

**L'expérience du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) au Québec :
une occasion d'apprentissage sur les processus d'introduction de l'innovation et de
gestion du changement**

Christian Dagenais, CLIPP, Université de Montréal
christian.dagenais@umontreal.ca

Francine Desbiens, GRASP, Université de Montréal
Pierre Joubert, Institut national de santé publique du Québec

Cet article présente les principales leçons tirées de l'évaluation des retombées des projets québécois financés par le Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) sur gouvernement du Canada. L'objectif principal de cette évaluation visait à identifier en quoi ces projets ont produit du changement en introduisant des innovations dans les organisations et le système de santé. Qu'ils aient atteint ou non leurs objectifs, qu'ils se soient implantés tel que prévu ou partiellement, les projets québécois du FASS et les innovations qu'ils ont cherché à implanter représentait une occasion unique de mieux comprendre quelles sont les conditions propices à la production de changement dans les organisations du système de santé québécois. C'est précisément sur ces conditions que porte cet article.

Mots clés : services de santé, organisation des services, changement, innovation sociale.

INTRODUCTION

En 1997, le Gouvernement fédéral annonçait la mise sur pied du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Ce fonds transitoire de 50M\$ par année, pour trois ans, a permis la mise à l'essai et l'évaluation de projets novateurs dans le but de produire des connaissances utiles afin d'identifier les approches qui favorisent le changement dans le système de soins et de services de santé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) s'est impliqué activement dans la sélection des projets venant du Québec afin de s'assurer que 1) les projets financés contribueraient à solutionner les problèmes jugés les plus importants du système québécois de santé et de services sociaux, 2) qu'ils offriraient des garanties suffisantes pour s'intégrer au système au terme de leur financement par le FASS et 3) qu'ils tiendraient compte des particularités du Québec. Quarante projets ont été financés au Québec, ce qui représente un investissement total de près de 35M\$¹.

Les 40 projets réalisés au Québec se sont inscrits dans trois domaines jugés prioritaires soit : 1) l'intégration des services, 2) la réforme des soins de santé primaires et 3) les soins à domicile. Ils couvraient tout le territoire du Québec. Certains se sont implantés dans des milieux très urbanisés et pluriethniques, d'autres en région périphérique, dans des agglomérations urbaines à faible densité, en milieu rural ou semi-rural et plutôt homogène au plan culturel. Ils ont disposé d'un financement dont l'importance variait considérablement - de 37 000 \$ à 7,6M\$. Pour 12 d'entre eux, le financement a servi uniquement à l'évaluation d'une intervention novatrice déjà existante, mais n'ayant jamais été évaluée. Pour 28 autres, il a permis de mettre en place ou de consolider l'innovation et de l'évaluer. Les lecteurs intéressés à obtenir plus d'information sur les 40 projets peuvent consulter le site internet du FASS : <http://www.hc-sc.gc.ca/hf-fass/francais/>.

À cause de l'effet structurant possible d'un bon nombre de ces projets, le MSSS a mis en place un dispositif pour évaluer les retombées de l'ensemble des projets québécois. Cette évaluation visait à examiner comment le « programme du FASS » a produit du changement en introduisant des innovations dans les organisations et le système de santé. Toute la démarche renvoie à la question du lien entre l'innovation et le changement qui peut être formulée de la façon suivante : peut-on inciter à l'innovation, de façon délibérée, et prendre pour acquis qu'elle va nécessairement entraîner du changement ?

Qu'ils aient atteint ou non leurs objectifs, qu'ils se soient implantés tel que prévu ou partiellement, les projets québécois du FASS et les innovations qu'ils ont cherché à implanter représentait une occasion unique de mieux comprendre quelles sont les conditions propices à la production de changement dans les organisations du système de santé québécois. C'est précisément sur ces conditions que porte cet article².

1. Ce montant inclut les fonds provenant des enveloppes québécoise et canadienne du FASS, ayant servi au Québec.

2. Cet article s'inspire du rapport final présenté aux autorités du FASS (Desbiens, Dagenais, Joubert et coll., 2002). Ce rapport est disponible à la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et sur le site internet du FASS : <http://www.hc-sc.gc.ca/hf-fass/francais/>.

LA PERSPECTIVE ET L'OBJET D'ÉVALUATION

« Innover » signifie introduire une nouveauté dans un environnement déjà existant, connu et familier. L'innovation en tant qu'action vise à découvrir des voies jusque là inexplorées et à transformer l'environnement. Elle tend à rompre avec ce qui est établi en proposant quelque chose de mieux et considéré comme plus efficace pour améliorer une situation ou résoudre un problème. L'innovation sociale fait référence à la façon dont une organisation sociale réaménage ses composantes pour faire face à un nouvel environnement plus complexe. Ainsi, les projets du FASS sont des « innovations sociales » qui prennent la forme d'un nouveau service, d'une nouvelle technologie adaptée, d'une nouvelle pratique administrative ou clinique, ou encore d'une nouvelle modalité organisationnelle (Hage, 1999).

« Par innovation sociale, on entend toute nouvelle approche, pratique ou intervention ou encore tout nouveau produit mis au point pour améliorer une situation ou solutionner un problème social et ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations, des communautés. » (Bouchard, 1999)

Les notions d'innovation et de changement sont souvent utilisées de façon interchangeable, alors qu'en réalité il y a avantage à les distinguer, car elles correspondent à des composantes différentes des grands processus de transformation des institutions sociales, des organisations et des pratiques. Alors que le projet innovant introduit quelque chose de nouveau dans un environnement donné, le changement est l'aboutissement du processus ciblé de transformation. L'innovation en tant qu'action organisée ou en voie d'organisation sur le terrain poursuit un objectif de production de changement, mais ne produit pas nécessairement toujours le changement souhaité.

