Comment faire atterrir
les politiques gouvernementales
en matière de santé et de services sociaux

par

Denis Carbonneau

24 avril 2003

Lorsque l'on m'a interpellé sur ce sujet et que l'on m'a demandé de participer à ce dîner-conférence, j'ai tout de suite pensé au pilote d'Air Transat, monsieur Robert Piché, qui s'est retrouvé au-dessus de l'Atlantique, n'ayant plus d'essence, et avec le devoir de faire atterrir son avion et sauver la vie de tous ses passagers.

Dans le quotidien, les pilotes du réseau de la santé et des services sociaux, que nous sommes, se retrouvent souvent dans des conditions similaires. Notre responsabilité nous commande d'offrir tous les services requis pour notre clientèle, mais l'essence pour faire fonctionner notre «747» est limitée et très souvent même absente. Nous n'avons aucune réserve et nous devons faire planer notre organisation de façon à répondre aux besoins de toute la population qui a choisi d'avoir accès aux services de notre organisation. Il ne doit pas y avoir de turbulence, pas de vents contraires, rien pour empêcher la prestation du service. Car, nous aussi, comme Robert Piché, nous avons des vies à sauver, malgré le manque évident de carburant.

Quel beau défi dans un contexte où les besoins sont plus grands que notre capacité d'y répondre et où le personnage politique est interpellé quotidiennement par la population sur les problèmes de santé, celle-ci exigeant l'universalité, l'accessibilité, la disponibilité, la qualité des services qu'elle requière au moment voulu, le plus près possible de son milieu.

La santé, c'est très important, ce fut l'enjeu majeur politique de la dernière élection et chacun des partis politiques y est allé de sa vision, de ses propositions d'organisation d'un réseau qui devrait répondre aux besoins de la population. Que ce
soit avant, après ou pendant les élections, la santé, c'est préoccupant!

<u>Une présence journalistique accrue</u>

À tous les jours, dans les médias écrits et électroniques, il y a toujours un ou plusieurs points chauds touchant la santé. Les journalistes sont présents partout sur le terrain et veulent savoir :

- ⇨ **si les urgences débordent**
- ⇨ **si on a des annulations de chirurgie**
- ⇨ **si on est capable de répondre à des cas d'anthrax**
- ⇨ **quel est l'état des passagers qui ont eu un accident majeur, sur telle ou telle autoroute**
- ⇨ **si les chirurgiens ont les équipements requis**
- ⇨ **si on va répondre à madame X relativement à sa plainte**
- ⇨ **quel est l'état de situation et quelle mesure on a pris pour contrer la propagation du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère)**

Ces derniers interpellent les députés, les ministres, le gouvernement face à la pénurie d'infirmières et infirmiers, face au manque de salles d'opération en neurochirurgie, en chirurgie cardiaque, face à la localisation de l'obstétrique, du Centre régional de l'oeil. Bref, la santé est au coeur des préoccupations du citoyen, du politicien, du journaliste et bien sûr, de tous ceux qui travaillent dans le monde de la santé et des services sociaux et de tous ceux qui ont besoin de soins et services, donc, vous tous, vos proches, vos connaissances.

1. LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX : UNE DES ORGANISA-TIONS LES PLUS COMPLEXES

Le réseau de la santé et des services sociaux est une organisation très complexe, dont les grandes responsabilités sont édictées dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En gros, et de façon très sommaire, il y a actuellement trois niveaux de responsabilité:

① **le niveau ministériel (*article 431*)**

En conformité avec une politique de santé et de bien-être, le Ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application.

② **le niveau régional (*article 340*)**

La Régie régionale a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer dans la région les orientations et politiques élaborées par le Ministre.

③ **l'établissement (*article 101*)**

L'établissement doit, notamment :

⇨ **recevoir toute personne qui requière ses services et évaluer ses besoins;**

⇨ **dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services;**

Comme vous pouvez le constater, le Ministre donne les orientations globales, provinciales. La Régie doit régionalement coordonner et mettre en oeuvre

les politiques et orientations gouvernementales et les établissements, en fonction de leur mission respective, doivent offrir les services pour lesquels ils ont été mandatés.

