignes d'une stratégie. Elle vient légitimer les demandes de la communauté acadienne et a permis de sensibiliser les décideurs politiques tout comme les gestionnaires des établissements concernés. Ce type d'étude constitue donc un outil de mobilisation des partenaires et des parties prenantes, notamment parce qu'elles rassemblent des arguments auxquels sont sensibles les décideurs et les gestionnaires.

³⁸ Mcquaid, 2010, *op. cit.*, p. 7.

³⁹ Mcquaid, 2010, *op. cit.*, p. 2.

À retenir

Une bonne connaissance tant de la situation que l'on souhaite changer que des conditions favorables améliore les chances d'atteindre les objectifs visés. Avant de mettre en branle un projet, il importe que les acteurs procèdent à une analyse des conditions à réunir pour assurer son succès et à réfléchir aux connaissances et aux données qui s'avéreront nécessaires pour le mettre en œuvre.

Il est souvent ardu d'avoir accès à des données qui tiennent compte de la langue. Elles ne sont généralement pas recueillies par les agences gouvernementales, notamment dans les évaluations des besoins en santé, ce qui est vrai également dans les établissements de soins de longue durée. Par conséquent, il est difficile de connaître le profil linguistique des résidents, du personnel et des services et, par voie de conséquence, de savoir à quel point les services répondent aux besoins des résidents francophones.

Dans le cas du projet de l'Île-du-Prince-Édouard, les promoteurs du projet savaient qu'il y avait des résidents francophones dans l'établissement de soins, mais une évaluation interne a montré qu'il y en avait beaucoup plus qu'ils croyaient. Dans celui

du Manitoba, il a fallu mener cinq études pour connaître l'état de la situation actuelle.

Le premier enjeu linguistique consiste bien souvent à obtenir les données pour bien connaître la situation que l'on souhaite améliorer. De la connaissance précise de la situation dépend la capacité de formuler les autres enjeux pour les communautés francophones. Or, il appartient souvent aux acteurs francophones de mobiliser les ressources afin de réaliser des études sur la situation linguistique de la population francophone ou, dans le cas qui nous occupe, la situation des aînés vivant en résidence collective. Pareille entreprise nécessite des ressources financières, une expertise en recherche et du temps, soit trois dimensions à ne pas négliger dans la planification de tels projets.

À retenir

Il est impératif de prévoir les ressources financières, l'expertise et le temps dont il faudra disposer pour analyser la situation linguistique à améliorer afin d'asseoir la planification de l'action sur des connaissances solides et pertinentes.

Les ressources

L'analyse doit également porter sur les ressources nécessaires pour réaliser le projet. Dans un contexte de ressources limitées, les acteurs pourront décider qu'il

apparaît plus stratégique de travailler avec les ressources disponibles que de demander de nouvelles ressources, que celles-ci soient financières, humaines et matérielles. Par exemple, au Manitoba, il était clair que le projet devait se réaliser à l'aide des



ressources actuelles du système de santé manitobain. Il s'agissait de maximiser l'utilisation des ressources, en commençant par mieux connaître celles qui pouvaient servir à améliorer l'offre de services de santé en français. L'objectif consistait alors à mieux organiser les services afin de rendre le système plus efficient, sachant que le contexte économique demande des « resserrements » financiers. La phase *connaître* a permis d'évaluer les ressources humaines bilingues et d'être sensibilisés aux besoins des résidents sur le plan linguistique. Les promoteurs du projet ont vu qu'un potentiel existait pour mieux jumeler la clientèle francophone avec les professionnels parlant français, et ce, avec les ressources disponibles.

L'acquisition des compétences dans le cadre d'une approche *Lean* s'inscrit dans cette volonté de travailler en tenant compte des ressources limitées. Selon cette démarche, on rend plus efficace la prestation de services en essayant de faire autrement et mieux avec les ressources actuelles. À l'Île-du-Prince-Édouard, le contexte était différent. Les promoteurs du projet ont pu bénéficier de la construction d'une résidence collective. Ce projet vient s'ajouter à l'ouverture de nouveaux postes, dont certains ont pu être désignés bilingues.

La construction d'une infrastructure a constitué une occasion favorable à saisir pour mettre en place des services en français.

Dans chaque situation, il importe de déterminer jusqu'à quel point cette stratégie d'œuvrer sans réclamer de nouvelles ressources est valable, car il peut arriver que le changement voulu exige des ressources additionnelles, ne serait-ce qu'à l'égard de la formation ou de l'adaptation de la main-d'œuvre. En outre, dans un contexte de vieillissement où les besoins de santé s'accroissent, couplé à une rareté des ressources humaines bilingues, l'affectation de ressources nouvelles finira par s'imposer. Par ailleurs, le fait de laisser en place d'anciens modèles d'organisation des services pourra entraîner des coûts cachés. L'analyse de la situation doit aussi tenir compte des coûts du système en place, afin de déterminer s'il est optimal quant à son efficience. Dans d'autres milieux ou dans l'avenir, il pourra être opportun d'envisager une stratégie qui mise sur de plus amples ressources pour répondre aux besoins des aînés francophones. Les acteurs devront cependant demeurer conscients que le projet doit être réalisable et tenir compte des possibilités et des ressources du système de santé.

À retenir

La réalisation d'un projet suppose chez les acteurs une claire conscience des possibilités et des limites des ressources disponibles (financières, humaines, matérielles) au regard desquelles ils doivent travailler.

Parmi les ressources qui sont nécessaires à la réalisation du projet, il y a celles qui relèvent des compétences et des expertises. La présence et l'engagement de plusieurs partenaires apportent des compétences complémentaires utiles, voire nécessaires, dans la mise en œuvre du projet et pour l'application des changements parfois d'ordre systémique. Le fait que plusieurs partenaires collaborent peut donner lieu à des apprentissages communs qui sont porteurs de solutions pour surmonter des difficultés. C'est le cas du Manitoba où l'une des réussites a été de pouvoir rassembler les acteurs qui, bien qu'ils fussent déjà engagés dans le continuum des soins de santé aux aînés, n'avaient jamais pris le temps de se concerter pour améliorer l'offre de services en français. La démarche *Lean* et, en particulier, l'atelier *Kaizen* leur ont offert une occasion de discussion sur les problèmes et les solutions ainsi qu'un espace de collaboration afin de leur permettre d'élaborer une démarche interorganisationnelle. En ce sens, l'approche adoptée a servi de bougie d'allumage. Un répondant explique :

(...) le fait que tout le monde était à table, puis tout le monde avait leur domaine d'expertise en particulier, y en avait un qui était au niveau des ressources humaines, y en avait un autre qui était plutôt au niveau de placement, y en avait un autre qui faisait la liaison avec l'hôpital. Donc, les personnes qui étaient là étaient des personnes qui connaissaient bien les processus, puis qui

connaissaient bien comment les décisions se prenaient. Puis, ils savaient aussi qu'est-ce qui faillait qui soit fait pour réussir avec le projet (...) ,Ça, moi, je trouve que ça a été clé. Les personnes (...) arrivaient à la table, puis ils disaient « y aura peut-être cette barrière-là, mais ça faudra qu'on se rencontre pour voir comment est-ce qu'on va s'adresser ça ». Ça fait, c'était tout le temps très positif en termes des partenaires, puis la recherche des solutions aux problèmes.

La méthode *Lean* en elle-même est une expertise à laquelle les acteurs ont senti le besoin de recourir afin de mettre en œuvre leur projet.

Autre exemple : la participation de la Commission de la fonction publique de l'Île-du-Prince-Édouard a fourni une compétence dans l'évaluation des compétences linguistiques, ce qui a permis d'identifier les employés bilingues et ceux qui pouvaient bénéficier d'une formation linguistique, laquelle, d'ailleurs, leur était offerte par le gouvernement provincial. L'évaluation était volontaire, mais la plupart des employés y ont participé, sachant que des postes désignés bilingues allaient être annoncés. Par la suite, selon les résultats de l'évaluation, les employés pouvaient suivre une formation linguistique.

On mentionne que, parfois, il ne faut pas des sommes d'argent considérable pour réaliser un projet. Par exemple, un octroi pour l'engagement d'une personne qui sera



chargée de coordonner le projet et de veiller à son progrès pourra faire une grande différence dans sa réussite. C'est là une condition favorable, aux dires des promoteurs des projets. Au sein d'un établissement, la volonté d'agir peut être

réelle, mais il peut se révéler difficile de dégager un employé de ses tâches pour qu'il puisse se consacrer à un projet. Le financement obtenu dans le cadre du projet a permis de retenir les services d'une personne qui a pu s'y consacrer.

À retenir

Au nombre des ressources à prévoir dans la mise en œuvre d'un projet, les promoteurs doivent analyser les besoins quant aux compétences et aux expertises.

L'emploi d'un gestionnaire ou d'un coordonnateur chargé de faire progresser le projet constitue une condition favorable.

5.2.3. L'organisation des activités

La réalisation d'un type de projet pareil suppose une vision commune des objectifs à atteindre. Il importe de connaître la situation que l'on veut changer et celle que l'on veut obtenir, de même que les étapes et les moyens qui permettront de réaliser les objectifs fixés. Un exercice de planification des activités s'avère donc nécessaire, et il devra s'accomplir avec la participation des principaux partenaires touchés par les changements, puisqu'ils prendront part à la réalisation du projet. Les partenaires qui ont un rôle plus ponctuel à remplir devraient être informés de la planification des activités et devraient avoir la chance de réagir à cette planification.

La mise en œuvre de projet montre, toutefois, que la planification ne doit pas déboucher sur une marche à suivre rigide. Comme le mentionne un répondant du Manitoba, quand il s'agit de stratégies, il

faut toujours être novateur et créatif afin de s'adapter aux situations souvent changeantes, ce qui signifie que les acteurs doivent être prêts à envisager de nouveaux moyens pour atteindre les objectifs visés. Il donne l'exemple de la méthode *Lean*, moyen qui n'était pas prévu au départ et pour lequel les services d'un cabinet d'experts-conseils ont été retenus. Un autre exemple est le partenariat avec l'Université de Saint-Boniface, qui n'avait pas été prévu et qui a mené à une collaboration fructueuse non seulement pour connaître l'état de la situation actuelle, mais aussi pour agir sur la base des constats établis par les études. Les promoteurs du projet voulaient concevoir une phase *connaître*, car ils jugeaient important d'obtenir des données pour mieux faire avancer le projet. Les acteurs savaient qu'ils avaient besoin de certaines études pour mieux connaître la situation des aînés et des services en français pour Saint-Vital et Saint-Boniface, mais la façon d'atteindre ce résultat s'est précisée plus tard.