Afin de produire du changement, il faut arriver à transformer un environnement soit en utilisant différemment un ou plusieurs de ses éléments pré-existants, ou encore en y introduisant un nouvel élément, c'est-à-dire une innovation. En d'autres mots, l'introduction d'une innovation constitue un moyen de produire du changement, mais il est loin d'être le seul. Peu importe le procédé choisi, pour que le changement s'implante et s'avère structurant, il y a des conditions à respecter. L'objectif ultime de l'évaluation des 40 projets québécois du FASS visait précisément à identifier ces conditions.

LA STRATÉGIE D'ÉVALUATION EN BREF

L'information sur laquelle s'est appuyée toute la démarche d'évaluation provient des acteurs impliqués dans les projets. Il s'agit essentiellement des données secondaires fournies par les rapports d'évaluation de chacun des projets, de données collectées à l'occasion d'événements de diffusion, ou encore de celles provenant d'entretiens avec des experts, ou encore avec des promoteurs ou des évaluateurs des projets. La stratégie adoptée a procédé par itérations successives dans une logique « constructiviste » (Guba et Lincoln, 1989) pour tenir compte du caractère mouvant de l'objet à étudier et du point de vue des acteurs.

La stratégie préconisée s'est en outre appuyée sur l'implication des différentes « parties intéressées » (de l'anglais stakeholders) pour s'assurer de produire des conclusions plausibles et porteuses de sens pour les acteurs sur le terrain (Landry, 1998). De fait, l'évaluation s'est déroulée en étroite collaboration avec les promoteurs et les évaluateurs des projets qui ont produit les données sur lesquelles elle repose.

De plus, un comité de pilotage a été mis sur pied au début de l'année 2000 pour guider les évaluateurs. Ce comité était composé d'acteurs représentant différents points de vue. On y retrouve des professionnels du MSSS délégués par les directions générales les plus immédiatement intéressées, soit la Direction générale des services à la population, la Direction générale des affaires médicales et universitaires et la Direction de la planification stratégique et de l'évaluation, des représentants des régies régionales où se sont réalisés le plus grand nombre de projets financés par le FASS, ainsi que des représentants des milieux scientifiques provenant de trois équipes jouissant d'une expertise reconnue en évaluation et qui ont été impliqués, à des degrés divers, dans l'évaluation de projets innovants, dont plusieurs financés par le FASS. Ce comité a ainsi joué le rôle crucial d'expert conseil à toutes les étapes de la démarche d'évaluation, en plus d'avoir largement contribué à l'interprétation des résultats de l'évaluation. Il s'est réuni à une dizaine de reprises pendant la durée du projet, soit de janvier 2000 à décembre 2001. En plus de guider l'ensemble de la démarche, il a largement contribué à l'interprétation des résultats de l'évaluation et à l'élaboration du rapport.

L'implication des principaux intéressés et la grande convergence des conclusions de leurs analyses respectives renforcent à la fois la validité interne de la démarche et la possibilité que les résultats soient acceptés et utilisés ultérieurement (Fawcett, 1990 ; Patton, 1990 ; Miles & Huberman, 1994 ; Fortin, Joubert, Morisset et al., 1996 ; Tandon, Azelton, Kelly & Strickland, 1998). La stratégie adoptée a permis, en définitive, de dégager des grandes lignes qui traversent tous les projets et d'arriver à « une forme de généralisation des résultats qui peut être qualifiée d'analytique » (Yin, 1993 ; Fortin, Joubert, Morisset et al., 1996). Il est en effet possible d'identifier des conditions facilitant ou non l'introduction de l'innovation et la production du changement dans le système de soins et services qui soient utilisables aux fins de la prise de décision.

Deux opérations ont contribué à cerner les questions de l'évaluation. D'abord, des entretiens ont été menés auprès d'un échantillon d'une quinzaine de promoteurs et d'évaluateurs de projets pour explorer les questions d'intérêt. Ces personnes ont été sélectionnées de façon à représenter tous les projets, les petits et les gros, les grands centres et les régions éloignées. Les personnes rencontrées ont indiqué les questions qu'elles voulaient voir approfondies. Puis, une démarche similaire a été effectuée au sein du comité de pilotage du projet. Par la suite, un exercice d'analyse et de synthèse a permis d'identifier trois grandes questions auxquelles cette évaluation tente de répondre. Les trois questions sont les suivantes :

- Qu'est-ce qui caractérise les projets québécois du FASS ?
- Parmi les différentes approches expérimentées, quelles sont celles qui offrent les meilleures garanties d'amélioration des services, des processus et des pratiques ?
- Quelles sont les conditions nécessaires à la généralisation des innovations les plus prometteuses?

LES PRINCIPALES CONDITIONS DE PRODUCTION DU CHANGEMENT

L'ensemble de la démarche d'évaluation a permis de mettre en évidence les conditions qui paraissent les plus favorables pour faire émerger le changement. Ces conditions « objectives » minimales découlent de la mise en relation des résultats obtenus par les projets avec le contexte et les caractéristiques qui en ont favorisé la mise en œuvre. Elles portent principalement sur l'environnement systémique dans lequel se sont implantés les projets et dans lequel ils pouvaient éventuellement s'intégrer. On retrouve

quatre types de conditions reliées 1) au capital humain, 2) aux dimensions structurelles, 3) au rôle des instances centrales et régionales et 4) à l'importance du temps pour soutenir le processus de changement.

Le capital humain

Trois conditions concernent spécifiquement le capital humain: il s'agit de la vision portée par des leaders, l'alliance des acteurs vers le changement et le soutien aux acteurs du changement.

La vision portée par des leaders

Initier un projet novateur renvoie fondamentalement à une « idée », évoque une « vision », porte un sens qui oriente l'action vers le changement. L'analyse montre que lorsque la vision est bien conçue et bien soutenue par un leader, elle a plus de chance de se disséminer. Il s'agit ensuite de s'entendre sur la signification du changement souhaité. Comme le mentionnent Kouzes et Posner (1998) « les visions que les leaders sont les seuls à avoir ne suffisent pas à créer un mouvement organisé ». Les projets dont la vision a été clarifiée, expliquée, diffusée largement ont plus facilement conquis l'adhésion des acteurs concernés, favorisant ainsi l'atteintes des objectifs.