Différentes catégories d'établissements sont présentes dans le réseau :

- ⇨ **les CLSC (Centres locaux de services communautaires)**
- ⇨ **les CHSLD (Centres d'hébergement et de soins de longue durée)**
- ⇨ **les Centres de santé**
- ⇨ **les Centres de réadaptation (en déficience physique et en déficience intellectuelle)**
- ⇨ **les CHSGS (Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés)**
- ⇨ **les centres hospitaliers de soins psychiatriques**
- ⇨ **les centres hospitaliers universitaires (CHU - CHA - Institut).**

De plus, dans chaque région du Québec, il y a des organismes communautaires, des ressources intermédiaires, des ressources de type familial et des entreprises d'économie sociale avec lesquels les établissements collaborent.

Des Régies régionales?

<u>AU CHA :</u>

À l'intérieur même de notre organisation, il y a actuellement :

- ⇨ **4 200 employés - 505 médecins**
- ⇨ **10 directions (DG - DGA - DSH - DST - DRH - DSI - DSP - DR - DE-DRF)**

- ⇨ **des accréditations syndicales (42)**
- ⇨ **des associations de cadres (3)**
- ⇨ **des associations de professionnels (19)**
- ⇨ **des associations d'établissements (AHQ)**
- ⇨ **des organismes partenaires (SAAQ - CSST - etc)**
- ⇨ **trois conseils professionnels :**
  - **. le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**
    (répartis dans 14 départements et 35 services cliniques)
  - **. le conseil multidisciplinaire**
    (différentes catégories de professionnels)
  - **. le conseil des infirmières et infirmiers**
    (incluant les infirmières et infirmiers auxiliaires)
- ⇨ **des comités du conseil d'administration**
  - **. comité exécutif**
  - **. comité de vérification**
  - **. comité des usagers**
  - **. comité de gestion de l'amélioration de la qualité**
  - **. comité de gestion des risques**
  - **. comité de bioéthique**
  - **. comité d'éthique de la recherche.**

Nos organisations sont donc très complexes et c'est dans ce contexte que nous devons appliquer les orientations les plus récentes déterminées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, actuellement en poste. Je dis bien en poste actuellement, parce qu'en santé, cela change vite.

2. LES PORTES TOURNANTES DE LA SANTÉ

Dans un article du Soleil, en date du 11 novembre 2002, sous la plume de Gilbert Leduc, on pouvait lire :

«Les portes tournantes de la Santé : Ministres et sous-ministres y passent en coup de vent».

En voici quelques extraits pour stimuler votre réflexion :

«De mars 1995 à aujourd'hui, aucun sous-ministre en titre n'est resté en poste plus de 24 mois : Luc Malo (17 mois), Pierre-André Paré (20 mois), Lise Denis (12 mois) et Pierre Roy (24 mois). L'actuel sous-ministre en titre, Pierre Gabrièle, garde le fort depuis 24 mois».

«Le taux de roulement de ministre quant à lui s'est accéléré après le déplacement de Jean Rochon vers d'autres cieux, lui qui a piloté le ministère pendant plus de 50 mois. Son successeur, Pauline Marois, a été en poste pendant 15 mois. Rémy Trudel y a siégé pendant 10 mois. François Legault pilote l'énorme paquebot de la santé depuis à peine 21 mois.»

Le 29 avril prochain, on aura un autre Ministre et quant au sous-ministre en titre et aux sous-ministres adjoints, les possibilités de changement sont très élevées, si l'on se fie au passé.

«En poste depuis quatre ans, le vice-président exécutif de l'Association des hôpitaux du Québec dit avoir échangé durant cette période avec:

- ⇨ **trois ministres de la santé et des services sociaux différents (Pauline Marois, Rémy Trudel, François Legault),**
- ⇨ **trois ministres délégués (Gilles Baril, David Levine et Roger Bertrand)**

⇨ **et deux sous-ministres en titre (Pierre Roy et Pierre Gabrièle).**

On a toujours l'impression de repartir à zéro chaque fois qu'un ministre ou un sous-ministre en titre se pointe au ministère», témoigne Daniel Adam.

