



**Benoit Gareau**  
Groupe Espace Santé

## Éditorial

Le prochain 5 à 7  
conférence  
Espace Santé:

Pandémie de  
grippe:  
sommes-nous  
prêts à faire face  
à une crise?

avec  
le Dr Horacio Arruda  
et  
M. Pierre Laflamme  
du MSSS

...

Le jeudi  
24 septembre 2009



Dernièrement, je lisais un article de la revue *The Atlantic Monthly* où le journaliste, Tim Wagner, relatait toute la frénésie des investisseurs financiers face à l'état de santé inquiétant de Steve Jobs.

Mais qui est Steve Jobs ? Steve Jobs est la coqueluche du monde de la finance, le président-directeur général de la compagnie américaine Apple depuis 1997. Il a relancé la compagnie en introduisant l'ordinateur iMac et en lançant le fameux Ipad qui a révolutionné le domaine des communications. Mais en 2004, Steve Jobs a été diagnostiqué et traité pour une forme rare de cancer du pancréas. Depuis ce temps, chaque fois que le pdg d'Apple s'absente pour des raisons de santé, une cascade s'ensuit, les rumeurs courent, les investisseurs financiers paniquent et les actions de la compagnie chutent.

Les pdg de compagnie sont comme des directeurs généraux ou des ministres dans notre système de santé. On pense qu'ils sont indispensables et qu'ils peuvent améliorer les organisations. Ce qui amène le journaliste dans cet article de *The Atlantic Monthly* à poser la questions : Est-ce que les pdg sont si importants?

Pour certains, le pouvoir d'influencer la performance des organisations réside plutôt dans la gestion intermédiaire. Dans un livre intitulé « The

truth about middle managers », l'auteur Paul Osterman, professeur au MIT, affirme que le gestionnaire intermédiaire est le héros secret pour les succès sociaux et économiques des grandes organisations. Parfois, le leadership des pdg est important pour motiver les employés, pour diriger le changement ou pour orienter les organisations dans la bonne direction, mais l'implantation d'une gestion intermédiaire efficace est tout aussi importante.

Pendant ce temps, la compagnie Apple maintient que Steve Jobs reviendra au travail dans les prochains mois et le prix des actions de la compagnie a repris son cours. Est-ce que les investisseurs financiers auraient compris que leur pdg préféré est mortel et qu'Apple n'est pas seulement la compagnie d'une seule personne ?

On pourrait dire la même chose de notre réseau de santé, le système de santé n'est pas l'affaire d'une personne, chacun d'entre nous a son rôle à jouer.

\*\*\*\*\*

Dans la prochaine édition du journal, vous pourrez lire des articles intéressants sur plusieurs sujets d'actualité en santé. Nous vous présentons un article de Frédérique David qui fait un retour sur le 5 à 7 portant sur l'amélioration de la productivité des blocs opératoires de février 2009 et des textes que j'ai écrit sur l'amélioration continue et les soins de première ligne.

Vous trouverez également un texte de Louis Aucoin et Martine Painchaud portant sur la publicité faite aux enfants dans un contexte de conscientisation de santé publique et un article de Stéphane Grenier intitulé « Dix ans après le Rapport Clair, de la collaboration à l'entente de services : Place et rôle des organisations communautaires dans le système de santé ».

Le Groupe Espace Santé fait peau neuve avec un site complètement revampé. Nous vous encourageons à le visiter régulièrement pour connaître nos prochains événements. Des événements seront organisés à l'automne et à l'hiver sur des sujets hautement d'actualité qui sauront vous intéresser. Pour l'instant, en date du lundi 22 juin, nous organisons ce que nous appelons un 5 à 7 Réseautage. Il n'y aura pas de conférenciers, les invités se sont vous. Nous voulons vous consulter, connaître vos intérêts, vos idées pour améliorer le système de santé, vos solutions pour rendre plus efficaces et plus agréables vos milieux de travail. Nous vous invitons donc lundi le 22 juin 2009 à l'Hôtel Nelligan (106, rue St-Paul Ouest, Vieux-Montréal) pour un 5 à 7 Réseautage. N'oubliez pas vos cartes d'affaires.

Bonne lecture et à bientôt,

Benoit Gareau  
Président du Groupe Espace Santé

*Wagner, T. Do CEOs Matter ? The Atlantic Monthly, June 2009.*

## Table des matières

Éditorial .....	Benoit Gareau, p. 1
Gestion des salles d'opération : Bien des choses à améliorer .....	Frédérique David, p. 2
L'amélioration continue dans un contexte de modernisation du système de santé .....	Benoit Gareau, pp. 3, 10
Un consensus existe .....	Louis Aucoin, Martine Painchaud p. 4
Photos du 5 à 7 Conférence du 16 février 2009 .....	p. 5
Priorité à la première ligne .....	Benoit Gareau, p. 6
Près de dix ans après le Rapport Clair, de la collaboration à l'entente de services .....	Stéphane Grenier, pp. 7-9
Le Groupe Espace Santé, le Journal Espace Santé et le Conseil d'administration 2009 .....	p. 11

*Le journal a été préparé par des membres d'Espace Santé. Les vues exprimées sont celles des auteurs.*



## Gestion des salles d'opération : Bien des choses à améliorer

**Frédérique David**

Journaliste

Article paru dans *l'Actualité médicale* du 11 mars 2009, p. 15



Les membres d'un comité de terrain ont fait une tournée de plusieurs salles d'opération du Québec. Le 16 février, à Mon-

tréal, le Groupe Espace Santé conviait divers acteurs du réseau à les entendre exposer leurs premiers constats et les changements à envisager pour améliorer la productivité des salles.