La compétence du leader permet d'intéresser les acteurs concernés dans la réalisation de son projet, principalement quand celui-ci vise la coordination et l'intégration de services au moyen de réseaux, puisque ceux-ci impliquent le développement de liens et de rapports interactifs étroits entre les partenaires. Une meilleure intégration de l'action des différents dispensateurs de soins et de services pouvant être définie comme un « processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif » (Contandriopoulos, Denis et al., 2001). Plus un projet est complexe, plus le leadership est crucial. Dans ce contexte, s'allier d'autres acteurs dans l'environnement pour s'engager dans la voie du changement paraît ici comme une condition décisive.

« Les leaders savent qu'ils ne peuvent rien faire seuls. Il faut des partenaires pour réaliser des choses exceptionnelles... Les leaders recherchent la collaboration et établissent des rapports de coopération avec leurs collègues ». (Kouzes et Posner, 1998)

Cela suppose que le leader parvienne non seulement à justifier la pertinence sociale et la légitimité du projet, tout en démontrant que le problème auquel s'adresse le projet touche chacun des divers acteurs concernés, mais également à bien choisir les acteurs qu'il rejoindra et intéressera vers un but commun. Sa capacité à communiquer sa vision à d'autres acteurs est nécessaire pour leur faire voir ce qu'il voit lui-même, la « vision » du projet.

Le processus d'introduction de l'innovation peut se résumer ainsi. Dans les débuts du processus, on retrouve une période de décollage. Au départ, l'innovateur, celui qui a une idée nouvelle, développe sa vision qui va se répandre lentement grâce à des agents de changement qui en font la promotion. L'innovation acquiert une existence propre, de plus en plus de gens en parlent, y adhèrent. Atkisson (1991) donne l'exemple de l'amibe géante qui se déplace en projetant vers l'avant un petit pseudopode (faux pied) qui tire sur le reste de son corps, qui lui, résiste de son poids lourd et finit par céder et avancer. Le pseudopode correspond à l'innovateur et aux agents de changement. L'amibe se meut par « à-coups » à

l'image des changements culturels. La clé consiste à disposer d'un pseudopode « gagnant » pour contrer les forces antagonistes, d'où l'importance du « champion » (leader) et des acteurs-clés (alliés) bien choisis pour agir à titre d'agents de changement.

L'alliance des acteurs vers le changement

L'innovation « n'est jamais le fruit des actions menées par une seule personne ou même une seule organisation, mais une affaire de réseau » (Gouvernement du Québec, 2001) ; le changement résulte d'une activité collective. Lorsque les acteurs perçoivent des avantages, même relatifs, pour améliorer la situation et la rendre plus efficace dans leur pratique ou pour la clientèle, ils sont plus favorables à adhérer au changement proposé, augmentant par là les chances de produire un changement réel (Fortin, Joubert, Morrisset, et al., 1996; Aubert et Hamel, 1997). Dans ce cas, l'innovation agit comme stimulation et soulève de l'enthousiasme par les promesses d'amélioration qui accompagnent les actions.

L'analyse révèle que les projets qui sont portés par un ensemble d'acteurs habiles, de leaders compétents appartenant à d'autres secteurs que le leur, particulièrement dans des projets de haute complexité où la collaboration est exigée, augmentent leurs chances d'atteindre leurs objectifs. En effet, plusieurs projets étudiés ont profité de la contribution d'un leader qui a su réunir autour de lui d'autres leaders provenant d'horizons professionnels et organisationnels différents et appartenant à des secteurs distincts : milieu médical, administratif et décisionnel rattachés à des établissements divers. Il semble que plusieurs d'entre eux soient parvenus à influencer les membres de leur propre milieu. Ainsi, quand il s'agit d'envisager un changement qui touche plusieurs groupes d'acteurs, bien saisir les enjeux, ouvrir la discussion pour débattre des intérêts divergents, clarifier l'idée de changement contribueront à entraîner une meilleure adhésion des principaux acteurs au processus de changement que l'on souhaite amorcer.

L'introduction d'une innovation passe nécessairement par la négociation et la conclusion d'ententes entre les acteurs, les groupes, les organisations touchés. Le fait d'être à l'écoute des groupes d'intérêt concernés par le processus de changement favorise une plus grande mobilisation autour du changement proposé. Intéresser les autres acteurs peut être facilité lorsque ceux-ci perçoivent des gains ou des avantages à participer au processus de changement. Le rôle des initiateurs-promoteurs consiste à convaincre les acteurs de ces avantages et de la pertinence du changement, de les rallier autour du projet de changement.

La collaboration interprofessionnelle est vouée à l'échec si elle n'est pas soutenue par des incitatifs efficaces. Dans le processus d'intéressement, le leader doit négocier et même « transformer » ou adapter le projet aux intérêts et aux besoins des acteurs concernés. Ainsi, adopter une innovation c'est aussi l'adapter (Callon, 1986 ; Callon et Latour, 1986). « En négociant le projet, en le transformant pour qu'il soit convaincant » il y a en quelque sorte une « préparation collective de son succès » (Akrich, Callon & Latour, 1988a, 1988b). Les avantages perçus ou les avantages potentiels, qu'ils soient d'ordres individuel ou collectif, jouent sur la motivation et l'intérêt des acteurs à poursuivre leur participation et leur implication. Il semble pertinent et important de les faire ressortir et de les négocier. La question de la réciprocité dans la négociation intervient donc dans les avantages ou intérêts potentiellement retirés de l'exercice : « Innover, c'est arriver au terme d'une négociation diplomatique complexe, à un arrangement acceptable par les nombreux acteurs » (Akrich, Callon & Latour, 1988b).