Du point de vue d'un répondant, il y avait donc, au départ des phases largement définies: les phases *connaître*, *agir* et *transfert*, sans savoir précisément ce qu'elles allaient comporter. Les stratégies se sont précisées au fur et à mesure. Il a conclu qu'il faut être souple pour qu'un projet

parvienne à ses fins. En effet, si on connaît au début les grandes lignes du projet, la définition précise des moyens qui seront employés pourra se formuler en cours de route, d'autant plus que la situation est en constante évolution et que des moyens imprévus doivent parfois être envisagés.

À retenir

- L'organisation et la planification des activités nécessitent une certaine souplesse afin de préciser les moyens d'action pendant la mise en œuvre du projet, tout en tenant compte d'une situation susceptible d'évoluer.
- Il importe de bien préciser et distinguer les rôles de chaque personne engagée dans la mise en œuvre du projet.
- Il pourra être avantageux de mettre en place des dispositifs de réflexivité qui permettent de réfléchir pendant la mise en œuvre du projet aux défis rencontrés et aux facteurs facilitants tout en prenant une certaine distance par rapport aux activités.

La définition des rôles des partenaires représente un autre élément de la planification qui peut se préciser en cours de travail. Dans un contexte où la définition des projets et où la recherche des partenaires pourront prendre un certain temps, le défi peut s'avérer difficile à surmonter. De plus, dans un travail en partenariat, l'organisation des activités devient plutôt informelle, ce qui se traduit dans une définition moins précise des rôles de chacun. À l'Île-du-Prince-Édouard, il y avait un comité consultatif (composé des membres du système de santé et de la communauté) pour préparer une étude et pour mettre en œuvre le projet, mais il n'y a pas eu de répartition formelle des tâches, ce qui peut renvoyer à une certaine flexibilité

que se donnent les partenaires dans l'organisation des tâches. Les acteurs doivent néanmoins s'assurer que le travail ne retombe pas sur les épaules d'une seule ou de quelques personnes, que les membres connaissent bien leurs attributions et que chacun contribue à la réalisation du projet.

À Winnipeg, l'imbrication du projet sur les aînés dans le projet « Accès santé » a fait en sorte que quatre personnes étaient engagées dans les deux initiatives, pourtant menées par des comités distincts mais liés. Nous croyons que les acteurs devraient se demander s'il est souhaitable de varier les personnes qui s'engagent à différents niveaux dans les projets de santé en français. Il peut être préférable, si la chose

est possible, de recourir à des personnes distinctes pour assumer différentes responsabilités, ce qui permet de clarifier les attributions de chacun. Cette façon de faire permet aussi de répartir entre plusieurs personnes la charge de travail et l'engagement dans les projets. Cependant, le cumul des responsabilités peut parfois entraîner certaines confusions dans les rôles de chacun et dans les communications, ce qui pourra également représenter un avantage. À Winnipeg, le fait de participer à deux démarches a permis un meilleur arrimage et une continuité dans les deux projets et contribué à la durabilité du projet des aînés, lequel fait maintenant partie intégrante du plan d'affaires « Accès santé ». Aux dires d'un répondant, le fait que les mêmes francophones soient engagés dans les deux projets peut refléter une réalité et le défi d'œuvrer dans une situation minoritaire : puisqu'il y a peu de gestionnaires ou de hauts dirigeants d'expression française dans le milieu de la santé, ils se trouvent donc souvent interpellés dans plusieurs dossiers.

Si une définition claire des attributions des partenaires est nécessaire, elle l'est tout autant dans la définition du projet et du comité ou des groupes de travail formés pour le mettre en œuvre. Il importe de définir des objectifs distincts de chaque projet afin d'éviter des chevauchements, voire une confusion des activités lors de sa mise en œuvre.

Aussi, il pourra arriver qu'un projet évolue plus rapidement qu'un autre et qu'il prenne

momentanément plus d'importance, mobilisant ainsi davantage les ressources humaines. Il importera alors de revoir en cours de route l'allocation des ressources, notamment les ressources humaines, que la répartition des tâches entre les partenaires et les parties prenantes. L'évolution parfois imprévue des projets devrait amener les acteurs à revoir régulièrement leur planification, voire à inclure des dispositifs formels de réflexivité, tel que l'inclusion d'un accompagnement par une équipe de recherche ou d'évaluation.

Une bonne organisation des activités découlant de la mise en œuvre des projets apparaît essentielle lorsqu'on travaille avec des partenaires qui, de par leurs fonctions de direction, sont des personnes dont les horaires sont très chargés. Pareille situation pourra présenter le défi de travailler avec ce type de personnes, quoique leur engagement et leur présence au sein des comités soient indispensables. Une façon d'affronter ce défi consiste à s'y prendre à l'avance pour planifier les réunions, ce qui demande d'être bien préparé et de désigner une personne pour planifier les rencontres de travail, pour assurer les suivis et, ainsi, pour les rendre efficaces. Comme le mentionne un répondant : « On ne peut pas demander une réunion 24 h d'avance, ce serait irresponsable de notre part ». Il faut aussi bien connaître le rythme de fonctionnement des organismes de santé, qui sont bureaucratiques et souvent surchargés. Selon un répondant, « [c']est la réalité des milieux avec lesquels on transige,

parce qu'on œuvre à un niveau systémique, complexe...». avec des gros systèmes. Donc c'est plus

À retenir

La vie du partenariat peut être avantageusement facilitée par la désignation d'un responsable chargé de prévoir les rencontres et les diverses activités de soutien à l'efficacité du travail en partenariat.

Enfin, plusieurs répondants reconnaissent qu'il aurait fallu plus de temps pour accomplir la phase *agir*. L'équipe du Manitoba a d'ailleurs vécu quelques défis dans la collecte des données. Des retards ont été causés pour obtenir de l'ORSW les approbations éthiques et les données sur les francophones recevant des soins à domicile et des soins de longue durée. Des défis de recrutement de participants à l'étude sur les trajectoires ont dû être surmontés. Des changements dans les circonstances de vie au sein de l'équipe de recherche ont également entraîné des retards dans la rédaction des rapports.

Il importe donc de prévoir suffisamment de temps pour mettre en œuvre les projets. Le fait d'avoir à respecter des délais serrés provient souvent des bailleurs de fonds qui ont des contraintes administratives qui imposent certains échéanciers. Les contraintes de temps des gouvernements ne concordent pas toujours très bien avec celles du terrain. Aussi devient-il impérieux de négocier avec les autorités gouvernementales un calendrier de travail qui soit réaliste pour mettre en œuvre le projet dans les meilleures conditions possibles.

Des synergies possibles

Les projets s'insèrent toujours dans un milieu social dynamique qui pourra comporter souvent plusieurs initiatives en vue d'apporter des changements dans le domaine de la santé. Certaines pourront s'alimenter et s'enrichir réciproquement au point, parfois, d'établir certains arrimages.

Nous l'avons vu dans le cas du projet de Winnipeg : le projet sur les services en français aux aînés a pu profiter de l'existence d'une initiative générale pour favoriser l'accès aux soins de santé primaires en français (Accès santé). Ces deux initiatives ont fini par s'arrimer. Les acteurs des deux projets ont constaté que le projet sur les aînés pouvait se présenter comme une première concrétisation du projet plus large « Accès santé ». Un participant du projet l'explique dans les termes suivants :

C'était la logique des choses. On avait deux projets qui se complétaient bien, qui demandaient au niveau du gouvernement et de l'ORSW de travailler avec ces joueurs-là, et c'est des gens qui sont très difficilement accessibles, qui sont très occupés. Donc on s'est dit : au lieu d'avoir deux projets dans la francophonie, où on



doit transiger à un niveau élevé de la haute direction avec les mêmes personnes, ça facilitait aussi l'avancement du projet. Puis, y avait des éléments qui étaient très complémentaires à l'un et à l'autre. Notre projet permettait de faire avancer le projet Accès santé, et Accès santé, par l'initiative des aînés, ça leur permettait d'avoir une lunette pour faire avancer leur projet en

touchant une clientèle précise qui est les aînés.

Selon les promoteurs du projet, le partenariat avec « Accès santé » a facilité la mise en œuvre du projet des « aînés ». Afin de faciliter les synergies, il a fallu modifier la gouvernance en revoyant la composition des comités pour assurer une liaison entre les deux projets.

À retenir

Les promoteurs du projet feraient bien d'assurer une veille dans leur milieu afin de déterminer si des synergies sont possibles.

5.2.4. La mise en œuvre

La mise en œuvre du projet suppose qu'il faut passer de la phase *connaître* à la phase *agir*. Au Manitoba, la phase *connaître* était clairement définie. Un partenariat était établi avec l'Université de Saint-Boniface pour produire les rapports. Mais s'est

ensuite posée la question de savoir comment appliquer ces connaissances dans la phase *agir*. La façon d'opérer cette transition d'une phase à l'autre n'avait pas été clairement établie. C'est le recours à la méthode de gestion qui s'inspire de l'approche *Lean* qui a permis d'arrimer la phase *agir* à la phase *connaître*.

À retenir

Il est souhaitable de bien arrimer la phase *agir* à la phase *connaître* en prévoyant une opération de transfert des connaissances dans une planification de la mise en œuvre du projet.

Or, comme nous le verrons plus loin, le transfert des connaissances ne se réduit pas à diffuser des connaissances. Les acteurs ne sauront pas nécessairement comment traduire ces connaissances en action. Aussi, y a-t-il lieu de prévoir des activités bien précises pour aider les acteurs à appliquer les connaissances produites.

L'importance de l'information et de la communication

Une fois que les mesures à appliquer sont clairement établies, la mise en œuvre demande que soient assurés des suivis réguliers pour informer chaque partenaire de l'avancement du projet et pour régler au fur et à mesure les problèmes qui pourront survenir en discutant des solutions possibles. Chaque changement apporté au sein d'une organisation affronte généralement quelques résistances. Il importe alors de bien informer à l'avance les personnes concernées par les

changements éventuels et d'expliquer clairement comment il faudra procéder aux changements. Tout projet de changement doit être assorti d'une stratégie explicite de gestion du changement. Cette stratégie fait partie intégrante de la planification de la mise en œuvre.