### Constats

D'un bloc opératoire à l'autre, les éléments à améliorer sont souvent les mêmes, constate Danièle Hubert, experte-conseil au MSSS :

- Délais trop longs entre les interventions chirurgicales dans 9 cas sur 16;
- Problèmes de stérilisation des petits instruments dans 14 salles d'opération sur 16;
- Ponctualité très inégale le matin. « Si un bloc ouvre à 8 h, il doit ouvrir à 8 h, ce qui est rarement le cas. Parfois, la salle d'opération fermait vers 14 h 30 ou 15 h au lieu de 16 h. »
- Problèmes de visites de suivi. Neuf blocs sur 16 visités ont été sélectionnés. « Dans les blocs opératoires re-visités, la productivité a été améliorée. Pas de l'ordre de 10 %, comme nous l'aurions espéré, mais pas loin. Aucune amélioration dans l'accessibilité pour autant. Les cas récents sont opérés plus vite, pas ceux qui attendent depuis longtemps. »

- L'arrivée des infirmières auxi-

liaires occasionne la principale résistance aux changements.

### Trop de gestionnaires?

« L'exercice nous a permis de découvrir des murs, comme celui de l'accès aux soins intensifs ou à des lits d'hospitalisation ou le désengorgement des urgences, explique le Dr Pierre Fiset, anesthésiste à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Cependant, ce sont des problèmes urbains, voire montréalais. »

La pénurie de personnel soignant a aussi été évoquée, notamment par une anesthésiste qui s'interrogeait sur le nombre de gestionnaires. « Les gens qui rendent des services donnent leur maximum, constate le Dr Fiset. Nous ne pouvons nier le problème de manque de ressources. Y a-t-il trop de gestionnaires ? Ça, c'est une vraie question à se poser. »

### Le climat de travail

Le comité de terrain s'est intéressé au taux de rétention du personnel dans chacun des établissements visités. Un problème de climat de travail peut-il entraîner une pénurie de personnel, demande Danièle Hubert. « Nous avons vu des blocs opératoires où l'ambiance au travail était tellement pourrie que les jeunes n'y restaient pas. Je m'attendais à voir des problèmes de pénurie partout, mais ce ne fut pas le cas. Plusieurs blocs sont sous-utilisés pour des raisons financières, non à cause d'un manque de personnel. »

Le Dr Armand Lehoux, chirurgien à la retraite, a soulevé le problème des annulations de cas électifs. Elles occasionnent de grandes frus-

trations chez les chirurgiens qui doivent annoncer à leurs patients qu'il leur faut retourner chez eux. « Regardons le système de façon globale et adoptons une approche centrée sur le malade, réplique le Dr Fiset. Chaque fois que nous n'avons pas satisfait un patient, c'est un échec. Chaque établissement devrait d'ailleurs se doter d'un directeur de soins périopératoires qui suivrait le patient de l'admission à son retour à domicile. »

Composé de représentants de la FMSQ et du MSSS, le comité de terrain a visité 16 blocs opératoires en 2008. Il se déplace dans les salles d'opération sélectionnées par les agences régionales. « De l'arrivée du premier patient au premier coup de bistouri, nous observons comment cela se passe, explique Danièle Hubert, experte-conseil à la direction générale des services de santé et des affaires médicales au MSSS. Nous faisons ensuite des entrevues avec les personnes les plus engagées dans la gestion des blocs opératoires. » À la fin de la journée, le comité livre un rapport verbal avec les premiers constats sur des points à améliorer rapidement. Suivra un rapport écrit plus détaillé.

### Lien vers l'article

[http://www.lactualitemedicale.com/pdf/archive/vol.30\\_no6\\_11032009.pdf](http://www.lactualitemedicale.com/pdf/archive/vol.30_no6_11032009.pdf)

*" Chaque établissement devrait d'ailleurs se doter d'un directeur de soins péri opératoires qui suivrait le patient de l'admission à son retour à domicile."*



## L'amélioration continue dans un contexte de modernisation du système de santé

Benoit Gareau

*D.M.D., M.Sc. administration de la santé*



Lors de la dernière campagne électorale provinciale, les chefs des partis d'opposition ont fait remarquer au Premier mi-

nistre Jean Charest que les temps d'attente et les listes d'attente avaient peu changé depuis son élection de 2003. En 2003, le Premier ministre s'était fait élire en promettant d'éliminer les listes d'attente dans le réseau de la santé. Malgré les milliards investis en santé depuis 2003, les listes d'attente sont toujours présentes. On évalue qu'environ 30 000 patients sur 45 000 attendent plus de six mois avant d'être opérés.

En janvier 2008, un comité de travail était créé sous l'appellation de comité conjoint FMSQ/MSSS sur l'amélioration du fonctionnement des blocs opératoires. Ce comité était constitué de représentants de la FMSQ, de l'Association des anesthésiologistes du Québec, de l'Association québécoise de chirurgie, de l'Association d'orthopédie du Québec, du Ministère de la santé et des services sociaux et de l'Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec.

Le mandat de ce comité était de proposer des solutions applicables à court terme, liées aux réalités et aux particularités de chacun des milieux afin d'augmenter le nombre de chirurgies réalisées dans la prochaine année. Les propositions devaient être faites à la suite d'une analyse préalable des données opérationnelles ainsi qu'à une visite d'une journée dans chacun des établissements (présentant des problématiques précises ou non) (Drouin, 2008).