Le soutien aux personnes touchées par le changement

La prestation des soins et des services repose essentiellement sur des personnes. Les outils, les techniques et les technologies ne peuvent compenser la présence de professionnels compétents. Sans des ressources humaines adéquatement formées et disponibles, le changement le plus prometteur, le plus pertinent et le plus structurant ne pourra se réaliser.

Plusieurs projets ont visé à modifier plus ou moins en profondeur les façons de faire et les pratiques des intervenants. Le changement a des conséquences importantes pour les personnes qui doivent s'y adapter, ajoutant souvent de nouvelles tâches, des activités administratives et des responsabilités qui entraînent un surcroît de travail. Or, des professionnels débordés ou peu motivés face au changement véhiculé par la nouvelle approche peuvent entraver le cours du projet.

« Les gens ne défendront pas longtemps une cause qui les décourage (...) Ils doivent être convaincus que le projet est important et utile. Ils ont besoin de sentir qu'ils peuvent influencer sur les décisions et les résultats. » (Kouzes et Posner, 1998)

Bref, s'impliquer dans un processus de changement se révèle bien souvent une charge additionnelle pour les professionnels touchés. Les pressions multiples qui s'exercent sur eux, spécialement s'ils sont confrontés à d'autres transformations consécutives, parfois simultanées (réforme, virage ambulatoire, compressions budgétaires, départs massifs de personnel expérimenté, etc.) freinent le processus de changement. La surcharge de travail du personnel (employés et cadres) peut nuire à l'appropriation de nouvelles approches et pratiques. L'ajout de tâches et de responsabilités peut menacer d'épuisement plusieurs professionnels et entraver l'encadrement nécessaire aux projets par les gestionnaires.

L'analyse révèle qu'aucun changement de pratique substantiel ne semble possible sans une mise à jour des connaissances et des habiletés des personnes concernées. Le maintien et la consolidation des compétences demandent une planification stratégique à long terme et un engagement institutionnel explicite pour adapter les pratiques organisationnelles ou professionnelles en cause. Les compétences nouvelles requises par l'implantation d'outils ou d'instruments nouveaux, ou encore par les modifications organisationnelles et de pratique peuvent être acquises par une formation adéquate. La formation constitue un moyen efficace pour consolider les connaissances cliniques habituelles et un moyen d'habiliter les professionnels à mieux composer avec des problématiques complexes. Une formation adaptée, suffisante, de qualité et offerte par des spécialistes reconnus procure aux intervenants des méthodes à incorporer dans leurs interventions.

La formation peut servir à informer sur l'innovation et contribuer à démystifier et à faire prendre conscience des avantages potentiels du changement. Elle peut mener à réaliser qu'il n'est plus possible de travailler seul et contribuer à doter les partenaires d'une vision commune et d'un langage commun. La formation peut servir à valoriser l'expertise des professionnels et à rappeler que leur compétence est un facteur de développement de la confiance entre professionnels et entre le praticien et le patient. Ainsi, la formation continue, interdisciplinaire et inter-établissements auprès de l'ensemble des acteurs concernés dans un environnement en mouvement est essentielle.

L'absence ou le manque de formation sur les plans institutionnel (administratif, technologique, etc.) et professionnel a des incidences multiples. L'implantation d'une innovation réalisée dans un encadrement flou sans une formation toujours bien assimilée, où chacun doit créer ou adapter un outil spécifique,

provoque « des différences importantes quant à la compréhension et à l'implantation du modèle désiré ». Des professionnels peu convaincus des avantages et des bienfaits apportés par une nouvelle approche préféreront le statu quo au changement.

Outre les activités de formation, le soutien peut prendre diverses formes : temps, moyens, ressources supplémentaires, encadrement, etc. L'analyse met également en évidence la capacité des gestionnaires à accompagner et à soutenir le changement. Accompagner et fournir du soutien aux intervenants, au moment de l'implantation et de la consolidation, constitue une condition essentielle pour que ceux-ci adhèrent au changement, l'adoptent, se l'approprient et l'intègrent.

Les changements structurels préalables

Les tentatives de produire du changement se heurtent souvent à des facteurs d'inertie relevant d'éléments structurels comme la flexibilité dans la gestion des ressources humaines, les modes d'allocation des ressources et les modes de rémunération des médecins. Or, ces facteurs d'inertie rappellent l'importance d'une conduite cohérente quand il s'agit de susciter un changement en profondeur. Les dimensions légales, réglementaires, administratives, politiques sont ici directement interpellées. Par exemple, superposer une logique de réseau à une logique de système mal adaptée peut compromettre la faisabilité. On constate dans plusieurs projets que le fonctionnement actuel du système favorise peu le changement en profondeur : « Pour qu'un système intégré de soins puisse fonctionner de façon durable, il faut que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local (intégration systémique) » (Contandriopoulos, Denis et al., 2001).

Des adaptations aux règles, parfois substantielles, s'avèrent nécessaires pour permettre au changement de s'instaurer en permanence, et non uniquement de façon fragmentaire ou temporaire par la seule voie des expérimentations. Trois espaces d'adaptation qui relèvent du domaine de la décision sont particulièrement ciblés : l'allocation des ressources financières, les modes de rémunération et la mobilité des ressources humaines.

L'allocation des ressources financières

L'allocation des ressources financières comporte deux volets distincts : les ressources financières comme opportunité de développement, dont les fonds de démarrage, et la façon d'allouer les budgets aux organisations. Parmi les projets financés par le FASS, les trois quarts ont obtenu une subvention pour financer à la fois l'implantation d'une intervention et son évaluation, les autres ayant été financés uniquement pour l'évaluation d'une expérience déjà en cours. Le rôle du financement fourni par le FASS s'est avéré déterminant pour le démarrage d'un nombre important des projets étudiés.