L'une des difficultés qui ont été rencontrées dans la mise en œuvre d'un projet résultait d'une incompatibilité entre les exigences linguistiques et les droits des travailleurs syndiqués, ce qui a entraîné une résistance du syndicat face à ces changements. La question de l'ancienneté est une des causes des réticences syndicales à souscrire aux changements souhaités. Au nombre des préoccupations énoncées par le syndicat, retenons le fait que les employés seniors anglophones croyaient qu'ils n'auraient pas le droit de postuler les emplois désignés bilingues. Un répondant nous permet de mieux comprendre à l'aide d'un exemple la résistance des syndicats: « T'as une

madame ou un monsieur que ça fait vingt ans qu'il est dans un poste ou dix ans qu'il est dans un poste à temps partiel. Maintenant, y a un nouveau poste désigné [bilingue], et cette personne-là a pas le droit d'appliquer. » Les employés unilingues anglophones craignent donc ne plus pouvoir accéder à certains postes, voire de perdre leur emploi en raison des exigences linguistiques. Un répondant soutient que les syndicats n'ont pas été appelés à s'engager dès le début du projet. Au moment de l'étude, l'un d'eux s'opposait directement à la désignation de postes bilingues considérée comme un empiètement sur le droit des employés seniors. Dans un projet de ce type, avec des changements touchant les postes de travail, il peut être stratégique d'engager les syndicats assez tôt dans le processus de mise en œuvre et de déployer tous les efforts possibles pour discuter avec eux des changements prévus et des aménagements à envisager.

À retenir

Identifier les titulaires d'intérêts et mettre sur pied une stratégie d'action adaptée à chacun.

Un événement qui s'est produit à l'Île-du-Prince-Édouard montre toute l'importance de bien informer les résidents et la communauté au sujet des résultats escomptés dans le projet. Une semaine environ après l'ouverture de la maisonnée bilingue, le groupe a reçu des commentaires négatifs faisant état du fait que, dans la nouvelle maisonnée, on entendait encore des personnes parler l'anglais. Pour un

répondant, cette situation représente un défi qu'il explique de la manière suivante :

Moi, ça me pose un défi parce qu'à un moment donné, c'est la communauté qui critique trop, puis un autre gestionnaire qui regarde de faire un peu la même chose, un moment donné, il sera peut-être pas intéressé de faire si la communauté va le critiquer parce que c'est pas cent pour cent [français].



Cet extrait illustre le fait que les projets peuvent susciter des attentes que les gestionnaires devront gérer. Il est donc opportun de préparer la communauté en l'informant suffisamment afin de lui faire

comprendre que, dans un changement de cette nature, une période de transition est nécessaire et nécessite une période d'adaptation, tant pour les prestataires de services que leurs bénéficiaires.

À retenir

Il est souhaitable d'élaborer une stratégie de communication différenciée selon les groupes d'acteurs concernés par le changement quant à la portée et au sens des changements que le projet entend apporter.

5.3. L'évaluation des projets

Dans les projets financés par les gouvernements, il est généralement prévu de signaler que les objectifs ont été atteints en présentant les résultats obtenus. L'évaluation des projets pour les bailleurs de fonds se limite généralement à vérifier si les résultats ont été obtenus dans les conditions prévues, sans permettre de comprendre si la façon de produire les résultats est satisfaisante ni de tirer les leçons de l'expérience vécue. La seule reddition de compte ne suffit pas en matière d'innovation : il faut aussi prendre appui sur des études de processus et d'effets pour en tirer des leçons transférables⁴⁰. Parce qu'ils avaient prévu réaliser une phase de transfert des résultats, les promoteurs des projets à

l'étude n'ont pas senti le besoin de prévoir une évaluation des projets. S'il y a des similitudes entre elles, une étude entreprise en vue d'un transfert des connaissances ne fixe pas les mêmes objectifs qu'une évaluation. Dans le cadre d'une étude menée dans une phase de transfert, l'objectif vise moins à vérifier si les résultats ont été atteints et si la manière de les atteindre est satisfaisante qu'à mettre en relief les apprentissages qui découlent de la mise en œuvre des projets.

⁴⁰ R. Landry., N. Becheikh, N. Amara, N. Halilem, J. Jbilou, E. Mosconi et H. Hammami (2007), *Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale*, Rapport de la revue systématique des écrits. Chaire FCRSS/IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation [en ligne].
<http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/recherche/pdf/RF-Rlandry.pdf> (consulté le 3 décembre 2013).

À retenir

Les promoteurs d'un projet se doivent de prévoir une phase d'évaluation qui permet de comprendre de façon plus approfondie la nature des résultats du projet tout en analysant les moyens utilisés pour réaliser les objectifs fixés.

Ils peuvent de cette manière se donner les outils pour comprendre, entre autres, ce qui a bien et moins bien fonctionné dans la mise en œuvre d'un projet et comment ils ont surmonté les difficultés rencontrées. L'évaluation peut donc être aussi un moyen pour mettre en relief les apprentissages acquis. Elle peut porter sur plusieurs aspects d'un projet que les acteurs voudraient mieux comprendre et, ainsi, servir à mieux planifier des projets futurs.

5.4. La pérennité des projets

Formellement, les deux projets à l'étude se sont terminés en mars 2013, mais les acteurs sont conscients qu'ils s'insèrent dans une démarche à long terme et qu'ils constituent une étape dans cette démarche. En ce sens, plusieurs mesures sont envisagées afin d'assurer la continuité et la durabilité des projets. C'est une condition à remplir si on veut que les projets soient structurants. Leur pérennité devrait, par conséquent, faire partie intégrante de la réflexion dès la conception du projet et au cours de sa planification.

Dans cette perspective, les promoteurs du projet manitobain ont veillé à ce que le projet ait une continuité et une durabilité après le 31 mars 2013, afin d'assurer la suite de la mise en œuvre de la Carte stratégique

2013-2014. En premier lieu, ils l'ont inscrit dans le plan d'affaires quinquennal (2013-2018) du projet « Accès santé », pour lequel la province, l'ORSW et la communauté ont déjà confirmé la première année de financement (2013-2014). En deuxième lieu, le Groupe de travail s'est assuré que le modèle de mise en œuvre du plan d'affaires intègre une équipe de leadership interorganisationnelle qui sera chargée des suivis concernant la carte stratégique. Remarquons que deux représentants ayant siégé au Groupe de travail du projet « aînés » participeront à cette équipe. En troisième lieu, le Groupe de travail a préparé une charte de projet pour créer un service de navigation et d'aiguillage pour les aînés, lequel fera l'objet d'un travail approfondi de la part de l'équipe de leadership. En dernier lieu, on s'est aussi assuré de transférer les dossiers et les connaissances acquises au cours du projet des aînés au Centre de santé de Saint-Boniface, qui sera responsable de la mise en œuvre du plan d'affaires « Accès santé ».

À l'Île-du-Prince-Édouard, les maisonnées sont en partie institutionnalisées dans le centre d'hébergement, ce qui offre une certaine garantie quant à la continuité du projet. Les efforts accomplis pour offrir un environnement francophone devront



néanmoins être maintenus. Or, la pérennité du projet est compliquée par le départ de la coordonnatrice, qui bénéficiait d'un financement jusqu'à mars 2013. Dans ce contexte, les promoteurs cherchent à assurer les suivis sans cette aide importante en explorant une façon d'utiliser les ressources humaines existantes. Pour assurer la continuité du projet, ses promoteurs doivent veiller à trouver des bénévoles bilingues et à obtenir plus de soutien dans la communauté. On cherche à jumeler des bénévoles à des résidents francophones afin de créer des relations d'aide en français. Même si cet aspect du projet était plus périphérique au départ, les promoteurs du projet ont vu le potentiel et

l'importance d'aménager un réseau de proches aidants francophones de façon à soutenir la pérennisation du projet, mais aussi son expansion vers une approche qui consiste à créer un milieu de vie francophone dans cet établissement. Ils seront d'ailleurs rendus au Québec pour acquérir un savoir-faire à l'égard des proches aidants. Par ailleurs, pour assurer la continuité du projet, ils veulent être informés des besoins des résidents quant aux services. Ils entendent également traduire en français plusieurs documents utiles pour les résidents et continuer à recruter des employés bilingues et à répertorier les employés qui le sont.

À retenir

Dès l'étape de planification du projet, ses promoteurs doivent prévoir les conditions qui assureront la durabilité de ses résultats, même après sa fin formelle.

6. Synthèse des apprentissages réalisés

Dans la présente section, nous rassemblons sous forme de synthèse les éléments qui se dégagent de notre analyse des apprentissages qu'ont acquis les acteurs dans la mise en œuvre des projets.

La phase préparatoire du projet

La phase préparatoire offre l'occasion d'évaluer la façon de travailler avec les acteurs du système de santé afin de voir si un partenariat est possible et si le contexte est favorable à la réalisation du projet. Elle constitue une étape précieuse dans la

définition du projet puisqu'elle permet de traduire des objectifs généraux en un projet concret. Elle permet également d'établir des liens de partenariat qui seront utiles tout au long du projet et de réunir les conditions d'un engagement dans la concertation. Plus les objectifs des projets se précisent, plus il s'avère facile de d'engager des partenaires et des décideurs.

La phase *connaître*

Une bonne connaissance de la situation que l'on souhaite changer et des conditions favorables au changement améliore de beaucoup les chances de réaliser les objectifs visés. Avant l'étape de démarrage,

il importe pour les acteurs d'analyser les conditions qui doivent être réunies pour assurer le succès du projet et de réfléchir aux connaissances et aux données nécessaires pour le mettre en œuvre. À défaut de données utiles pour planifier le projet, des études préalables sont à prévoir. Les acteurs peuvent se munir d'outils conceptuels qui permettront de tenir compte des facteurs qui influencent l'offre de services en français ou qui structurent le processus de gestion de projet.

De la phase connaître à la phase agir : prévoir le transfert des connaissances

Il est souhaitable de bien arrimer la phase *agir* à la phase *connaître* en prévoyant un transfert des connaissances, lequel vise à appuyer concrètement l'action au moment de la planification, puis de la mise en œuvre du projet. Il est donc souhaitable de prévoir une expertise, en la développant ou en la contractant, pour planifier des activités qui visent à rendre ces connaissances utilisables par les acteurs, et ce, à toute les étapes de la diffusion de l'innovation.