Suite à plusieurs visites de blocs opé-

ratoires, les représentants du comité ont dressé un bilan positif de l'exercice. Pour ces derniers, une augmentation de la productivité de 5 à 10% dans les blocs opératoires pourrait être réalisée dans l'ensemble de la province. Pour la FMSQ, l'objectif de 5% est une présomption de gain réalisable qui peut se concrétiser rapidement. Cet objectif représenterait près de 20 000 chirurgies supplémentaires (Drouin, 2008).

Dans un article de la Presse daté du 14 avril 2009, l'attachée de presse du ministre de la Santé, Mme Marie-Ève Bédard notait que tout le travail qui est mis en place portait fruits. En 2007-2008, 93% des patients québécois ont été opérés à l'intérieur d'un délai de six mois, comparativement à 92% l'année précédente.

Dans ce même article, la journaliste mentionnait que l'Agence de santé de Montréal avait mandaté une firme de consultants, au coût de 1,2 million, pour améliorer la gestion et la performance des hôpitaux de l'île. La firme de consultants a obtenu le mandat de visiter les hôpitaux pour identifier les problèmes liés aux blocs opératoires et présenter des recommandations.

Selon le président et directeur général de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal, David Levine, tout le processus entourant les opérations doit être scruté dans les moindres détails. Selon M. Levine, on parle de l'entrée d'un patient à l'hôpital, de la façon dont on gère l'attente pour l'opération, l'entrée en salle d'opération, le fonctionnement de la salle et ensuite, la sortie du patient, d'abord vers la salle de réveil jusqu'à sa sortie de l'hôpital. «Le travail fait lors de cette tournée a vraiment sensibilisé les gens à concentrer leurs énergies. Ce qu'on fait

maintenant, c'est d'implanter le processus Lean pour une gestion plus efficace», expliquait M. Levine (Breton, 2009).

### Une agence vouée à la modernisation du système de santé

Mais le défi reste entier : comment systématiser des façons de faire, comment incorporer des approches basées sur les meilleures pratiques dans des pratiques cliniques et de gestion et comment améliorer les processus dans un contexte de changement et de modernisation.

L'amélioration continue implique que nous cherchions les meilleures façons de faire pour optimiser la prestation des services. Les processus de production de services doivent être revus de façon constructive afin d'améliorer la productivité des blocs opératoires. Mais ces initiatives ont besoin d'être développées dans un esprit d'ouverture, d'inclusivité et de flexibilité selon les différents milieux de travail.

Une voie à envisager pourrait être de créer une structure, un comité ou une agence vouée principalement à la modernisation du système de santé et à l'amélioration de la performance des organisations. Cette agence pourrait avoir comme toile de fond un partenariat entre des médecins, des infirmières, des gestionnaires et des fonctionnaires du MSSS. L'expérience du comité FMSQ/MSSS a montré les avantages d'une plus grande collaboration et coordination entre médecins, gestionnaires, infirmières et fonctionnaires dans la mise en place d'un projet visant à améliorer la performance. Cette agence jumelée à un système d'autonomie méritée pourrait servir d'incitatif aux organisations et aux équipes.

... la suite page 10

*" Suite à plusieurs visites de blocs opératoires, les représentants du comité ont dressé un bilan positif de l'exercice. Pour ces derniers, une augmentation de la productivité de 5 à 10% dans les blocs opératoires pourrait être réalisée dans l'ensemble de la province."*



## Un consensus existe

Louis Aucoin et Martine Painchaud

*Les auteurs sont spécialistes en stratégie de communication chez Octane.  
Article paru dans La Presse, édition du 29 janvier 2009*



Le procès des petits gâteaux Vachon n'aura finalement pas lieu. Le géant de l'alimentation Saputo a en effet choisi de plaider coupable aux accusations d'avoir enfreint la loi québécoise qui interdit de faire de la publicité destinée aux enfants.



Pourtant, ce procès a déjà eu lieu. Dans l'opinion publique, l'interdiction de la publicité faite aux enfants est inscrite au rang de valeur sacrée. À l'instar de l'Office de la protection du consommateur, la plupart des citoyens ayant suivi l'affaire ne conservent aucun doute que la distribution des gâteaux Vachon dans les garderies constituait une telle forme de publicité, en rupture complète avec la loi, mais aussi avec l'éthique.

Les conséquences sont impitoyables: les gâteaux Igor, qui ont été lancés en grande pompe il y a quelques mois, ne figurent désormais plus dans la liste des produits commercialisés par l'entreprise.

### De la responsabilité de l'individu à celle de l'entreprise

Pendant ce temps, aux États-Unis, un autre géant de l'industrie est poursuivi en justice pour publicité mensongère. On y accuse la multinationale Coca-Cola de tromper les consommateurs en affirmant que l'eau vitaminée VitaminWater est «bonne pour la santé» alors que chaque bouteille contient 33 grammes de sucre.

Dans les deux cas, ce sont des groupes préoccupés par la santé publique, en l'occurrence par les problèmes d'obésité et de diabète, qui sont à l'origine de ces poursuites. On assiste à un renversement majeur et irréversible du paradigme selon lequel les problèmes de santé, comme l'obésité, relèvent essentiellement de l'individu. De plus en plus, partout dans le monde, les autorités transfèrent désormais une partie du blâme à l'industrie alimentaire, comme ce fut le cas pour l'industrie du tabac. Plus encore, certains États imposent déjà des mesures préventives, comme la taxe spéciale sur les boissons gazeuses sucrées qui vient d'entrer en vigueur dans l'État de New York.