Deux types de projets ont démarré grâce au financement du FASS. Un premier correspond à des projets latents, encore au stade de la conception. Dans ce cas, le financement a rendu possible la réalisation d'une idée en développement par des acteurs mais qui, faute de financement, n'aurait pu voir le jour, du moins aussi rapidement. Le financement de démarrage a rendu possible une idée prometteuse portée par des forces vives de la communauté. Pour un deuxième type de projets, l'arrivée de fonds a donné une impulsion à un projet déjà entrepris et prêt à prendre de l'expansion.

Lorsque des fonds nouveaux sont rendus disponibles alors que la situation est marquée par une pénurie de ressources, les acteurs y voient une occasion d'accroître leurs moyens. Ce genre de situation incite

les gestionnaires à cibler l'investissement sur des expériences paraissant les plus porteuses. Il semble que la majorité des projets étudiés n'auraient sans doute pas vu le jour, à tout le moins à ce moment là, sans l'apport de cet argent neuf. Cela pose la question de savoir comment générer des modèles de services durables dans un cadre de financement temporaire. Permettre la mise en œuvre de projets dont l'ambition est de « transformer pour améliorer » est une contribution importante, mais la non récurrence du financement souligne la fragilité des démarches.

La façon dont les budgets sont alloués dans le système public de soins et de services peut devenir un obstacle à l'innovation sociale, notamment dans des projets de haute complexité, tels que les réseaux de soins et de services intégrés. Le système de gestion fonctionne verticalement, en silo, alors que l'intégration proposée implique un fonctionnement horizontal, par bassin de population. En d'autres mots, les modalités de financement des établissements peuvent faire obstacle à l'introduction du changement. Par exemple, les mécanismes en place ne prévoient pas d'ajustement à la base budgétaire des hôpitaux selon une logique de volume, de clientèle ou de gravité des problèmes traités, mais repose toujours sur le principe d'un budget global par hôpital. La situation est identique dans d'autres catégories d'établissement. Dans ce contexte, il s'avère difficile d'implanter des systèmes intégrés et de travailler en réseau dans le cas d'une clientèle spécifique.

Même si des adaptations sont possibles, il paraît évident qu'il est nécessaire d'en arriver à une meilleure intégration du financement dans le système. Pour s'actualiser en totalité, l'intégration des soins et des services requiert de jouer non seulement sur les contextes à la marge, mais aussi de lever les obstacles structurels à l'innovation.

Les modes de rémunération

La rémunération des médecins a créé des difficultés dans plusieurs projets soutenus par le FASS. Le mode actuels de rémunération à l'acte des médecins québécois fait en sorte que certaines activités ne sont pas toujours rétribuées, tels que le temps consacré à l'établissement de la collaboration, à la participation à des comités, aux consultations interprofessionnelles, etc. Ceci constitue un obstacle à l'adaptation des pratiques nécessaires dans un contexte de changement. Des ajustements ponctuels et délimités peuvent présenter des avantages à court terme et pour des projets précis. Toutefois, ils demeurent marginaux et n'offrent qu'un potentiel limité lorsqu'il est souhaitable d'engager des changements en profondeur qui touchent l'ensemble du système.

Selon certains, la rémunération peut avoir un impact majeur à court terme. Elle ne semble toutefois pas parvenir à soutenir les changements de comportement des professionnels (Dagenais, 2001). Même si certaines adaptations sont possibles et peuvent inciter des médecins à s'engager plus activement dans des processus de changement, elles atteignent leurs limites quand on les transpose à des approches de population où il est plus difficile de départager ce qui relève du général et du spécialisé.

La mobilité des ressources humaines

En ce qui concerne le cadre actuel de gestion des ressources humaines, le système rencontre aussi des limites, en raison notamment des règles édictées par les conventions collectives pour continger la mobilité des professionnels d'un établissement à un autre ou d'une catégorie de service à une autre. Les quelques cas où l'on observe une certaine mobilité reposent davantage sur le volontarisme que sur des règles clairement consenties et reconnues. Ces expériences nous apprennent qu'à un coût égal ou com-

parable, il est possible de faire œuvrer des ressources humaines dans un territoire plutôt qu'à l'intérieur de leur établissement seulement. Cette situation présente par ailleurs l'avantage non négligeable d'accroître la quantité de services et la satisfaction, tant chez les professionnels que dans la population.

Les modifications à apporter aux règles structurelles visent à ouvrir les perspectives pour permettre l'intégration du changement dans le système. L'« intégration systémique » (Contandriopoulos, Denis et al., 2001) interpelle inévitablement les instances de gouverne du système tant au niveau central que régional.

Le rôle des instances centrales et régionales

Seules des instances centrales, comme un ministère ou une centrale syndicale, sont en mesure d'agir sur les modes d'allocations des ressources pour permettre que cette intégration systémique « puisse fonctionner de façon durable » (Contandriopoulos, Denis, et al., 2001). De leur côté, les instances régionales peuvent jouer un rôle déterminant pour soutenir ou non les innovations, être des instigatrices à leur propre niveau ou encore ralentir, voire freiner leur mise en oeuvre. Dans des situations de soutien, « le rôle des dirigeants est alors d'encourager l'expérimentation, l'exploration et le risque, de faciliter les transactions, de nourrir les idées et de relier les résultats de ces processus dans le temps, afin de donner un sens de la direction dans le changement » (Denis et al., 1996 - cité dans Dufour et Lamothe, 1999). Comme les instances centrales, elles ont aussi le pouvoir d'intervenir à leur niveau sur les règles du jeu du système pour lever des obstacles associés notamment à la gestion des ressources.

Le rôle des instances centrales et régionales s'étend en amont et en aval des processus de changement, que ce soit en appuyant délibérément des projets en émergence, en mettant en place des incitatifs pour stimuler l'innovation ou encore en utilisant l'information pour ajuster et soutenir l'élaboration des politiques et des programmes d'intervention. Elles peuvent contribuer ou non, par leurs instruments politiques, administratifs et réglementaires, à créer une nouvelle forme de gouverne qui fasse la promotion d'une culture du changement.