Il y a donc lieu de distinguer deux types de transfert des connaissances : l'un qui servira aux fins même du projet à mettre en œuvre et l'autre qui pourra servir à des projets futurs.

Les dirigeants de projets et les partenaires

Un facteur favorable et déterminant dans la mise en œuvre du projet est assurément la mobilisation des partenaires, laquelle se

trouve facilitée lorsque le projet est pris en charge par des leaders de la communauté qui sont bien insérés dans les milieux concernés par les changements à effectuer et qui savent comment travailler avec les parties prenantes. Ce sont eux, qu'on a appelé les catalyseurs, qui auront à convaincre les partenaires et les autorités de s'engager dans le projet ou de l'autoriser.

Les contextes juridique et politique

Pour les promoteurs du projet, il importe d'examiner le contexte juridique dans la province où sera réalisé le projet afin de bien comprendre les obligations et les engagements du gouvernement en matière de langue de service. Ils ont tout intérêt à bien connaître les articles de la Loi qui peuvent leur servir pour appuyer leurs demandes.

Il importe également d'assurer une veille de l'environnement politique afin de saisir les occasions favorables et les initiatives en cours afin de déterminer si le projet peut s'inscrire dans l'une de ces initiatives. Les acteurs sur le terrain sont souvent les mieux placés pour aider le gouvernement à concrétiser son engagement. Ce sont des porteurs de solutions pour régler des problèmes que signalent les intervenants. Ainsi, les promoteurs doivent être en mesure de comprendre le contexte politique et de travailler en fonction de lui. Notons qu'une démarche pragmatique et collaborative apparaît plus prometteuse,

selon les répondants, qu'une démarche revendicatrice.

Le contexte de gestion

Afin de mieux répondre aux besoins des francophones, il peut s'avérer stratégique d'utiliser le discours et les approches en gestion, notamment les normes de qualité qu'approuvent et que reconnaissent les organismes et les professionnels. Les promoteurs des projets pilotes ont adopté le discours qui vante l'approche de gestion des services qui est centrée sur l'utilisateur pour amener les gestionnaires à reconnaître la spécificité des besoins des usagers francophones. Au Manitoba, les acteurs se sont inscrits dans une approche *Lean* que les intervenants de la région ont adoptée dans le secteur de la santé.

L'organisation et la communication

Il est souhaitable de se munir d'outils de planification et de gestion des activités qui soient bien adaptés à un milieu de travail complexe, pas toujours enclin à fonctionner en partenariat, avec des personnes dont les horaires de travail sont très chargés. Il faut donc bien planifier le calendrier de travail, préparer soigneusement les réunions de travail et informer à l'avance les partenaires des dates et du contenu des activités de travail. Les rôles de chaque personne engagée dans la mise en œuvre du projet doivent être clairement définis.

Toutefois, l'organisation doit être souple et permettre de faire des ajustements que commande parfois l'intérêt du projet. La flexibilité est une caractéristique cruciale

que doivent garder à l'esprit les dirigeants et les coordonnateurs du projet. Dans les deux projets qui nous occupent, les équipes de travail ont été capables de comprendre et de s'adapter aux emplois du temps des partenaires.

La flexibilité dans la mise en œuvre a également été appliquée dans le cas du Manitoba. Le groupe de travail a tenu compte de la nécessité, en cours de route, de se doter d'une méthodologie *Lean* pour la réussite du projet. Il a également compris l'importance vitale d'inclure le projet des aînés dans un projet plus vaste qui avait déjà cours, à savoir le projet « Accès santé ».

La communication est un élément déterminant dans la mise en œuvre du projet. Il faut bien informer les partenaires et les parties concernées de son degré d'avancement, d'où l'importance d'entretenir une bonne communication tout au long de la mise en œuvre du projet, de se réunir régulièrement et de produire de bons comptes rendus des réunions. La communication auprès des personnes touchées par les changements joue aussi un rôle clé afin d'éviter l'effet de surprise et certaines résistances qui risquent de se présenter dans le processus de mise en œuvre.

La communication peut également viser à bien informer les résidents et la communauté des résultats escomptés dans le projet et des étapes y menant. Il peut se

révéler opportun de faire comprendre aux personnes concernées qu'un délai de transition est nécessaire dans ce type de changement, ce qui peut nécessiter une période de transition et d'adaptation tant pour les prestataires de services que pour leur bénéficiaires.

Les ressources

La réalisation du projet suppose que tous les participants demeurent toujours conscients des possibilités et des limites actuelles quant aux ressources, dans les limites desquelles les acteurs sont tenus de travailler. Il importe au plus haute point de bien évaluer les ressources financières et humaines, de même que l'expertise et le temps nécessaire pour réaliser l'intégralité des phases du projet.

Les projets qui nous occupent ont mobilisé des ressources financières qui ont été déterminantes pour leur réalisation. Le fait de pouvoir compter sur une personne affectée à la coordination du projet s'est avéré un choix judicieux sur les deux sites, c'est-à-dire à l'Île-du-Prince-Édouard et au Manitoba. Les équipes ont d'ailleurs reçu un appui financier pour recruter des gestionnaires ou des coordonnateurs afin d'assurer l'application des changements pour les périodes déterminées pour les deux projets. Au Manitoba, un répondant dira : « On avait une excellente gestionnaire de projet, à un niveau sénior très élevé, ça a fait une très grande différence, puis les partenaires qu'on avait autour de la table, c'était des gens qui pouvaient prendre des

décisions. Alors ça nous a permis d'avoir les ressources qu'on avait besoin. »

Cependant, il convient de préciser que la méthode que préconisaient les promoteurs visait à travailler dans le cadre des ressources disponibles dans le système de santé, plutôt que de demander l'octroi de ressources additionnelles. Dans le cas des projets à l'étude, la décision de suivre la méthode *Lean* a été motivée notamment par le fait qu'elle permet de faire plus avec moins. Par ailleurs, cette méthode de gestion est déjà appliquée dans les établissements de santé de la région. Toutefois, à l'avenir, les acteurs devront se demander si c'est toujours possible ou souhaitable, dans un contexte de vieillissement de la population, de rareté des ressources et de besoins grandissants, de travailler dans le cadre des ressources existantes.

7. Résultats obtenus à la lumière des meilleures pratiques dans l'organisation des services aux aînés

Dans la présente section, nous nous proposons de situer nos résultats d'analyse à la lumière des meilleures pratiques dans l'organisation des soins de longue durée aux aînés en perte d'autonomie. Si les modèles de livraisons des services analysés dans ce document s'ancrent historiquement d'abord du côté des organisations publiques, les meilleures pratiques préconisent un modèle de livraison des soins où les services sont davantage centrés sur le domicile des personnes âgées que sur les formes traditionnelles de soins en établissement. Cette priorité accordée aux soins de longue durée traduit sans doute l'importance du vieillissement des communautés concernées par les deux projets.

Il convient de le répéter, le Canada connaît un processus de vieillissement particulièrement rapide de sa population⁴¹. L'allongement de la durée de vie moyenne est, sans conteste, une bonne nouvelle, mais son corollaire est l'allongement potentiel de la durée de vie en perte d'autonomie, compte tenu de l'augmentation de la prévalence des

problèmes de santé et des problèmes sociaux multidimensionnels et chroniques qui la caractérisent. Ce déterminant sociodémographique clé s'accompagne de transformations profondes dans la manière de concevoir les politiques publiques destinées aux personnes âgées et de les concrétiser dans des systèmes, des organisations et des pratiques professionnelles mieux adaptés à leurs besoins.

Tout comme la population âgée est un tout, le continuum de services auquel elle a accès devrait lui aussi former un tout cohérent. Pour la population âgée autonome, des approches centrées sur le vieillissement actif et sur la participation sociale des aînés sont en cours d'implantation. Pensons, par exemple, aux approches Municipalités amies des aînées et Vieillir en santé⁴². Pour les personnes âgées en perte d'autonomie (de légère à sévère), la mise sur pied de dispositifs intégrateurs à base domiciliaire est en cours partout dans les pays avancés. Pour les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible, l'instauration

⁴² Pour en savoir plus sur les Municipalités amies des aînés, consulter le document *qu'est-ce qu'une municipalité amie des aînés ?* Sur cette page Web (consultée le 29 novembre 2013) <http://aines.gouv.qc.ca/mada/>. Sur l'initiative vieillir en santé, voir L. Cardinal, M.-C. Langlois, D. Gagné et A. Tourigny (2008), *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et institut national de santé publique du Québec, 58 p.

⁴¹ M. Turcotte, et G. Schellenberg(2006), *Un portrait des aînés au Canada*, Statistique Canada, Division de la statistique sociale et autochtone, Ottawa.

d'approches humanisantes des soins se réalise progressivement partout dans le monde. Leur principe central d'action consiste à fonder toute action sur les besoins de l'utilisateur plutôt que sur les besoins organisationnels ou professionnels. Il s'agira des approches du type *humanité, Planetree, Milieu de vie ou relationnelle*⁴³. Entre le maintien à domicile et l'hébergement de longue durée s'instaurent diverses formules d'hébergement adaptées à la perte d'autonomie personnelle. Ce degré de perte d'autonomie doit être documenté rigoureusement par un professionnel aguerri à l'aide d'outils cliniques valides. Pour les personnes âgées hospitalisées, des démarches comme l'*Approche gériatrique intégrée*⁴⁴ sont en cours d'implantation. Enfin, des services de soins palliatifs adaptés aux personnes âgées sont également nécessaires. Ces réformes touchent tous les services aux personnes âgées un peu partout au Canada comme dans le monde.

Elles constituent un tout cohérent structuré autour d'un groupe de principes communs :

⁴³ Y. Couturier, F. Etheridge et M. Boudjemaa (à paraître), *Les périsoignants et l'injonction à améliorer la qualité des services dans les organisations de soins de longue durée au Québec*, dans F. Aubry et Y. Couturier (dir.), *Aides-soignants et préposés aux bénéficiaires : enjeux sociaux et scientifiques actuels*, Montréal, Presses de l'Université du Québec.

⁴⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011), *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, Cadre de référence [en ligne]*

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf> (consulté le 3 décembre 2013).