### Des intérêts à protéger

Ce changement de paradigme entraîne, pour les entreprises, une modification rapide des règles du jeu. De nouvelles lois, de nouvelles taxes ou encore la multiplication des poursuites judiciaires ont des incidences majeures sur les intérêts stratégiques de toute l'industrie. À preuve: la loi québécoise qui interdit la publicité aux enfants de moins de 13 ans suscite plus que jamais l'intérêt d'une foule de pays européens et latino-américains.

Dans ce contexte, les entreprises ont tout intérêt à bien comprendre ces enjeux sociaux et à s'inscrire publiquement dans le débat pour faire valoir leurs intérêts et protéger leur réputation. Interpellées un peu plus chaque jour pour répondre du contenu de leurs produits et de leurs stratégies (parfois agressives) de mise en marché, ces entreprises n'ont plus d'autre choix que de faire des enjeux de santé publique de véritables enjeux stratégiques, puisque ce nouveau consensus est là pour rester.

Lien vers l'article:

<http://www.cyberpresse.ca/opinions/forums/lapresse/200901/29/01-822020-un-consensus-existe.php>

*" On assiste à un renversement majeur et irréversible du paradigme selon lequel les problèmes de santé, comme l'obésité, relèvent essentiellement de l'individu."*



## 5 à 7 Conférence Espace Santé du 16 février 2009 Augmenter la productivité dans les salles opératoires des centres hospitaliers: les leçons tirées du comité de terrain



*Présentation du Dr Pierre Fiset, de M. Jean-Pierre Haché et de Mme Danièle Hubert*



[Cliquez ici pour voir une vidéo de la conférence.](#)



## Priorité à la première ligne

**Benoit Gareau**

*D.M.D., M.Sc. administration de la santé*

*Article paru dans La Presse, édition du 25 mai 2009*



Un système de soins de première ligne efficace est la principale stratégie d'organisation à privilégier. Les derniers chiffres

de Statistique Canada sur le manque de suivi des citoyens auprès de médecins de famille et les données du ministère de la Santé sur l'engorgement perpétuel des urgences dans les hôpitaux sont révélateurs d'un manque de coordination et de cohérence dans l'organisation des soins de santé. Par ailleurs, les ressources en soins primaires semblent insuffisantes et encore peu intégrées au reste du réseau.

Un suivi préventif et curatif auprès d'acteurs de soins primaires est un préalable pour des services de santé coordonnés et continus lors d'un épisode de maladie. Pour montrer l'importance qu'accorde la Grande-Bretagne aux soins de première ligne, les groupes de soins primaires, Primary Care Trust, contrôlent jusqu'à 75% du budget de la santé. Ces sommes permettent de suivre le patient lors d'épisodes de maladie. En réglant cette problématique, il y a fort à croire que les urgences seront grandement aidées dans leurs efforts d'offrir des soins de qualité. La pression du nombre de patients devrait être mieux répartie entre différentes structures de soins primaires.

Pour pallier des problèmes similaires, plusieurs pays ont opté pour un regroupement de médecins de famille et la constitution de réseaux de groupes de soins primaires. Les médecins sont encouragés à travailler en nombre suffisant avec des infirmières et d'autres intervenants

communautaires. Des plateaux techniques sont disponibles pour qu'il y ait diagnostic rapidement. Les cliniques sont informatisées et mises en réseau avec d'autres ressources médicales et communautaires. De plus, les pratiques cliniques sont offertes sept jours sur sept, 24 heures sur 24.

La commission Clair avait fait le même constat en 2001. Il était proposé de créer un véritable réseau de groupe de soins primaires, les Groupes de médecine familiale (GMF). Le premier ministre de l'époque avait même annoncé la création de 300 GMF dans la première année d'entrée en fonction de ces nouvelles structures. Aujourd'hui, en 2009, le Ministère compte 193 GMF.

Cette réorganisation des soins de première ligne implique, entre autres choses, la poursuite de l'implantation de GMF à la lumière des travaux d'évaluation menés par le MSSS et la recherche d'innovation dans l'organisation des services. Sur ce point, les coopératives de santé, qui comprennent un partenariat avec les citoyens, apparaissent comme une innovation intéressante.

D'autres facteurs nuisibles sont également à prendre en considération, tel le nombre de jeunes médecins qui se dirigent vers la médecine familiale. Les jeunes médecins sont la relève. Ils ont l'énergie et les idées pour bâtir des cliniques de santé informatisées et en réseau. Il faut réduire les barrières organisationnelles qui repoussent ces derniers à choisir la médecine familiale et les inciter à la productivité en adaptant leur mode de rémunération en conséquence.

Par exemple, les jeunes médecins qui choisissent de travailler en GMF

pourraient être exemptés de faire des activités médicales particulières (AMP), qui grugent du temps qui leur est nécessaire pour fonder leurs cliniques médicales de première ligne essentielles au suivi des citoyens. Il faut revoir ces clauses orphelins qui n'ont plus leur place en 2009.

En avril dernier, une première rencontre de la table de concertation sur la médecine familiale a été organisée avec les représentants de plusieurs secteurs du milieu de la santé. Elle avait pour objectif de donner un nouvel élan à la médecine familiale. Elle a débouché sur des groupes de travail qui doivent étudier certaines problématiques liées à la médecine familiale. Espérons qu'une véritable politique de soins primaires émergera où médecins, infirmières, gestionnaires et citoyens seront mis à contribution pour la création d'un réseau de groupe de soins primaires efficaces.