La mise en place d'incitatifs pour soutenir l'innovation

Non seulement les instances ministérielle et régionales peuvent-elles appuyer financièrement des stratégies émergentes et soutenir les démarches vers l'innovation, mais encore peuvent-elles jouer un rôle prépondérant pour inciter à l'innovation. Des incitatifs de deux ordres peuvent contribuer à générer du changement : des mesures directives comme des modifications aux règles et aux procédures légales, et, dans certains cas, des mesures pour orienter l'action vers le changement, ou encore des mesures stimulantes pour encourager l'innovation.

Dans le premier genre de situation, l'innovation peut être stimulée par une « injonction » de changement exprimée par une instance en autorité. Par exemple, dans un projet, on a indiqué aux responsables régionaux les résultats attendus aux termes de l'expérimentation. Dans le cas où les résultats ne seraient pas atteints, on imposerait la fusion des établissements de la région, ce que voulaient à tout prix éviter les directeurs d'établissement. D'une certaine manière, cet incitatif a « forcé » l'innovation, car elle a donné lieu à des formes de collaboration différentes des modes de structuration procédant par la voie des fusions. Dans ce cas précis, on observe que la volonté affirmée de changement a incité, en réaction, à innover.

Dans le second cas, l'État peut, par le biais d'un incitatif financier, favoriser l'émergence de changement à partir du terrain. En investissant dans quarante projets différents, le FASS a stimulé une dynamique de changement complexe dans le système de santé et de services sociaux. Cependant, un financement d'une telle ampleur pour expérimenter autant de modèles en même temps soulève la question de la capacité relative d'un système à absorber autant d'innovations à la fois. Elle soulève également la question de la pertinence de la mise en place d'un fonds de transition, dans ce cas-ci d'une durée de trois ans, où les fonds ne sont pas alloués de façon récurrente. Ces deux questions ne semblent pas avoir été prises en considération au moment de l'instauration du FASS.

Au terme de l'expérimentation et du financement, plusieurs acteurs impliqués dans des projets du FASS tirent des enseignements sur l'impact réel des incitatifs de ce type. Ils mettent en perspective le contexte dans lequel est arrivé le programme du FASS. Le système de soins et de services se trouvait avec une marge de manœuvre réduite à la suite d'une décroissance budgétaire importante sans espoir de redressement financier à court ou à moyen terme. La venue du FASS a été perçue comme une source inattendue de fonds, une soupape, malgré son caractère temporaire. Il ressort de l'opération un constat général très positif quant au potentiel de changement généré par l'exercice réalisé, même s'il reste en fin de parcours un arrière-goût d'inachevé. Plusieurs des projets se retrouvent en effet confrontés en fin d'exercice à des problèmes de survie qui peut affecter le rythme d'un mouvement de changement bien amorcé.

Parmi les solutions qui ont été envisagées, on note la constitution d'un fonds québécois d'appui permanent aux projets en émergence qui viseraient à développer de nouvelles façons de produire des services dans le système de soins et de services. Un fonds de « capital de risque » favoriserait l'expérimentation tout en reconnaissant le droit à l'erreur : « Le risque est le corollaire de toute innovation réussie » (Kouzes et Posner, 1998). Ce fonds utilisé au besoin permettrait au système de soutenir des projets structurants en gestation. Il serait également capable d'absorber et de rendre récurrent à moyen terme les projets dont les capacités de changement semblent les plus déterminantes. La création d'un tel fonds offrirait des occasions d'apprentissage et contribuerait à instaurer une culture du changement. Par ailleurs, la création d'un capital de risque n'élimine pas la nécessité d'une gestion du risque ni des suites à donner.

Évaluer pour produire et diffuser la connaissance et soutenir l'élaboration des politiques

Malgré ses limites, une des retombées majeures du programme du FASS restera sans aucun doute la production substantielle d'information découlant de toutes les évaluations effectuées. De fait, l'obligation d'évaluer les expériences était un critère de sélection du FASS et du MSSS.

L'innovation est essentiellement un processus social qui résulte d'interactions, d'échanges d'information et d'apprentissage (Landry, 2001), autant à partir des succès que des erreurs. Or, l'évaluation « vient analyser, nommer, formaliser des situations à améliorer ou des problèmes à résoudre ou vient analyser, nommer formaliser l'innovation mise en place » (Bouchard, 1999). La production de connaissances générées par l'expérience d'innovation vient accroître la prévisibilité dans le contexte d'une éventuelle généralisation ou « institutionnalisation » de l'innovation.

L'évaluation joue en particulier trois rôles dans le processus d'introduction d'une innovation sociale : un rôle de conception, un rôle de miroir et un rôle de production et de diffusion des connaissances. Ainsi, elle intervient en amont dans la conception de l'innovation sociale. Elle peut jouer un rôle en période de mise en œuvre où l'information peut servir d'appui à la décision, permettant de réduire

l'incertitude par exemple (Langley, 1992 - cité dans Dufour et Lamothe, 1999). Elle intervient en aval pour cerner les conditions d'implantation réussies et celles qui sont propices à une généralisation éventuelle. La production de connaissances générées par l'expérience d'innovation vient accroître la prévisibilité dans le contexte d'une éventuelle généralisation ou « institutionnalisation » de l'innovation. Le transfert de ces connaissances peut être utile pour guider l'action et les décisions à prendre. Il peut contribuer également à la préparation d'orientations, de politiques et de programmes visant l'amélioration du système de soins et de santé, ce qui était, pour l'essentiel, la finalité première du FASS.