7. Résultats obtenus à la lumière des meilleures pratiques dans l'organisation des services aux aînés

- Le domicile est le meilleur choix de vie;
- La centration sur les besoins de la personne et la reconnaissance du caractère global de sa situation clinique;
- Une approche habilitante de la personne âgée;
- L'adaptation des services au degré documenté de la perte d'autonomie de la personne âgée;
- Une articulation des logiques cliniques et des logiques populationnelles dans une perspective de santé publique;
- La reconnaissance de l'importance de l'organisation des services sur la qualité de vie des personnes âgées.

Ces principes découlent de l'émergence de nouveaux modèles conceptuels de la qualité, qui posent en leurs centres le principe de l'usager-partenaire⁴⁵. Le principe de l'intégration des services fait en sorte que les systèmes de santé doivent mieux prendre en considération le désir de la majorité des personnes âgées de demeurer dans leur domicile le plus longtemps possible⁴⁶. La prise en compte

publique de ce souhait, tout comme des risques nosocomiaux⁴⁷ pour les personnes âgées d'une stratégie de soins centrée sur l'hôpital et l'hébergement de longue durée, appellent une transformation radicale de l'organisation des services vers un modèle dit *domicilo-centré*, mieux adapté aux problèmes chroniques et multi-dimensionnels caractérisant cette période de la vie⁴⁸. Pareille évolution tend à éviter que des ressources coûteuses, comme les urgences, ou délétères au bien-être et à la santé, comme les centres d'hébergement et de soins de longue durée, soient mobilisées pour des besoins qui trouveraient une réponse plus acceptable budgétairement et cliniquement en mode domiciliaire. Bien entendu, demeureront toujours des situations cliniques dans lesquelles l'hébergement permanent sera requis. Mais les bonnes pratiques indiquent clairement que cet hébergement représente la solution de dernier recours, située au bout d'un continuum de solutions. Une action sur les ressources d'hébergement est donc nécessaire et légitime, dans la mesure où elle s'articule à une action plus générale axée sur l'ensemble du continuum de

⁴⁵ M. Koren (2010), « Person-centered care for nursing home residents: the culture-change Movement », *Health Affairs*, vol. 29, n^o. 2, p. 312-317.

⁴⁶ A. Weber (2006), *Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre*

2000 et 2005, *Études et résultats* n^o 491, DRESS, Paris, p. 1-8.

⁴⁷ Les risques nosocomiaux sont des risques de contracter une infection dans un établissement de santé.

⁴⁸ R. Hébert, P. J. Durand, N. Dubuc, A. Tourigny, et the PRISMA Group (2003), « PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for frail older people in Canada », *International Journal of Integrated Care*; 3, 1-10.

services. Le principe de qualité visé est donc un service adapté au besoin de la personne, mais associé à une stratégie clinique de maintien, voire de recouvrement, de la perte d'autonomie fonctionnelle.

Cette transformation conceptuelle du mode d'organisation des services a cependant comme effet secondaire de complexifier la mise en œuvre des services, en raison même du domicile comme lieu de prestation des services. L'intégration des services apparaît alors comme une réponse aux défis récents que pose maintenant le nouveau mode d'organisation des services à partir du domicile et de la communauté. Le Canada est reconnu internationalement pour l'importance de ses innovations en matière d'intégration des services, telles PRISMA, PACE et SIPA⁴⁹. L'instauration d'un dispositif intégrateur vise à mettre en cohérence les divers services que nécessitent les clientèles qui présentent des conditions de vie complexes, comme c'est le cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Des actions mieux intégrées peuvent freiner, maintenir, voire restaurer la perte d'autonomie.

L'intégration se définit comme la volonté de mettre en lien les diverses dimensions du système de santé avec les autres services adaptés au bien-être des usagers; pensons, à cet égard, aux soins de longue durée, à

l'hébergement et aux services sociaux. Cette intégration permet d'augmenter l'efficacité des services, mais aussi leur qualité et la satisfaction des usagers. Kodner et Kyriacou définissent l'intégration comme :

un ensemble cohérent de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'informations, la coordination et la collaboration au sein des secteurs de traitements et de soins, des prestataires de services et de soins et des secteurs administratifs ou financeurs ainsi qu'entre eux⁵⁰.

L'intégration a donc un caractère horizontal (entre disciplines ou secteurs d'intervention) et un caractère vertical (entre le niveau clinique et celui de la gestion). L'objet de la coordination qui découle de l'intention d'intégration ne peut donc se réduire ni à la seule dimension clinique-soit les actes professionnels effectués pour un usager-ni à la seule dimension organisationnelle- les normes et les règles de l'établissement, l'organisation du travail et la distribution des ressources concernées par la réponse à ces besoins. Par conséquent, l'intégration a explicitement pour effet attendu d'induire une plus grande cohérence entre les diverses dimensions d'une intervention qui se veut plus globale, à l'image de l'utilisateur. Ce

⁴⁹ D. Kodner et C. Kyriacou (2000), « Fully integrated care for frail elderly: two American models », *International journal of Integrated Care*, 1:e08.

⁵⁰ D. Kodner, et C. Kyriacou (2000), « Fully integrated care for frail elderly: two American models », *International journal of Integrated Care*, 1:e08 (notre traduction).

7. Résultats obtenus à la lumière des meilleures pratiques dans l'organisation des services aux aînés

principe concerne l'ensemble du continuum de services, du domicile à l'hébergement permanent, jusqu'aux soins palliatifs, mais, aussi, chacune des composantes de ce continuum. L'intégration se révèle donc normative, ce qui renvoie à l'appropriation par les acteurs concernés des normes, des principes et des valeurs qui sous-tendent le modèle d'intégration visé. De plus, elle est clinique et concerne la nature des interventions et leurs contextes de réalisation par les professionnels. Elle est aussi informationnelle et se réalise à l'aide des outils et des politiques informationnelles qui permettent à chacun des acteurs, à tous les niveaux d'intervention, de disposer de la bonne information nécessaire à leur intervention et au bon moment. Elle est fonctionnelle, c'est-à-dire qu'elle requiert territorialement, comme tel a été le cas dans les deux projets à l'étude, la mise en cohérence des divers processus intersectoriels et interorganisationnels nécessaires à la bonne prestation des services. Dans un contexte à basse densité de population, ou en contexte minoritaire, des synergies entre tous les acteurs de la communauté sont requises à cette dimension. Elle est, enfin, budgétaire, la ressource financière devant soutenir la cohérence, et non le contraire.

Selon Leutz, les diverses expérimentations en matière d'intégration des services se

distribuent sur trois niveaux de complexification intégrative⁵¹.

- 1) Le modèle de liaison s'effectue pour un groupe d'organisations demeurant autonomes, mais servant des clientèles communes et affligées d'un problème complexe particulier, comme la perte d'autonomie. Il s'agit, concrètement, d'implanter des protocoles de transferts systématiques d'information, de distribuer efficacement les compétences entre les acteurs potentiels (le bon professionnel, pour le besoin de la personne) et d'établir des protocoles normatifs de collaboration. Toutes les organisations parties prenantes de cette entente de collaboration demeurent cependant indépendantes sur le plan opérationnel et quant à leur gouverne.
- 2) Dans le modèle de coordination, les différentes organisations concernées par l'offre locale de services mettent en place des mécanismes formels pour trouver des solutions pérennes aux problèmes de rupture de continuité, au sein des organisations d'un territoire donné et entre elles. Par un travail commun de concertation, elles cherchent à mutualiser certaines de leurs ressources, de leurs compétences,

⁵¹ Leutz, W. (1999), Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom, *Milbank Quarterly*, vol. 77, no 1, p. 77-110.

de leurs prérogatives et de leurs responsabilités respectives. Selon le modèle de coordination PRISMA⁵², l'implantation d'un modèle de coordination exige la mise en place de six composantes :

1. Des tables de **concertation** des acteurs stratégiques (les décideurs), tactiques (les gestionnaires) et opérationnels (les professionnels) qui auront pour mandat de créer les conditions de la mise en cohérence et de l'adaptation locale des diverses composantes du réseau de services intégré.
2. Un professionnel dédié à la coordination des services, le gestionnaire de cas.
3. Un guichet centralisé, soit le mécanisme par lequel on fait en sorte que toute demande de services est examinée de manière uniforme sur un territoire donné. Un tel guichet doit être reconnu par l'ensemble des partenaires du territoire. Ce guichet peut être centralisé, mais aussi décentralisé. Ce qui importe est la cohérence des processus évaluatifs qu'il enclenche et la rigueur des parcours de soins auquel il donne accès.

4. Un outil d'évaluation uniformisé et multidimensionnel. Cette évaluation sera reconnue par l'ensemble des acteurs du réseau.
5. Un outil commun de planification individualisée des interventions. Cette planification sera reconnue par l'ensemble des acteurs du réseau et engagera chacun des partenaires identifiés dans la réalisation des objectifs cliniques communs alors établis.
6. Un système d'information (dossier clinique) partageable et interétablissements, auquel sont liées diverses fonctions relatives à l'évaluation, à la planification, au contrôle de la qualité, etc.

3) Dans le niveau de pleine intégration, les réseaux intégrés relèvent d'une gouverne unique qui a pour mandat de fournir aux usagers d'un territoire donné l'ensemble du continuum de services qu'exige leur situation clinique. Au besoin, cette instance contracte avec certains prestataires externes pour compléter son offre de services.

7.1. Une autre approche intégrative : l'animation de liens sociaux

En plus des modèles maintenant classiques que nous venons de présenter, il existe une autre façon de concevoir l'intégration : l'animation de liens sociaux. Les modèles présentés précédemment se fondent sur les

⁵² R., Hébert (2004). Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes, dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (dir.), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Québec, EDISEM, p. 57-78.

composantes structurelles des organisations publiques. Pourtant, l'essentiel du service se donne dans et par les communautés, surtout en contexte minoritaire. Dans l'approche d'animation des liens sociaux, il s'agira plutôt de travailler précisément sur le lien social dans les milieux de vie et dans les communautés. Plus les liens sont forts, plus ils agissent comme condition protectrice contre les effets de la perte d'autonomie. Une telle démarche, inspirée des fondements de la promotion de la santé et du bien-être, agit donc en amont de l'organisation des services en visant particulièrement les déterminants sociaux de la santé et du bien-être. Elle vaut dans tous les contextes, notamment pour les personnes âgées autonomes dont on souhaite maintenir le plus longtemps possible l'autonomie. Il peut s'agir, par exemple, d'animer des tables de concertation (ex. : Vieillir en santé⁵³), de travailler avec les ressources de la communauté ou de soutenir des animateurs de quartier. Outre les ressources associatives et d'action bénévole, un tel travail est possible à destination d'autres catégories d'acteurs, par exemple avec les pharmaciens de quartier pour qu'ils élaborent des stratégies de veille à l'égard de la détresse de personnes âgées vulnérables en raison de leur fragilité physique ou cognitive, de leur isolement social ou encore de leur pauvreté.