*Lien vers l'article:*

<http://www.cyberpresse.ca/opinions/forums/lapresse/200905/25/01-859471-priorite-a-la-premiere-ligne.php>

*" Pour pallier à des problématiques similaires, plusieurs pays ont opté pour un regroupement de médecins de famille et la constitution de réseau de groupe de soins primaires."*



## Près de dix ans après le Rapport Clair, de la collaboration à l'entente de services.

*Place et rôle de la société civile dans le système technocratique de traitement de la maladie*

Stéphane Grenier, TS

*Professeur et responsable de la maîtrise en travail social  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue*



### Introduction

« Les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les coopératives jouent

un rôle essentiel dans le secteur de la santé et des services sociaux. Certains œuvrent dans le domaine de la promotion et de la défense des droits des personnes, d'autres offrent des services complémentaires à ceux des établissements du réseau. Ces organismes sont nés de la solidarité collective et des besoins de la communauté. Ils ont leurs caractéristiques propres et une autonomie, ce qui constituent leurs richesses. » (CESSSS, 2000: 229)

C'est de cette façon que l'apport des organismes communautaires et d'économie sociale était décrit dans le rapport de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS) en 2000. Dans cet article, il sera question de l'évolution de la reconnaissance des organismes communautaires et de l'économie dans le domaine de la santé depuis la publication de ce rapport. Pour ce faire, la place et le rôle de ces organismes nés de la solidarité collective et des besoins de la communauté seront revus suite à la création des CSSS et de l'établissement des nouveaux protocoles d'entente entre le réseau public et ces organisations. La trame de fond de ce court article vise à voir si depuis la publication des recommandations du Rapport Clair (CESSSS, 2000), l'apport des organisations communautaires dans le système de santé et de services sociaux a véritablement été reconnu ou s'il a plutôt été question d'une instrumentalisation technocratique de ces entreprises citoyennes.

### La reconnaissance de l'apport des organisations communautaires dans le rapport de la commission.

Le premier élément sur lequel il est important de revenir est la nomenclature utilisée pour parler des organisations communautaires. Dans le rapport de la commission, différentes appellations sont utilisées pour nommer les entreprises nées de la solidarité et des besoins exprimés par la communauté. On utilise de façon interchangeable : organisme communautaire, tiers secteur, économie sociale et coopérative. Cette difficulté de nommer ces entreprises citoyennes est représentative de la difficulté des commissaires à bien saisir la nature, le rôle et la place qu'occupent celles-ci dans le système de santé et de services sociaux.

On retrouve tout de même 81 occurrences de la nomenclature organismes communautaires dans le rapport. C'est cette appellation qui a été la plus utilisée par les commissaires. On reconnaît à ces organisations communautaires une capacité d'intervention supérieure en ce qui concerne les services de proximité, la définition des besoins de la communauté, l'expertise dans la défense des droits et la création de services alternatifs. Ce que les commissaires reconnaissent le plus dans ces organisations communautaires est le fait qu'elles sont des partenaires efficaces et incontournables dans la production de services (P.178).

« La Commission est donc favorable à la reconnaissance de la contribution générale du tiers secteur à l'équilibre du système de services socio-sanitaires et à sa pleine participation dans la vie du réseau. La Commission est consciente de l'importance de valoriser la spécifi-

cité réciproque des entreprises de l'économie sociale, des organismes de défense des droits, des organismes bénévoles et des organismes communautaires qui entretiennent des liens plus formels avec le réseau dans la dispensation des services. Toutes ces initiatives constituent un ensemble, un tiers secteur, qui joue un rôle irremplaçable et structurant. Leur reconnaissance devrait se matérialiser par un partenariat renouvelé par lequel le Ministère et ses différents partenaires gouvernementaux prendraient les mesures nécessaires pour favoriser son épanouissement et sa maturité. » (CESSSS, 2000: 179)

On remarque aussi un rapprochement entre l'utilisation de la nomenclature tiers secteur et entreprise privée. La commission recommande d'ailleurs (R-26) « Que le gouvernement du Québec se dote d'une politique cadre de partenariat avec le secteur privé et le tiers secteur ». Lorsque l'appellation tiers secteur est utilisée de façon rapprochée avec celle du secteur privé, elle est utilisée dans une perspective de production de services et de réduction des coûts. En effet, pour les commissaires, les entreprises du tiers secteur seraient des organismes à même de produire des services privés pour le compte du système de santé et de service sociaux. Cela éviterait d'alourdir le secteur public.

Cependant, le rapport Clair, bien qu'il est favorable à la reconnaissance de la contribution des organismes communautaires à l'équilibre du système de santé et de services

" On semble voir se profiler à l'horizon un glissement vers une instrumentali- sation des organisa- tions communau- taires comme étant le prolongement direct des CSSS."

... la suite page 8



## Près de dix ans après le Rapport Clair, de la collaboration à l'entente de services.

... la suite par Stéphane Grenier

sociaux, ne donne presque qu'aucune piste pour reconnaître leurs spécificités et leurs contributions. La seule chose qui semble évidente pour les commissaires est que ces organisations communautaires sont à même d'offrir des services plus efficaces et répondant mieux aux besoins de certaines populations problématiques, mais surtout qu'elles sont à même de le faire en diminuant le recours aux fonds publics (CESSSS, 2000 : 193).