Le temps comme ressource indispensable de soutien au processus de changement

L'expérience des projets du FASS montre par ailleurs la difficulté de déclencher un processus de changement effectif en quelques mois, voire en quelques années. Plus le changement visé est d'envergure, plus il faut du temps à ceux qui le gèrent pour faire face aux nombreux défis qui se présentent pour l'implanter et le maintenir. Une proportion importante de rapports finaux fait état de l'irréalisme des échéanciers imposés, compte tenu des objectifs poursuivis par le programme. Le fait de disposer d'un temps « raisonnable » aurait permis de mieux conceptualiser le projet et favorisé l'obtention de la participation, l'implication et l'adhésion des acteurs. Le temps aurait aidé à créer des alliances, à prendre contact avec les différents partenaires, à négocier les intérêts divergents et à bâtir une confiance mutuelle. De même il faut du temps pour changer les cultures professionnelles et organisationnelles, pour ajuster le modèle à son contexte d'implantation, pour aplanir les inévitables obstacles rencontrés, pour développer une vision commune, pour apprendre à travailler ensemble.

Presque tous les projets du FASS ont manqué de temps pour mettre en place le changement et produire les résultats permettant de se prononcer sur l'efficacité du modèle implanté. Ainsi, dans la plupart des cas la durée limitée de l'expérimentation n'a pas suffi pour produire les résultats escomptés, et ce, même si les autorités du FASS ont accepté de prolonger la durée de la majorité des projets. De fait, le programme du FASS prévu pour trois ans à l'origine s'est finalement étendu sur une période de cinq années. Malgré cela, la plupart des évaluations présentent, au mieux, des résultats intermédiaires.

Cependant, la démonstration que les changements de pratique, de culture, de mentalités ne se font pas rapidement est tout à fait probante. Le rythme d'implantation du changement s'avère un processus lent et progressif. Si certaines perceptions peuvent changer à court terme, il en est autrement pour les comportements et les attitudes qui nécessitent une longue période d'apprentissage. Le facteur temps apparaît comme une condition déterminante pour transformer et pour faire évoluer les cultures.

CONCLUSION

En raison de l'étendue (40 projets) et de la durée limitée de l'expérience du FASS, cette évaluation ne permet pas, sauf exception, d'apprécier l'incidence directe des projets sur l'état de santé et de bien-être des populations visées, pas plus qu'elle ne permet de dégager de façon claire des effets de système à long terme. Avec la stratégie utilisée, elle permet cependant d'anticiper certains effets à partir de la fréquence et de la constance de plusieurs observations ou interprétations, ou encore d'hypothèses de généralisation qu'il est possible de formuler au terme de la démarche.

L'expérience du FASS a permis de produire des connaissances substantielles sur les facteurs favorisant le changement dans le système de soins. Elle a misé sur des alliances entre les milieux académiques, décisionnels et de gestion, et professionnels qui, en définitive, semblent prometteuses et méritent d'être renouvelées. Les projets du FASS ont permis, dans plusieurs cas, à des cliniciens/cliniciennes de s'impliquer dans le changement. Le changement n'était plus uniquement une affaire de gestionnaires. En même temps et parfois, des acteurs nouveaux sur le plan de la gestion ont cherché à prendre leur place et à se valoriser par ces différents projets. Les instances régionales et le gouvernement central ont un rôle à jouer pour privilégier l'émergence de nouveaux espaces d'action et pour structurer l'entrée des nouveaux acteurs. De même, la mise en oeuvre de tels projets témoigne de l'importance d'apporter des changements au niveau de règles du jeu dans le système, car ces changements ne sont pas directement sous le contrôle des acteurs locaux. De tels projets n'exploitent pas uniquement les marges d'ajustement autorisées par l'état actuel du système, ils visent à générer de nouveaux cadres et capacités d'action en vue de mieux adapter les organisations et le système de soins.

En proposant une nouvelle façon de produire du changement, le programme du FASS a représenté une innovation en soi. Il a fourni une occasion de financement par l'injection de plusieurs millions de dollars, ce qui a apporté beaucoup d'oxygène dans le système. Il a stimulé les réflexions en cours, créé un contexte d'ouverture à l'émergence de l'innovation, provoqué des alliances entre des concepteurs, des opérateurs et des évaluateurs. Il a aussi ouvert la porte à la mesure de l'imprévisible et au risque de l'échec. Il a permis de générer des connaissances en quantité et en qualité dont la somme constitue un noyau de savoirs extrêmement riches.

Malgré ces avantages indéniables, ce type d'injection massive de fonds et de nouvelles expérimentations en cohabitation avec un système institutionnalisé a généré beaucoup d'insécurité et d'incertitude en cours d'expérimentation et, en fin de parcours, comme c'est le cas de toute expérience dont le financement est temporaire. Le cas des projets pilotes est patent à cet égard (Blais, Joubert et coll., 1997 ; Desbiens et al., 2000). La production de transformations significatives par le projet pilote comporte en effet le défi d'assurer localement la pérennité d'une intervention jugée prometteuse ou tout au moins de la faire vivre suffisamment longtemps pour mieux connaître les enjeux de son implantation et son potentiel d'impact. La pérennité locale d'un projet n'assure en rien sa mise en pratique dans un univers plus large.

Les Auteurs :

Christian Dagenais est professeur au département de psychologie de l'Université de Montréal et directeur de l'évaluation au Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP). Ses principales activités portent sur trois axes : 1) l'évaluation des besoins d'intervenants et de gestionnaires du domaine psychosocial en matière de nouvelles connaissances 2) l'évaluation de différentes stratégies de transfert de connaissances (activités de formation, mentoring, communautés de pratique, etc.) et 3) l'identification des conditions qui favorisent une plus grande utilisation des résultats produits par la recherche psychosociale. Il a été chargé de projet au ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'évaluation des projets québécois financés par le Fonds d'adaptation des services de santé (FASS).