⁵³ Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny (2008), *op. cit.*

7.2. La gestion de cas

Tous les modèles d'organisation des services visant une meilleure intégration exigent la présence d'un professionnel dédié à la coordination. Il existe de nombreuses étiquettes pour désigner ce coordonnateur : *intervenant pivot*, dont l'action est surtout intraorganisationnelle, *réfèrent unique*, dont la fonction consiste surtout à centraliser les requêtes concernant un usager, *agent de liaison*, dont la fonction est surtout de s'assurer le bon passage des dossiers d'un établissement à l'autre, *intervenant de suivi systématique*, dont la fonction consiste à mettre en œuvre des protocoles d'intervention préétablis, et ainsi de suite. Nous retenons parmi ce foisonnement de désignations celle de *gestionnaire de cas*, puisqu'elle a obtenu une large audience. La gestion de cas représente une fonction professionnelle relativement nouvelle au Canada. Sa mission première est d'évaluer les besoins des usagers qui sont affligés de problèmes complexes, puis de planifier et de coordonner les services qui en découlent. Le Réseau national des gestionnaires de cas définit la gestion de cas dans les termes suivants :

Un processus collaboratif et axé sur la clientèle pour la fourniture de services de santé et de soutien de qualité par l'utilisation efficace et efficiente des ressources. La gestion de cas prend en charge la réalisation des objectifs du client de manière sécuritaire, réaliste, et

satisfaisante dans un environnement de santé, social, et fiscal complexe⁵⁴.

Cette organisation énonce cinq principes directeurs de la gestion de cas, que nous avons reformulés afin d'en accroître la pertinence pour les francophones en situation minoritaire.

1. La gestion de cas défend les droits des usagers.
2. La gestion de cas est centrée sur les besoins de l'utilisateur.
3. La gestion de cas est collaborative.
4. La gestion de cas est responsable de la bonne organisation des services.
5. La gestion de cas est sensible aux différences culturelles.

Nous présentons ici trois modèles de gestion de cas qui ont été conçus localement dans le cadre de l'expérimentation PRISMA. Tous ces modèles partagent un groupe de tâches génériques (évaluer, planifier, coordonner, porter la parole de l'utilisateur, etc.), mais selon des configurations un peu différentes, en fonction des besoins de chacun des contextes locaux.

⁵⁴ National Case Management Network (2009), *Normes de pratique en gestion de cas au Canada*, Toronto, p. 9, [en ligne] <http://www.ncmn.ca/resources/documents/french%20standards%20for%20web.pdf>.

Le modèle unique

Le rôle du gestionnaire de cas dans ce modèle se limite aux tâches de courtage et de coordination de services. Il exclut, par conséquent, les tâches cliniques relatives au champ disciplinaire de l'intervenant, comme le suivi psychosocial en travail social. Aussi sa charge de cas est-elle constituée uniquement d'utilisateurs inscrits en gestion de cas, selon des critères d'admissibilité.

Le modèle hybride

Dans le modèle hybride, tout comme dans le modèle unique précédent, le gestionnaire de cas exerce un rôle prédominant de courtage et de coordination de services, ainsi qu'une clientèle admise en gestion de cas. Cependant, il conserve une composante clinique mineure dans son champ professionnel d'appartenance. Il peut, par exemple, intervenir à titre de travailleur social auprès de sa clientèle en gestion de cas dans la mesure où cette tâche n'entrave pas son rôle primordial de coordination des services pour l'ensemble de sa charge de cas.

Le modèle mixte

Dans le modèle mixte, la gestion de cas se caractérise par le type de clientèle inscrite dans la charge de travail du coordonnateur. Les cas dont il doit assurer la charge sont constitués à la fois de personnes âgées admises administrativement en gestion de cas et de personnes en début de perte d'autonomie, qui ne satisfont pas aux

critères d'admissibilité à la gestion de cas pour cause d'âge, de lourdeur des besoins ou d'intensité de la coordination requise, mais dont on pense que, du fait de leur condition, leur perte d'autonomie les conduira éventuellement à la gestion de cas. Ainsi, dans ce modèle, lorsque l'utilisateur en perte d'autonomie modérée en vient à satisfaire aux critères qui lui permettent d'accéder à la gestion de cas, l'intervenant continue d'assurer le suivi, car c'est le statut du dossier qui change dans la charge de cas et non l'intervenant, ce qui crée une continuité interne dans la charge de cas de l'intervenant qui plaira à l'utilisateur. Ici, le prix à payer dans ce modèle est une intensité moindre en matière de courtage et le risque que la lourdeur des situations cliniques finira par affecter la capacité de courtage du gestionnaire de cas.

Toutes les données probantes convergent vers un groupe de principes (dont la centration sur l'utilisateur, l'intégration des services, une meilleure uniformisation des réponses aux besoins des utilisateurs et l'interdépendance des diverses ressources du continuum des services) qui régissent les projets étudiés ici. Notre analyse a surtout porté sur les actions centrées sur l'hébergement de longue durée, mais nous savons que les projets comportaient des objets plus larges, notamment l'intensification des liens communautaires. Nous savons aussi que les projets dont nous rendons compte ici s'insèrent dans une stratégie plus large d'action qui inclut ou

inclura des projets concernant d'autres composantes du continuum des services. S'il faut promouvoir l'amélioration des centres d'hébergement de longue durée, il importe de rappeler que, pour la clientèle en très grande perte d'autonomie, les bonnes pratiques nous invitent à promouvoir une action priorisant le domicile de façon à agir sur les conditions de maintien ou de restauration de l'autonomie fonctionnelle. Nous savons, à ce propos, que la participation sociale est l'une des clés du projet et que cette participation s'opère en grande partie par l'entremise des réseaux

familiaux et communautaires. Tous ces réseaux doivent se coordonner avec les ressources de la communauté, qu'elles soient publiques, associatives ou privées, de façon à soutenir le continuum des services, à l'image du continuum des besoins.

8. Pistes pour le transfert des connaissances

Sachant que le transfert des connaissances a pour objet de partager les expériences et les apprentissages issus de la mise en œuvre de projets similaires, il est opportun de se pencher sur le processus de transfert de connaissances et de réfléchir aux conditions qui le favorisent.

Précisons ce qu'on entend par transfert de connaissances. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) parlent plutôt d'application des connaissances, qu'ils définissent comme : « un processus dynamique et itératif qui englobe la *synthèse*, la *dissémination*, l'*échange* et l'*application conforme à l'éthique* des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé »⁵⁵. Pour le Fonds de recherche du Québec – Société et culture, le transfert des connaissances, c'est l'« ensemble des efforts consentis pour contribuer à faire connaître et reconnaître la recherche (...) de même que ses résultats en vue de leur utilisation par les milieux de pratique, les décideurs et le grand public »⁵⁶.

Le transfert de connaissances constitue par conséquent un processus de diffusion des connaissances qui permet de faciliter leur utilisation par les décideurs ou les intervenants qui cherchent à changer leur contexte ou leurs pratiques. Ce processus comprend toutes les étapes qui vont de la diffusion des connaissances, à leur adaptation, puis leur adoption, par des utilisateurs. Le transfert est donc à la fois le processus par lequel les connaissances sont diffusées vers divers utilisateurs potentiels et ce qui facilite leur mise en œuvre dans d'autres contextes.

Voici les principales étapes du processus de transfert de connaissances⁵⁷ :

- diffusion : diffusion de l'information et de nouvelles connaissances;
- dissémination : efforts plus soutenus pour convaincre les groupes cibles d'adopter une innovation (une pratique);
- implantation : efforts actifs et planifiés pour mettre en œuvre une innovation au sein d'une organisation;

http://www.fqsc.gouv.qc.ca/upload/publications-fqsc/fichiers/publication_52.pdf (consulté le 30 janvier 2013).

⁵⁷ T. Greenhalgh, G. Robert, P. Bate, F. Macfarlane et O. Kyriakidou (2004), « Diffusion of Innovations in Service Organisations, A systematic review and Recommendations », *Milbank Quarterly*, vol. 82, n° 4, p. 581-629.

⁵⁵ À propos de l'application des connaissances aux IRSC [en ligne] <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/39033.html> (consulté le 30 janvier 2013).

⁵⁶ Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (2011), *Plan d'action en matière de transfert des connaissances 2011-2014*, mai, [en ligne]

- durabilité : faire de l'innovation une routine jusqu'à sa désuétude.

Étapes dans le processus de transfert des connaissances

Diffusion des connaissances → Adoption des nouvelles connaissances → Utilisation dans la pratique des nouvelles connaissances

8.1. Les conditions favorables

Les études à ce sujet ont permis de mettre en évidence plusieurs conditions favorables à la réussite d'un processus de transfert des connaissances. Une revue systématique de la littérature dans le contexte des services de santé a permis de dégager des facteurs favorables à sa réussite dans ce contexte particulier. La réussite se détermine en fonction de l'utilisation des connaissances par les acteurs et de l'amélioration des activités ou des pratiques que permet cette utilisation⁵⁸. Cette revue de la littérature a permis d'établir un des éléments caractéristiques des innovations, c'est-à-dire les changements issus de l'utilisation des connaissances, qui ont le plus de chance d'être adoptées par les utilisateurs. En résumé, les innovations ont plus de chance

d'être adoptées, si sont réunies les conditions suivantes :

- 1) elles représentent clairement un avantage pour les utilisateurs (en fonction de l'efficacité ou des coûts);
- 2) elles sont compatibles avec les valeurs, les normes et les besoins perçus par les utilisateurs potentiels;
- 3) elles sont perçues comme étant simples à utiliser ou à implanter par les joueurs clés;
- 4) elles peuvent être expérimentées par les utilisateurs visés sur une base limitée;
- 5) elles présentent des avantages qui sont observables par les utilisateurs potentiels.

Toujours selon cette revue de littérature, les travaux montrent également que l'influence interpersonnelle à travers les réseaux sociaux est le mécanisme le plus important pour promouvoir l'adoption d'une innovation.