### Place et nouveau rôle des organisations communautaires

Actuellement, quelle est la place réservée aux organismes communautaires dans le système de santé et de services sociaux? La place accordée aux organisations communautaires est fort variable depuis la création du système public de santé et de services sociaux. L'idée d'un continuum de services entre le réseau public et communautaire traverse les époques, mais cette idée s'exprime de façon différente à chaque réforme. Voici ce qu'en disent Parazelli et al (2003: note de bas de page) :

*« Il est intéressant de constater que cette idée de continuum de services a une histoire dont les jalons remontent aux années 1970, quand les relations entre l'État et le communautaire étaient qualifiées de « collaborations ». Au début des années 1980, on parlait de « concertation » et, à la fin des années 1980, d'« arrimage ». Mais c'est au début des années 1990 que l'on a commencé à parler de « partenariat », et maintenant on discute des « ententes de service ».*

Depuis la publication du Rapport Clair de nombreuses réformes et modifications ont eu lieu à l'intérieur du système de santé et de services sociaux. Chaque nouveau ministre de la santé semble vouloir aller de l'avant avec ses nouvelles idées et changer les structures en place. Les change-

ments sont si nombreux que plusieurs intervenants disent à l'ironie que la seule stabilité du réseau « c'est le changement ». Deux réformes sont particulièrement importantes pour comprendre la place qui est maintenant réservée aux organismes communautaires : 1) La Loi (25) sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et 2) la Loi (83) modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

Ces deux lois, font suite au Rapport Clair et ses recommandations sur la gouvernance, viennent réduire considérablement la participation de la population, des usagers et des usagers aux conseils d'administration des établissements et des agences régionales. Par ailleurs, en fusionnant plusieurs établissements sur une base locale pour créer les réseaux locaux de services, cette nouvelle organisation de la gouvernance vient réduire le nombre de sièges disponibles et abolit du même coup les postes réservés à la population et comblés par voie de suffrage universel (Tremblay, 2004). Cette première modification venait faire tomber le dernier rempart contre la technocratisation et la prise de contrôle du système de santé par une logique professionnelle (Bernier, 2006). En réduisant ces accès démocratiques dans la gestion du système de santé et de services sociaux, ces lois viennent réduire la possibilité pour les organismes communautaires de participer à la définition des besoins de la population et à offrir des services alternatifs de santé.

Par surcroît, en redéfinissant le mandat des CLSC, cette nouvelle organisation des services vient elle aussi réduire les possibilités de participation des citoyens et organismes communautaire à l'intérieur du réseau, mais en plus, elle facilite le transfert des responsabilités et des

services vers le privé, le communautaire et vers les entreprises d'économie sociale. En effet, les CSSS nouvellement créés n'ont pas pour mandat spécifique de dispenser des services, mais bien de coordonner l'accès à des activités et des services qui peuvent être dispensés par les autres partenaires du réseau. Les CSSS sont les instances locales responsables de définir un projet clinique identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants :

- 1° les besoins socio-sanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- 2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- 3° l'offre de service requis pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;
- 4° les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau (Article 99,5, Loi 25 ou 83). Ce projet clinique doit être conforme aux orientations ministérielles et doit nécessairement impliquer des acteurs locaux dans la dispensation des services. C'est dans ce cadre qu'on parle des ententes de services entre les organismes communautaires et les CSSS dans la dispensation de services.

En bref, suite au Rapport Clair, deux lois sont venues préciser les recommandations formulées. En ce faisant, les organismes communautaires ont perdu beaucoup de place dans leur capacité à proposer des services

... la suite page 9





## Près de dix ans après le Rapport Clair, de la collaboration à l'entente de services.

... la suite par Stéphane Grenier

alternatifs dans l'organisation des services de santé et de services sociaux et dans la définition des besoins des communautés. En effet, les nouveaux rapports de gouvernance et le peu de place faite aux citoyens et aux organisations communautaires dans cette nouvelle gouvernance font en sorte que les rapports entre les CSSS et les organismes communautaires s'apparentent dorénavant à de la consultation (Foisy, 2004). Ce qui avait été nommé par les commissaires comme la richesse et la force de ces organismes nés de la solidarité collective et des besoins de la communauté n'a pas été retenue par la nouvelle configuration des services.

Aujourd'hui, la négociation des protocoles d'ententes entre les CSSS et les organismes communautaires se fait trop souvent de façon asymétrique. La relation est asymétrique car les personnes négociant le protocole d'entente de services ne les négocient pas en fonction des mêmes critères. D'un côté les responsables des CSSS entrent dans la négociation avec des critères de services à rendre à une population globale donnée. De l'autre, les responsables des organismes communautaires entrent dans la négociation avec la préoccupation de ne pas compromettre leur mission tout en s'assurant d'un financement supplémentaire pour les services qu'ils rendront. L'échec de l'établissement de ces protocoles d'entente ne signifie pas du tout la même chose pour les parties en présence. Dans les cas des responsables des CSSS, cela signifie qu'ils devront trouver un autre groupe capables de donner le service recherché à une clientèle particulière ou sinon, trouver un moyen de le rendre accessible d'une autre façon. Pour l'organisme communautaire, l'échec signifie perdre encore plus de place sur l'échiquier politique du territoire en étant identifié comme un organisme non collaborateur et cela signifie perdre une occasion

d'améliorer la stabilité financière de l'organisme. Les CSSS ayant le mandat exclusif de la mise du projet clinique de leur territoire dans le respect des orientations ministérielles, les organismes communautaires se trouvent à être instrumentalisés dans leurs fonctions exclusives de dispensateurs de services. Ils ont peu de place pour influencer ce projet clinique. Ils sont pris entre les besoins qu'ils notent chez la population particulière avec laquelle ils travaillent et les orientations et le rôle qu'on leur donne dans le projet clinique.