Longtemps associée au Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP-Université de Montréal), **Francine Desbiens** est actuellement rattachée à l'Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (ICRML) ainsi qu'au Consortium national de formation en santé (CNFS) en tant que chercheur-coordonneur du volet national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire. Depuis une vingtaine d'années, ses activités de recherche ont porté tant sur la mise en oeuvre de politiques relatives à la santé et au bien-être, que l'action intersectionnelle et l'évaluation de projets pilotes. Elle a agi en tant que professionnelles de recherche pour l'évaluation des projets québécois financés par le FASS

Pierre Joubert est actuellement directeur de la planification, de la recherche et de l'innovation à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Auparavant, il a occupé le poste de vice-président exécutif au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, de 2001 à 2003. De 1997 à 2001, il a été directeur de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dans l'exercice de ses fonctions au MSSS, il a agi comme gestionnaire, pour le Québec, du programme du FASS et a piloté l'évaluation des retombées des 40 projets québécois financés dans le cadre de ce programme.

BIBLIOGRAPHIE

AKRICH, M., CALLON, M. et LATOUR, B. (1988a). *À quoi tient le succès des innovations - Premier épisode : l'art de l'intéressement*. Paris. Annales des mines, juin.

AKRICH, M., CALLON, M. et LATOUR, B. (1988b). *À quoi tient le succès des innovations - Deuxième épisode : l'art de choisir les bons porte-parole*. Paris. Annales des mines, septembre.

ATKISSON, A. (1991). *The Innovation Diffusion Game - A tool for encouraging participation in positive cultural change - or for doing something different at your next party*, in Making It Happen, USA, In Context, no 28, Spring, page 58.

AUBERT, B. A. et HAMEL, G. (1997). *Adoption of Smart Cards in the Medical Sector : The Canadian Experience*, Cahier GreSI (Groupe de recherche en systèmes d'information), no, 97-07, HEC.

BLAIS, R., JOUBERT, P. et coll. (1997). *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*, Université de Montréal, Université Laval. Montréal. Québec.

BOUCHARD, C. (1999). Contribution à une politique de l'immatériel. Conseil québécois de la recherche sociale, Québec.

CALLON, M. (1986). *Éléments pour une sociologie de la traduction*, L'Année sociologique, no. 36

CALLON, M. et LATOUR, B. (1986). *Les paradoxes de la modernité - Comment concevoir les innovations*, Prospective et Santé, no. 36.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J.-L., TOUATI, N., RODRIGUEZ, R. (2001). *Intégration des soins : concepts et mise en œuvre*. Ruptures, vol. 8, no.2, pp. 38-52.

DAGENAIS, C. (2000). Synthèse du Colloque de l'ALASS 2000 : Les enjeux de l'intégration des soins de santé, expériences du Québec. Porto, septembre.

DAGENAIS, C., DESBIENS, F., JOUBERT, P. et coll. (2001). Analyse des retombées des projets québécois du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) - Démarche d'évaluation. Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec.

DESBIENS, F., COLLIN, J., WHITE, D., BOUCHARD, L.. (2000). *Évaluation qualitative des Services de crise de la région de Laval - Rapport final*, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP), Université de Montréal et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Québec.

DESBIENS, F., DAGENAIS, C. ET JOUBERT, P. (2002). *De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.

DENIS, J.-L., LANGLEY, A., et PINEAULT, M. (1996). *Devenir leader dans une organisation complexe*, Gestion, vol.21, no 4, projet pilote.15-24. Cité dans Dufour, Y. et Lamothe, Lise (1999) Les approches au changement dans les systèmes de santé, tiré de Le système de santé québécois : Un modèle en transformation, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

DENIS, J.-L. (2001). Investir dans l'innovation et le changement : le programme du FASS, Présentation dans le cadre du XXII COLLOQUE Jean-Yves Rivard sur l'innovation et le changement, Montréal.

DUFOUR, Yvon et LAMOTHE, Lise (1999) Les approches au changement dans les systèmes de santé, tiré de Le système de santé québécois : Un modèle en transformation, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

FAWCETT, S. (1990). *Some emerging standards for community research and actions: Aid from a behavioral perspective*. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok & L. Jackson (Eds.), Researching community psychology (pp. 64-75). Washington DC : American Psychological Association.

FORTIN, J-P, JOUBERT, P., MORISSET, J. et al. (1996). Évaluation du projet québécois d'expérimentation de la carte santé à microprocesseur. Rapport final. Ste-Foy. Université Laval, Unité de santé publique du CH de Rimouski et Centre de santé publique de Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001). Politique québécoise de la science et de l'innovation - Savoir changer le monde. Québec.

GUBA, E.G. LINCOLN, Y.S. (1989). Fourth Generation Evaluation, Newbury Park: Sage Publications.

HAGE, J.T. (1999). *Organizational innovation and organizational change*, Annual Reviews, p.599.

KOUZES, J. et POSNER, B. (1998). Les dix pratiques des leaders exemplaires - Le défi du leader. Montréal, Actualisation IDH Inc.

LANDRY, M. (1998). *L'aide à la décision comme support à la construction du sens dans l'organisation*. Systèmes d'information et management, 3 (1), p. 5-39.

LANDRY, Réjean (2001) *Conférence de clôture*, dans le cadre du Colloque Jean-Yves Rivard, Montréal.

LANGLEY, A. (1992) *Entre la « paralysie par l'analyse » et « l'extinction par l'instinct »*, Gestion, vol. 17, no 1, pp. 6-17. Cité dans DUFOUR, Y. et LAMOTHE, L. (1999) *Les approches au changement dans les systèmes de santé*, tiré de Le système de santé québécois : Un modèle en transformation, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

MILES, M. B. & HUBERMAN, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2e ed.). Newbury Park, NY: Sage.

PATTON, M.Q. (1990). Qualitative Evaluation and Research Methods. Second Edition. Newbury Park: Sage Publications

TANDON, S. D., AZELTON, S. S., KELLY, J. G. & STRICKLAND, D. A. (1998). *Constructing a tree for community leaders: Contexts and processes in collaborative inquiry*. American Journal of Community Psychology, 26, pp. 669-696.

YIN, R. K. (1993). Case Study Research. Second Edition. Newbury Park: Sage Publications