Le contexte interne de l'organisme remplit un rôle significatif dans l'adoption d'une innovation. La place, l'importance et le statut que comportent les connaissances au sein d'une organisation influencent la réceptivité de l'organisme à de nouvelles connaissances. La capacité d'un organisme à repérer, à interpréter et à adapter de nouvelles connaissances, à les relier à ses connaissances actuelles et à les traduire dans des pratiques exerce aussi un

⁵⁸ T. Greenhalgh, O. Kyriakidou, R. Peacock (2004), *How to spread good ideas, A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation* [en ligne] <http://www.netscc.ac.uk/hsdr/projdetails.php?ref=08-1201-038> (consulté le 31 janvier 2013).

rôle déterminant dans le transfert des connaissances. Certains organismes présentent aussi des caractéristiques qui favorisent la mise en place de pratiques innovantes, telles qu'un leadership fort, une vision stratégique claire, de bonnes relations de travail, un climat de travail ouvert à la prise de risque et des mécanismes appliqués de surveillance et de rétroaction.

Le contexte externe joue également un rôle clé dans l'adoption de pratiques innovantes. Les réseaux interorganisationnels et le fait que des organisations similaires ont adopté des pratiques innovantes peuvent influencer favorablement l'adoption de nouvelles pratiques. L'adoption d'une pratique est également une question d'opportunité dans le contexte des politiques publiques. L'opportunisme, le fait de saisir l'occasion favorable et d'être bien informé de l'environnement sociopolitique constituent des conditions favorables. Les obligations et les mandats de certaines autorités publiques peuvent certainement exercer un rôle bienfaisant dans l'adoption de certaines pratiques.

Si des facteurs interviennent dans l'ouverture aux changements innovants, d'autres interviennent dans l'implantation et la durabilité des changements apportés. L'objectif étant que la nouvelle pratique devienne une routine, sans empêcher de futures innovations. L'engagement des équipes de travail dans tous les secteurs touchés par les changements, particu-

lièrement les hauts dirigeants qui ont un rôle clé à remplir dans l'introduction de nouvelles pratiques, a une portée considérable. La motivation, les capacités et les compétences des praticiens qui auront à adopter de nouvelles pratiques sont elles aussi déterminantes.

Pour exécuter comme il se doit un processus de transfert des connaissances, il est impératif d'identifier les acteurs de ce processus, à savoir les porteurs de nouvelles connaissances, les agents de changement (qui sont souvent ceux qui font les liens entre différents milieux), les décideurs, les partenaires, les leaders d'opinion et les utilisateurs. Ils doivent tous être mis en relation et participer à ce processus. Leur liaison et leur coordination à cet égard sont déterminantes dans l'accomplissement de son succès. Par exemple, il peut être stratégique de mettre en lien les développeurs de nouvelles connaissances et leurs utilisateurs. Ceux qui prennent les décisions nécessaires à l'adoption de nouvelles pratiques sont, bien entendu, des parties prenantes, comme ceux qui peuvent les influencer. Une personne, ou une équipe selon l'ampleur du processus, chargée de coordonner les efforts de tous devra être choisie avec soin. Elle exercera un rôle central dans le processus. Cette personne ou cette équipe devra :

- avoir la crédibilité aux yeux des différentes parties prenantes et être acceptée par eux;

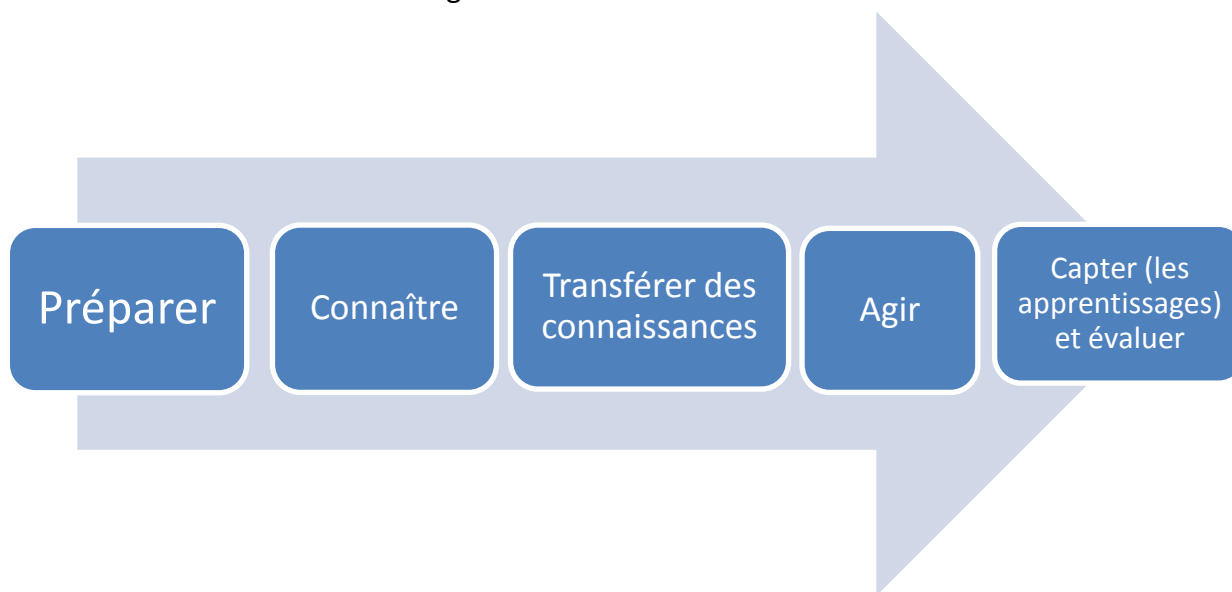


- être capable de travailler en collaboration et de cultiver des relations de travail coopératives;
- être en mesure de comprendre les perspectives des diverses parties prenantes, notamment celle des utilisateurs des nouvelles connaissances;
- posséder des capacités de communication pour faire comprendre à ces parties leurs préoccupations, leurs attentes, leurs difficultés rencontrées et les solutions à apporter;
- rendre les utilisateurs aptes à adopter les nouvelles pratiques.

8.2. Planifier le transfert des connaissances

Vu les nombreux facteurs qui influencent le processus de transfert des connaissances, il nous semble souhaitable d'intégrer un

volet transfert de connaissance dans la planification d'un changement organisationnel. Autrement dit, le transfert des connaissances devrait aussi être planifié en tenant compte des facteurs généraux qui le favorisent, ce qui devrait donner lieu à des activités qui visent précisément ce transfert. Les éléments qui se dégagent de la littérature sur le transfert des connaissances peuvent nous aider à planifier minutieusement les divers aspects du processus de transfert des connaissances. Ces éléments sont exprimés en termes généraux, mais chaque situation comporte des particularités singulières qui devront être prises en compte. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la séquence d'actions pour un éventuel changement organisationnel devrait prévoir une phase *transférer* à la suite de la phase *connaître*.



À retenir

Le transfert des connaissances devrait faire l'objet d'une planification minutieuse et donner lieu à des activités prévues à cet effet.

Nous venons de voir que le transfert des connaissances vise généralement à produire un changement dans les pratiques ou dans l'organisation des services. Aussi, faut-il intégrer des projets de transfert des connaissances dans la mise en œuvre de projets de changements organisationnels et de pratiques. D'ailleurs, nous avons pu constater toute l'importance que prennent les savoirs et les données dans la réalisation de projets touchant l'organisation des services de santé.

Le présent rapport a été rédigé dans une optique de transfert des connaissances en prenant appui sur l'analyse des deux projets qui ont été réalisés afin d'améliorer les services de santé aux aînés francophones. Dès le départ, la SSF a voulu que ces projets puissent faire l'objet d'une analyse en vue de tirer les leçons apprises, de les partager tout en dégagant les conditions favorables à leur mise en œuvre. L'objectif visait à ce que ces projets servent à d'autres acteurs qui souhaiteraient s'en inspirer pour élaborer des projets d'amélioration des services de santé en français. La production du rapport constitue en fait la première étape d'un éventuel processus de transfert des connaissances, ce qui suppose que, dans la planification des projets, il est impérieux de planifier avec soin les activités qui alimenteront la réflexion sur ces

apprentissages acquis et sur les conditions favorables à la réalisation des projets. Il faut également clarifier avec les chercheurs le degré de participation des acteurs chargés de la mise en œuvre des projets dans les activités de collecte de données, car celles-ci peuvent être plus ou moins exigeantes selon les méthodes employées. Idéalement, chercheurs et acteurs devront préciser les activités de collecte de données qui sont prévues et évaluer le temps qu'il faudra y consacrer. Ils devront aussi s'entendre sur les rôles de chacun dans cette collecte. Dans la recherche de type collaboratif, les acteurs peuvent exercer un rôle à toutes les étapes de la recherche : de l'élaboration de la problématique à la diffusion des résultats, en passant par la conception des outils d'enquête, la collecte des données et l'analyse. Les discussions devront déterminer jusqu'à quel point les acteurs pourront et souhaiteront s'engager dans la recherche. Le rôle de facilitation dans l'accès aux données et la participation à leur collecte demeurent généralement ce qui est minimalement attendu des acteurs sur le terrain.

Deux transferts sont déjà envisagés dans les deux milieux à l'étude. Au Manitoba, un transfert vers le projet plus large Accès santé est en cours. Le projet sur les aînés pourra servir d'illustration afin d'inclure



d'autres groupes de la population. À l'Île-du-Prince-Édouard, un autre établissement de soins de longue durée s'est dit intéressé par le projet et voudrait s'en inspirer. Le fait que les mêmes personnes se trouvent engagées dans les activités de transfert constitue une condition favorable de ce transfert puisqu'elles ont en mémoire les projets accomplis et ont acquis les apprentissages qui pourront servir dans des projets similaires. Ces personnes pourront jouer un rôle pour faciliter d'autres projets en partageant leurs expériences dans la mise en œuvre des projets, en faisant ressortir les défis affrontés et les moyens adoptés pour les surmonter.

Conclusion

Notre étude nous conduit à proposer une nouvelle séquence dans la mise en œuvre des projets : il y aurait lieu de les introduire par une phase *préparer*, précédant la phase *connaître*, puis la phase *transférer* suivrait la phase *connaître*, afin de mieux arrimer la phase *agir* à la phase *connaître*.