En bref, on semble voir se profiler à l'horizon un glissement vers une instrumentalisation des organisations communautaires comme étant le prolongement direct des CSSS. Certains diront que c'est une sous-traitance à faible coût dont il est question, alors que d'autres diront qu'il est possible pour les organismes communautaires de bien tirer leur épingle du jeu dans l'établissement de ces projets cliniques. Ce qui me semble le plus important à considérer reste cependant l'affaiblissement de l'élément clé qui fait la force du réseau communautaire : le processus démocratique à travers lequel les organismes communautaires encouragent l'appropriation par le milieu du pouvoir sur la santé plutôt que de faire de la gestion de services de santé (Lachapelle, 2007).

### Conclusion

La commission avait reconnu aux organismes communautaires une expertise dans le cadre de leur capacité de rendre des services de proximité à la population d'un territoire donné, d'identifier les besoins de cette population, de défendre les droits des populations marginalisées et de développer des services alternatifs répondant aux besoins particuliers de certains individus. Les réformes récentes auront plutôt retenu que le recours aux organismes communau-

naires dans l'établissement des projets cliniques réduit la part de financement public tout en augmentant la production de services.

Pour reconnaître pleinement ces entreprises citoyennes et pour conserver leur caractère primordial de « chien de garde » du système de santé et de services sociaux, il serait souhaitable que la place accordée à la société civile et aux organismes communautaires soit augmentée dans tous les processus décisionnels menant à la gérance de notre système de soins.

### Bibliographie

**Bernier, N. (2006).** «La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management Technoscientifique de l'État providence québécois?», *Lien social et politique*, 55, 13-23.

**CESSS Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000).** *Les solutions émergentes rapport et recommandations*. Québec: Gouvernement du Québec.

**Foisy, D. (2004).** *L'organisation communautaire en CLSC: au carrefour de légitimités renouvelées*. Université du Québec en Outaouais., Gatineau.

**Lachapelle, R. (2007).** «L'organisation communautaire dans un réseau de la santé et des services sociaux transformé.», In D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau & L. Frechette (Eds.), *L'organisation communautaire: Fondements, approches et champs de pratique* (pp. 534). Québec: Presse de l'Université du Québec.

**Parazelli, M., Hébert, J., Huot, F., Bourgon, M., Laurin, C., Gélinas, C., Gagnon, S., Lévesque, S. et M. Rhéaume (2003).** «Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques», *Service social*, 50 (1), 81-121.

**Tremblay, M. (2004).** «Droits, santé et participation démocratique.», *Nouvelles Pratiques Sociales*, 17(1), 41-49.

" Les réformes récentes auront plutôt retenu que le recours aux organismes communautaires dans l'établissement des projets cliniques réduit la part de financement public tout en augmentant la production de services."



## L'amélioration continue dans un contexte de modernisation du système de santé

■ ■ ■ la suite par **Benoît Gareau**

Pour ce faire, cette agence offrirait des services de développement de compétences et de leadership. Cette agence chercherait à améliorer la gestion et la prestation des services en permettant d'apprendre des meilleures pratiques et des meilleurs résultats des organisations qui performant bien. Ce système de mentorat lié à un fonds pour la performance pourrait servir d'incitatif et d'apprentissage pour atteindre la performance. Ce fonds de performance aurait pour objectif d'encourager l'amélioration de la qualité des services et la performance organisationnelle par la prise en charge et l'aide aux organisations non performantes et de reconnaître l'excellence chez celles qui performant bien.

Un exemple de fonctionnement de cette agence pourrait ressembler à ceci : une organisation ou une équipe qui répond aux exigences, qui démontre des bonnes pratiques et qui offre un accès raisonnable à des services de qualité pour ces citoyens, serait classée performante ce qui justifierait la dévolution de pouvoirs et des fonds supplémentaires. Tandis qu'une organisation ou une équipe qui échoue à

ces règles ou qui n'offre tout simplement pas un accès raisonnable à des services de qualité serait engagées dans un processus de formation et de partenariat afin de devenir ou revenir à la performance.

Les organisations ou les équipes qui performant bien seraient libres d'utiliser les fonds comme bon leur semble en autant qu'ils servent à améliorer les services au patient. L'utilisation des fonds pourrait par exemple être utilisée comme salaire à des individus, à des équipes de travail, pour l'achat de nouveaux équipements, pour le développement de personnel et pour l'amélioration des lieux physiques.

Les organisations ou les équipes qui performant moins bien seraient quant à elles prises en charge par la structure établie et les fonds seraient dirigés selon les directives de l'agence. Ce système d'autonomie méritée pourrait servir d'incitatifs aux organisations performantes pour avoir moins de surveillance du central et une plus grande liberté à investir les fonds selon les priorités du gestionnaire.

Les défis sont nombreux, mais pas insurmontables. Il faut travailler ensemble pour développer une cohérence dans les actions et une plus grande collaboration entre les acteurs du réseau de la santé. Si l'initiative d'amélioration de la productivité des blocs opératoires a donné de bons résultats, pouvons-nous appliquer ces expériences à d'autres secteurs comme la gestion, les finances et d'autres services de santé et services sociaux. Maintenant que la glace est brisée et que des initiatives d'amélioration continue ont vu le jour, il faut réfléchir à des façons constructive d'améliorer le fonctionnement du système de santé.

### Références

**Breton, Pascale.** «Les blocs opératoires seront auscultés». *La Presse*, 14 avril 2009.

**Drouin, Michèle.** «Tournée des blocs opératoires. Une « opération » sans précédent !» *Le Spécialiste*, décembre 2008, Vol.10 No.4, pp.8-12.