Sous Rémy Trudel, les priorités étaient les groupes de médecine de famille et la gouvernance alors que les urgences et les listes d'attente sont devenues le cheval de bataille de François Legault.

Souvenez-vous de la période où monsieur Jean Rochon était ministre de la Santé et des Services sociaux :

⇨ **le virage ambulatoire**

⇨ **la fermeture de lits de courte durée**

⇨ **la création des CHU, des CHA, des instituts**

⇨ **la fermeture ou la transformation d'établissements de courte durée**

⇨ **l'incitation à la retraite (départ massif);**

c'était il n'y a pas si longtemps (8 ans).

«Avant qu'un ministre ne constate les retombées de ses politiques, il est déjà parti, note la directrice générale de l'Association des CLSC-CHSLD du Québec, Andrée Gendron. »

Un peu plus loin dans cet article, monsieur Leduc fait référence aux propos de monsieur Roland Arpin, grand patron du Musée de la civilisation pendant quatorze ans, qui disait :

«Pour en arriver à exercer une véritable influence sur son organisation, un sous-ministre en titre devrait idéalement demeurer en poste pendant cinq ans».

> **«C'est encore plus vrai dans le cas d'un sous-ministre en titre d'un réseau comme celui de la santé ou de l'éducation. Cela prend au moins une année et demie avant d'avoir fait le tour du jardin et d'avoir pris contact avec toutes les associations patronales, les ordres professionnels, les fédérations et les syndicats d'employés».**

Quand l'on constate ce va et vient des plus hauts responsables du réseau de la santé et des services sociaux et qu'il faut mettre en place les différentes politiques énoncées par eux, qui sont de passage, il faut toujours se souvenir dans quel système politique et démocratique nous intervenons. En tant que gestionnaires d'établissements, employés de l'état et pilote de ces grandes organisations, nous nous devons d'assurer la continuité dans l'organisation des services car, tel que vous l'avez constaté, ce n'est pas au niveau ministériel et sous-ministériel que l'on a la plus grande stabilité. C'est plutôt à la base, dans les organisations locales.

Ce n'est pas toujours facile dans ce contexte de suivre le rationnel à court terme des priorités ministérielles et dans les moments les plus difficiles, un de mes collègues, très malin, me dit toujours à la blague : «T'en fais pas, Denis, eux ils passent, nous on reste».

Où se situent notre rôle et nos interventions pour faire atterrir le mieux possible les politiques et les orientations les plus récentes? Dans la majorité des cas, pour revenir à ma trame de fond, ce sont des atterrissages normaux, en douceur ou avec quelques sautillements, mais parfois l'atterrissage ressemble à un atterrissage en catastrophe, un atterrissage sur le ventre.

J'aurai une couple d'exemples à la fin de mon exposé pour illustrer ces types d'atterrissage.

Nous agissons et intervenons en amont et en aval des décisions politiques.

En amont, notre rôle de gestionnaires et de spécialistes de l'organisation des services dans le réseau de la santé et des services sociaux se situe par rapport au politique :

- **au niveau de la vigie sur la nature des besoins,**
- **au niveau de l'information sur la quantité de services,**
- **au niveau de l'influence pour une organisation efficiente et efficace.**

Nous pouvons donc influencer les choix politiques et c'est notre devoir de le faire. Plus nous serons capables d'informer judicieusement le politique :

- ⇨ **soit directement,**
- ⇨ **soit par le biais des organisations régionales, telles la Régie régionale ou des organisations provinciales, par exemple l'Association des hôpitaux du Québec, plus nous aurons de facilités pour composer avec le choix politique.**

À titre d'exemple dans les derniers mois, les dernières années, nous avons constamment informé le gouvernement des réalités auxquelles nous sommes confrontés :

① **le vieillissement de la population**

② **l'évolution des technologies, des pratiques**

③ **la découverte de nouvelles molécules**

qui demandent des réajustements constants dans nos milieux.

Il y a de plus en plus de besoins identifiés concernant le maintien à domicile et l'hébergement.

Nos urgences sont de plus en plus achalandées par des clientèles de 65 ans, 75 ans et plus.