La phase *préparer* est une phase exploratoire durant laquelle les acteurs définissent leur projet, tentent de voir si sa réalisation est possible et établissent des contacts préliminaires auprès des parties prenantes, soit les personnes visées par le changement ou qui ont un intérêt dans le projet. À cette étape, tout n'est pas encore clair. On ne sait pas encore exactement :

- quels sont les objectifs du projet;
- qui participera à sa mise en œuvre;
- quelles sont les ressources nécessaires;
- si les décideurs accepteront d'appuyer le projet.

Cette phase est constituée de tâtonnements et d'activités exploratoires que peut favoriser une certaine créativité dans la recherche de solutions à une ou à des problématiques. Même si la phase *connaître* suivra, peut être souhaitable de mener des activités pour mieux *connaître* la situation dès la phase préparatoire.

La phase *connaître* est une phase incontournable pour réaliser des projets qui visent à apporter des changements dans l'organisation et la prestation des services. Elle a pour objet d'éclairer le contexte dans lequel se déroulera le projet. Elle pourra donner lieu à des projets de recherche ou à des activités de collecte de données qu'exerceront les acteurs afin de mieux connaître l'environnement politique, juridique, communautaire et organisationnel dans lequel les projets seront réalisés. Elle pourra être l'occasion de se familiariser avec les besoins de la population ciblée et les ressources disponibles pour y répondre. Cette activité s'avère essentielle pour déterminer la possibilité d'obtenir de nouvelles ressources et ce qu'il est possible d'accomplir avec les ressources disponibles.

Ces diverses phases doivent cependant être réalisées de manière réflexive, accompagnées de différents retours vers des phases précédentes, suivant les exigences de la situation. Pour soutenir ce mouvement de réflexivité, il est souhaitable de prévoir très tôt des dispositifs de soutien (notamment des cercles de discussion, des partenariats de recherche, des activités de rétroaction et des évaluations).

Il apparaît donc vital de définir les projets en fonction du contexte de travail dans la région, la province et le secteur où il sera mis en œuvre. Il importera aussi de connaître la façon de travailler avec les partenaires. Les projets pilotes à l'étude



témoignent d'une certaine innovation dans la façon de travailler avec des acteurs du secteur de la santé qui ne sont pas habitués de travailler en partenariat.

Les partenariats créés figurent sans conteste parmi les éléments qui ont grandement contribué à la réussite des deux projets. Ils ont permis de rassembler les personnes clés, possédant des expertises précieuses pour les projets et des connaissances sûres du système de santé. Ils permettent de faire progresser rapidement les projets. La participation et l'appui du gouvernement et des décideurs du système de santé ont également produit des effets positifs pour la mise en œuvre des projets. Les partenariats ont contribué à réaliser efficacement la phase *connaître*, au Manitoba notamment.

Nous avons vu qu'il serait sans doute plus difficile de réaliser ce type de projets dans certains milieux plus revendicateurs ou plus conflictuels, où les relations entre les parties prenantes se prêtent difficilement à des partenariats. Dans certaines provinces, les rapports entre les réseaux francophones en santé et les milieux politiques peuvent être plus tendus du fait d'un contexte juridique, politique ou organisationnel moins ouvert à des changements qui visent à améliorer l'offre de services de santé en français, ce qui peut inciter des acteurs francophones à adopter une stratégie plus revendicatrice, d'où l'importance de connaître à fond le contexte de travail dans lequel œuvrent les acteurs francophones et de concevoir en

conséquence des stratégies qui soient bien adaptées à ce contexte.

L'élaboration de stratégies et la planification des projets pourront s'inspirer d'un ou de cadres conceptuels, comme celui de Forgues et collaborateurs (2011) qui a été utilisé par les promoteurs des projets. Les dimensions sociales, politiques, juridiques ou organisationnelles doivent être prises en compte et analysées afin d'être bien au fait de l'environnement dans lequel sera réalisé le projet et de définir des mesures à prendre qui tiendront compte de ces dimensions.

La phase *connaître* présente l'occasion de s'informer sur les meilleures pratiques de gestion des services de longue durée. Plusieurs modèles pourront conduire à l'adoption de démarches qui répondront le mieux aux besoins des personnes âgées francophones. Des modèles de services intégrés, centrés sur les soins à domicile, offrent des pistes à explorer. Cette étape est aussi l'occasion de se renseigner sur des projets similaires qui ont été mis en œuvre ailleurs et dont il est possible de tirer des leçons. Il pourra aussi s'avérer utile d'illustrer ce qu'on souhaite faire à l'aide d'exemples tirés de projets réalisés dans d'autres régions ou dans d'autres secteurs de service.

Comme l'enseigne on ne peut mieux le cas du Manitoba, dans lequel les dirigeants du projet ont constaté l'importance d'assurer le transfert des connaissances, ce qu'ils ont fait en suivant la démarche *Lean*, il vaut

mieux prévoir et planifier une phase de *transfert* des connaissances afin d'aider les acteurs sur le terrain à faire le tri parmi l'ensemble des connaissances qu'ils ne manqueront pas d'acquérir et à en retenir les plus pertinentes de manière à pouvoir se les approprier et à les utiliser dans la mise en œuvre des projets. Le transfert des connaissances doit être conçu comme une étape spécifique devant être planifiée et donnant lieu à des activités qui lui sont consacrées. Les conditions favorables aux transferts des connaissances que présente la littérature à ce sujet devront, certes, être prises en compte dans la planification de cette étape.

La phase *transférer* devra servir à guider plus précisément les actions qui seront entreprises dans la réalisation du projet. La phase *agir* constitue l'étape de mise en œuvre des projets qui prendra appui sur des données et sur une connaissance approfondie de la situation que l'on souhaite changer et de l'environnement de travail. Ces connaissances se révéleront utiles dans l'organisation des activités de mise en œuvre des projets et pourront à coup sûr réduire les risques d'imprévus. Cependant, aussi bien préparés soient-ils, les acteurs ne manqueront pas de devoir affronter des situations inattendues.

Chaque projet offre plusieurs occasions d'apprentissage pour les acteurs. Le partage d'expertises des différents partenaires peut, d'ailleurs, faciliter de beaucoup les apprentissages collectifs. D'où l'importance

d'enrichir les connaissances acquises en prévoyant des ressources et des activités propres à capter ces apprentissages en vue d'un éventuel transfert des connaissances. En fait, même si elle apparaît comme la dernière étape devant conduire au transfert des connaissances, la saisie des apprentissages doit être prévue dès les premières étapes afin de bien intégrer ces activités tout au long de la mise en œuvre du projet. Enfin, des activités d'*évaluation* devront être prévues et planifiées en fonction d'objectifs et d'indicateurs qui devront être précisés. Elles sont généralement prévues dans le cadre d'ententes conclues avec les bailleurs de fonds, mais il pourra s'avérer utile de se demander si une évaluation différente, répondant aux besoins des promoteurs des projets, serait opportune.

Cette séquence ne devra pas conduire à l'adoption d'une démarche strictement linéaire dans la réalisation d'un projet. En effet, il est toujours possible de revenir à une étape antérieure. Par exemple, la phase *connaître* ou même la phase *agir* pourra obliger les acteurs à préciser la conception du projet.

Nous croyons qu'il serait à tout le moins avantageux de poursuivre les études sur les suivis des projets, dont la mise en œuvre de la carte stratégique et du guide au Manitoba, et sur les transferts de connaissances qui pourront découler de ces projets afin de mieux comprendre les conditions favorables au transfert des



connaissances. Ces analyses permettraient de mieux outiller les chercheurs et les intervenants pour mener des processus de transfert des connaissances et pour mieux intégrer les savoirs et les données à la mise en œuvre de projets visant l'amélioration des services de santé en français. Évaluant

dans des sociétés où les savoirs remplissent un rôle de plus en plus stratégique, il nous apparaît urgent d'accroître au sein des communautés francophones en situation minoritaire les compétences nécessaires en matière de transfert des connaissances.

Annexe Liste de documents

Manitoba

Rapports

- Conseil communauté en santé du Manitoba (2011), *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français*, Société santé en français.
- De Moissac, D. (2012), *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français. Sommaire des thèmes prioritaires émergents*, s.l., 9 pages.
- De Moissac, D. et M. Roch-Gagné (2012), *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français. Objectif 1 – Portrait de la santé, de l'accès aux services et des besoins en santé des personnes âgées*, Manitoba, Université Saint-Boniface, 48 pages.
- De Moissac, D. et al. (2012), *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français. Objectif 2 – Inventaire des services de santé disponibles en français et identification des déficits de services*, Manitoba, Université Saint-Boniface, 82 pages.
- Éthier, S. et L. Belzile (2013), *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français. Objectif 3 – Recension des pratiques exemplaires dans l'offre de services de santé pour les aînés*, Manitoba, Université Saint-Boniface, 43 pages.
- De Moissac, D. et al. (2012). *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français. Objectif 4 – Identification des ressources humaines bilingues et des pratiques actuelles en matière de ressources humaines*, Manitoba, Université Saint-Boniface, 38 pages.
- Éthier, S. et al. (2012), *Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et Saint-Vital aux services de santé en français. Objectif 5 – Description des expériences de trajectoires individuelles de soins de santé en français pour les aînés*, Manitoba, Université Saint-Boniface, 72 pages.



Plans

- Services en langue française - Guide à l'intention des gestionnaires
- Services en langue française, plan de mise en œuvre pour Actionmarguerite
- Carte stratégique 2013 – 2014 - Projet des aînés Améliorer l'accès des aînés francophones de St.-Boniface et St.-Vital à des services de santé de qualité en français

Île-du-Prince-Édouard

Rapports

- Mcquaid, S. (2010), *Rapport final Soins de longue durée en français*, s.l., Atlantic Evaluation Group Inc, 48 pages.
- Mcquaid, S. (2010), *Final report French Language Services in Long Term Care*, n.d., Atlantic Evaluation Group Inc, 48 pages.

Plans

- PEI French Language Health Services Network, French Language Services in Long Term Care Work Plan (October 2011).
- Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard, Société Santé en français (février 2012), Document de travail *Améliorer l'accès des personnes âgées de l'Île-du-Prince-Édouard aux services de santé en français*.
- Réseau des services de santé en français de l'Île-du-Prince-Édouard, Société Santé en français, *Améliorer l'accès des personnes âgées de l'Île-du-Prince-Édouard aux services de santé en français*, s.d., Plan de travail 2011-2013.