## Le prochain 5 à 7 conférence Espace Santé

### Pandémie de grippe: sommés-nous prêts à faire face à une crise?

avec

le Dr Horacio Arruda et M. Pierre Laflamme du MSSS

**Le jeudi 24 septembre 2009**

Bienvenue à tous et à toutes.

*Pour vous inscrire, ou pour plus de renseignements,  
visitez le site du Groupe Espace Santé au [www.espacesante.ca](http://www.espacesante.ca)*



## Le Groupe Espace Santé

L'organisation des activités du Groupe Espace Santé repose sur l'implication bénévole de membres issus de différents milieux, de professionnels de la santé et de citoyens ayant à coeur l'avenir du système de santé et de services sociaux du Québec.

Le Groupe Espace Santé est un organisme sans but lucratif qui cherche à réseauter une relève désireuse de contribuer à l'amélioration des services de santé en permettant aux acteurs du réseau de la santé, incluant les citoyens, d'aborder divers sujets d'intérêt tout en se familiarisant aux dimensions politiques de la santé. Pour ce faire, nous continuerons à organiser des conférences et d'autres événements, à favoriser le transfert de connaissances ainsi qu'à publier un journal.

Le Groupe Espace Santé est une occasion unique de faire rencontrer des acteurs et des intervenants du milieu pour développer un nouveau leadership en santé. Ce leadership se veut inclusif, interdisciplinaire et intergénérationnel.

Le Groupe Espace Santé s'imprègne de trois orientations centrales : la coopération interdisciplinaire, le partenariat avec les citoyens et la modernisation du système de santé et de services sociaux. Tout d'abord, la coopération interdisciplinaire implique le réseautage et la mise en commun des expériences des acteurs. Ces derniers gagneraient à se concerter davantage afin d'atténuer les barrières professionnelles et organisationnelles qui souvent bloquent le changement et le progrès.

En second lieu, le partenariat avec les citoyens apparaît une force; ce partenariat est considéré comme une façon d'améliorer les processus et permet de réduire le déficit démocratique trop souvent pointé du doigt dans notre société.

Finalement, le Groupe Espace Santé veut s'impliquer dans les débats de société qui ont pour objectif de moderniser l'organisation du système de santé et de services sociaux.

Le Groupe Espace Santé veut développer une conscience politique et une vision des défis que nous avons à surmonter pour améliorer l'organisation et le financement du système de santé et de services sociaux du Québec. Nous croyons fermement à l'importance de construire ce nouveau leadership et nous vous invitons à maintenir votre participation à nos activités.

### Conseil d'administration du groupe Espace Santé 2009

**PRÉSIDENT:** Benoît Gareau, Dentiste en cabinet privé, M.Sc. en Administration de la santé

**VICE-PRÉSIDENTE:** Christine Guérette, B.Sc., MBA, Infirmière, Coordinatrice clinique et de recherche à la clinique Neuro Rive-Sud

**TRESORIÈRE:** Karine Gimmig, B.Sc., Infirmière, étudiante à la maîtrise en administration de la santé, conseillère à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, présidente du regroupement des diplômés en science infirmière de l'Université de Montréal

**SECRÉTAIRE:** Sylvain Lemieux, conseiller chez Raymond, Chabot, Grant, Thornton

**ADMINISTRATEUR:** Louis Aucoin, M.A.P., Conseiller principal chez Octane stratégie

**ADMINISTRATRICE:** Linda Cazale, Ph.D., agente de recherche, Institut de la Statistique du Québec

**ADMINISTRATEUR:** Olivier Giroux, Physiothérapeute

**ADMINISTRATRICE:** Marie-Sophie L'Heureux, B.Sc., Infirmière, étudiante à la maîtrise en administration de la santé

**ADMINISTRATRICE:** Johanne Rioux, Médecin psychiatre à l'Hôpital Charles LeMoine, administratrice à l'Association des jeunes médecins du Québec.

## Le journal Espace Santé

Le Journal Espace Santé est produit par le Groupe Espace Santé. Le Journal paraît 2 fois l'an. Le Journal est un outil d'information rapportant les activités réalisées par le Groupe Espace Santé. Le Journal est également un outil de réflexion, d'analyse et d'expression destiné aux acteurs, aux citoyens et aux intervenants du milieu de la santé et des services sociaux du Québec. Le Journal est disponible sur le site web du Groupe Espace Santé et est envoyé, lors des parutions aux membres de la liste d'envoi du Groupe Espace Santé.

*Il est à noter que les vues exprimées dans les textes sont uniquement celles des auteurs.*

it designs Conception et réalisation du journal Espace Santé  
www.it-designs.ca

### Comité de lecture :

Louis Aucoin  
Linda Cazale  
Benoît Gareau  
Marie-Sophie L'Heureux  
Johanne Rioux

### Collaborateurs à la présente édition :

Frédérique David  
Stéphane Grenier  
Martine Painchaud

### Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 1913-6986

### À vos plumes!

Vous êtes invité(e) à faire parvenir un texte au comité éditorial du Journal Espace Santé à l'adresse courriel [info@espacesante.ca](mailto:info@espacesante.ca). Ce texte peut traiter d'un sujet d'actualité, d'une problématique particulière ou d'une expérience que vous aimeriez partager.

La longueur des textes ne devrait pas excéder 1500 mots excluant les références et les figures. Veuillez prévoir un nombre maximum de 10 références et de 2 figures ou tableaux. Il est à noter que le comité éditorial ne s'engage pas à publier tous les textes reçus. Un processus de révision de chaque texte déposé est fait avec au moins un des membres du comité de lecture.