Il y a de plus en plus de demandes pour des prothèses de hanche et du genou, pour des opérations de cataractes, bref pour des interventions de différentes natures qui vont permettre à chaque client une amélioration de sa qualité de vie.

Au niveau de l'organisation des services, nous informons le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie régionale sur :

1. Les problématiques de personnel

   ⇨ la pénurie de personnel (médecins, infirmières et infirmiers, autres professionnels)

      . absence-maladie
      . détresse psychologique

   ⇨ la faiblesse du taux d'encadrement

   ⇨ les besoins de formation et la mise à jour des personnels

2. Les problématiques reliées aux équipements, aux immobilisations

   ⇨ le remplacement ou acquisition d'équipements

   ⇨ la désuétude de certaines de nos bâtisses

3. Les problématiques financières

⇨ le **déficit zéro** :

. l'augmentation des volumes d'activités;

. l'augmentation des coûts de fournitures (produits pharmaceutiques en moyenne 12% par année).

La très grande partie se joue en amont de la décision politique mais c'est cependant en aval que l'atterrissage doit se faire.

L'un de mes collègues français, directeur général d'un établissement hospitalier, **monsieur Guy Collet**, invité à l'un des congrès de l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux, nous disait :

> **«Le directeur général est un entrepreneur public qui soutient une politique. Ce n'est pas le gars qui sait tout et encore moins celui qui applique les normes. C'est certes un délinquant, en ce sens qu'il anticipe la nouvelle règle! Il nage dans l'ambiguïté, il a le goût pour le paradoxe; il y a dans sa profession une bonne place pour le doute, un doute qu'il doit assumer».**

On peut facilement en déduire qu'un de nos défis majeurs, c'est de tracer une vision cohérente à l'intérieur de paramètres ambigus, de paradoxes de toutes sortes, d'intérêts divergents et cela avec une dose de délinquance.

Dans les faits, si l'on veut un atterrissage en douceur, il faut que la direction de l'organisation ait développé auprès de tous ses personnels une crédibilité qui ne sera pas affectée par les impacts des plus récentes contraintes dues à la nouvelle politique, à la nouvelle orientation.

Cette reconnaissance de crédibilité organisationnelle repose en très grande partie sur les éléments suivants :

- ⇨ **Développer une vision de l'organisation,**
  - **. une vision inspirante**
  - **. une vision partagée**
- ⇨ **Planifier le futur, à court et à moyen termes**
  - **. planification stratégique**
  - **. implication du maximum d'intervenants dans le processus**
- ⇨ **Avoir l'obsession clientèle**
  - **. qualité du service dans un environnement adéquat**
- ⇨ **Identifier l'importance du personnel dans l'organisation**
  - **. les résultats sont le fruit des personnes et non des structures ou des procédures**
- ⇨ **Donner du sens à nos actions**
- ⇨ **Faire preuve de détermination, de souplesse**
- ⇨ **Négocier - Concilier**
- ⇨ **Faire confiance**
- ⇨ **Permettre la créativité, l'inventivité**
- ⇨ **Rester en contact avec la base**
- ⇨ **Démontrer des valeurs d'attitude :**
  - **. transparence, cohérence, respect**
- ⇨ **Démontrer des valeurs d'action :**
  - **. responsabilisation, créativité**
- ⇨ **Communiquer, communiquer, communiquer...**

Selon Lance Secretan,

> **«Être un inspirateur (non un aspirateur),**
> **Rêver notre organisation, c'est notre cause, notre passion**
> **Se poser la question : Comment puis-je servir?**
> **Tenir compte que la vie et le travail sont indissociables».**

Quand un leader et une équipe de gestion mettent de l'avant ces principes et les supportent avec de telles attitudes, il est toujours possible de faire atterrir telle ou telle politique.

Pour terminer, j'aimerais peut-être vous relater deux exemples de choix politique qui ont eu des impacts majeurs sur nos organisations :

① **En 1995-1996, j'étais directeur général à l'Hôpital du Christ-Roi.**

C'était l'époque :

- **de la réduction des lits dans la région (600 lits)**
- **du virage ambulatoire**
- **du choix de la transformation du réseau.**

Avant la décision finale, nous avions mobilisé notre organisation :

- **dépôt d'un mémoire à la Régie régionale**
- **présentation de l'option du maintien des petits hôpitaux**
- **chaîne humaine autour de l'hôpital, avec l'animateur André Arthur**

qui appuyait notre position.

Puis, la décision de transformer l'hôpital en un CHSLD fut prise en juin 1995.

Rencontres avec le conseil d'administration, le CMDP, les employés pour dire : on réajuste le combat, on ferme la courte durée, on s'occupe de tous nos employés qui s'en iront soit à la retraite, soit dans d'autres postes dans le réseau et on développe la longue durée.

Avec la décision de la direction et du conseil d'administration, c'est sur la crédibilité de la direction que tous se sont ralliés. Christ-Roi est un exemple d'atterrissage sur le ventre.

② **Je suis arrivé au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA), en septembre 2001, comme directeur général par intérim, dans le cadre de la tutelle de cet établissement.**

Arrivé dans le cadre de la tutelle, j'ai fait les constats suivants :

⇨ **Problématiques majeures**

- **Budget (non respect du déficit zéro)**
- **Vision médicale mal définie et non reconnue (position gouvernementale pas claire)**
- **Accessibilité aux services [urgence, chirurgies électives reportées, envahissement des lits par une clientèle hors secteur (gériatrie, psychiatrie)]**
- **Absentéisme majeur (augmentation de l'assurance-salaire).**

<u>Orientations données par la tutelle</u>

- ⇨ **Plan de redressement**
- ⇨ **Vision de l'organisation : claire et précise**
- ⇨ **Identification des problématiques d'accessibilité**

<u>Après la tutelle</u>

- ⇨ **Implication des cadres, des chefs de département et de service cliniques à la planification stratégique de l'organisation**
- ⇨ **Rencontres d'information avec les syndicats, le personnel**
- ⇨ **Plan d'action pour contrer l'absentéisme**
  - . **réorganisation du travail**
- ⇨ **Plan d'action pour attirer des ressources humaines**
- ⇨ **Présence au réseau universitaire**
- ⇨ **Identification plus précise du problème d'accessibilité (statistiques à l'appui)**

<u>Orientations du Ministre Legault</u>

- ⇨ **Investissement en première ligne**
  - . **Soins à domicile, hébergement, places transitoires**
- ⇨ **Budget pour diminuer les listes d'attente chirurgicales**
- ⇨ **Support aux investissements technologiques**
- ⇨ **Suivi au rapport Gabrièle**
  - . **Répartition de l'obstétrique**
  - . **Développement de l'ophtalmologie**
  - . **Reconnaissance du Centre des maladies du sein**

- **Traumatologie - Blessés médullaires - Grands brûlés**
- **Consolidation des sciences neurologiques**
- **Hématologie tertiaire**

Ces orientations sont donc venues préciser la mission de notre établissement et nous supporter pour faciliter l'organisation des services requis par notre clientèle. Comme vous le savez pertinemment, on ne résoudra certainement pas tous les problèmes avec ces annonces et des choix devront être faits quant au mode de financement, quant à l'accès aux nouvelles technologies, aux nouvelles molécules, quant au plan des effectifs médicaux, quant à l'organisation du travail, quant à la relève de nos gestionnaires, de nos personnels.

Qu'on le veuille ou non, les orientations, les choix, les politiques gouvernementales doivent atterrir dans nos organisations et cela, de la façon la plus efficace possible. En tant que pilote d'organisation, on doit s'ajuster à ces orientations, les adapter à notre organisation afin de répondre adéquatement à notre mandat, tout en anticipant la nouvelle règle.

Il y aura encore des perturbations, des vents contraires, peut-être à certains moments des pannes d'essence, mais je demeure persuadé que les pilotes, co-pilotes et agents de bord du réseau de la santé et des services sociaux continueront leur magnifique travail au sein de nos organisations.

Un atterrissage en douceur est possible, en étant centrés sur la clientèle et en mobilisant les ressources humaines sur une vision et une planification qui donne

du sens à nos actions de tous les jours.

23-04-2003

|carbonneau|presentation.iapq.24avr03