



Conditions de succès et obstacles aux collaborations public-privé en santé au Québec

Rapport de recherche

Par

Marie-Hélène JOBIN, Ph.D., Directrice

Ariane-Hélène FORTIN, M.Sc., Coordonnatrice et chargée de projets

Pôle santé HEC Montréal

4 février 2016

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION	5
OBJECTIF DE RECHERCHE ET METHODOLOGIE	6
RECENSION DES ECRITS	7
<i>Aspects méthodologiques de la recension des écrits</i>	7
PARTENARIAT : DÉFINITION ET NUANCES	7
TYPES DE PARTENARIAT	9
BRÈVE HISTOIRE DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ AU QUÉBEC.....	11
OBJECTIFS ET BÉNÉFICES ATTENDUS DES PARTENARIATS.....	12
CRÉATION DE VALEUR ET AVANTAGE CONCURRENTIEL DANS LES PARTENARIATS.....	14
CRITÈRES POUR LA MESURE DU SUCCÈS DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ	15
FACTEURS DE SUCCÈS DES PARTENARIATS	15
1. <i>Facteurs de succès relatifs à la conception du partenariat</i>	16
2. <i>Facteurs de succès relatifs à la mise en œuvre du partenariat</i>	19
Facteurs de succès d'ordre financier	19
Facteurs de succès d'ordre humain et politique	20
3. <i>Facteurs de succès relatifs à la gestion de la relation contractuelle du partenariat</i>	21
CAS DE GESTION	23
GROUPE SANTÉ ARBEC COLLABORER EN MAXIMISANT LA VALEUR POUR L'USAGER.....	25
INSTITUT DE L'ŒIL DES LAURENTIDES REGARD SUR LA PERFORMANCE.....	26
CENTRE LA TRAVERSÉE UNE TRANSITION EN DOUCEUR AU BÉNÉFICE DES USAGERS	27
STEVENS LE PROGRAMME D'AIDES MATÉRIELLES POUR LES FONCTIONS D'ÉLIMINATION : SERVICE À LA CLIENTÈLE ET COMPENSATION	28
VILLA MEDICA LE GUICHET DE SANTÉ PHYSIQUE DE VILLA MEDICA : PROACTIVITÉ ET TRANSPARENCE.....	29
ANALYSE	30
FACTEURS DE SUCCÈS RELATIFS À LA CONCEPTION DU PARTENARIAT.....	32
<i>La maîtrise supérieure du dossier</i>	32
<i>La clarification des attentes et des objectifs du partenariat</i>	32
<i>La reconnaissance et la légitimité du besoin au cœur du partenariat</i>	33
<i>La démonstration d'intérêts communs : le client au centre des préoccupations de tous</i>	34
<i>La confiance</i>	35
<i>Le respect mutuel</i>	36
<i>La création de valeur</i>	36
<i>La capacité d'innovation</i>	38
FACTEURS DE SUCCÈS RELATIFS À LA MISE EN ŒUVRE DU PARTENARIAT	40
<i>Le développement d'un langage commun</i>	40
<i>La densification du partenariat</i>	40
FACTEURS DE SUCCÈS D'ORDRE FINANCIER.....	42
<i>La répartition équitable des bénéfices et l'autonomie financière</i>	42
<i>La prise de risque des partenaires</i>	43
<i>La flexibilité des partenaires</i>	44

<i>La transparence des données</i>	46
<i>L'évaluation précise et rigoureuse des coûts</i>	47
FACTEURS DE SUCCÈS D'ORDRE HUMAIN ET POLITIQUE.....	47
<i>L'appui clair des dirigeants politiques et de la haute direction</i>	47
<i>L'égalité des partenaires</i>	48
<i>La qualité des ressources humaines impliquées (La compétence de l'équipe de projet et la présence de champion)</i>	48
<i>Le respect des droits des travailleurs</i>	49
<i>L'implication des employés</i>	49
FACTEURS DE SUCCÈS RELATIFS À LA GESTION DE LA RELATION CONTRACTUELLE DU PARTENARIAT	50
<i>Une régie efficace de l'entente de part et d'autre</i>	50
<i>Des outils de gestion et des modes de fonctionnement clairs et partagés</i>	50
<i>La mise en place de mécanismes formels de communication et de coordination</i>	52
EN SOMME	53
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	55
RECOMMANDATIONS POUR LES PARTENAIRES DU PUBLIC :	55
1. <i>Favoriser les ententes à plus long terme</i>	55
2. <i>Baser les appels d'offres sur la valeur et le rapport qualité/prix</i>	56
RECOMMANDATIONS POUR LES PARTENAIRES PRIVÉS	56
1. <i>Innovier</i>	56
2. <i>Densifier les partenariats</i>	56
3. <i>Ouvrir ses livres et faire preuve de transparence</i>	56
RECOMMANDATIONS POUR LES DEUX PARTENAIRES :	57
<i>Recommandations pour le MSSS, les CIUSSS et CISSS</i>	57
1. <i>Mettre sur pied des forums d'échange et de discussion</i>	57
2. <i>Soutenir la recherche dans ce domaine</i>	57
RECOMMANDATIONS POUR LE CEPSEM ET LA FCCQ.....	58
1. <i>Poursuivre le travail d'approvisionnement du réseau public</i>	58
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE	60
ANNEXE 1 : CAS DE GESTION	63
GROUPE SANTÉ ARBEC.....	64
INSTITUT DE L'ŒIL DES LAURENTIDES.....	74
LE CENTRE LA TRAVERSÉE	82
STEVENS.....	92
VILLA MEDICA.....	103
ANNEXE 2 : CANEVAS D'ENTREVUE GÉNÉRIQUE	113

Remerciements

La réalisation de cette recherche et la production du rapport n'a pu se faire sans la contribution de plusieurs personnes. Nous tenons à remercier particulièrement Aline Pang-Charbonneau pour son soutien aux entrevues, à la rédaction des cas et à la préparation des analyses transversales initiales. Nous lui souhaitons le plus grand des succès dans la réalisation de son mémoire.

Nous tenons aussi à remercier Caroline Parent, coordonnatrice au Pôle santé, qui a soutenu cette recherche aux premières heures en assurant la coordination du projet et en participant aussi aux entrevues et à la rédaction des cas. Elle a dû délaissé ce projet pour en accomplir un plus grand avec la naissance de sa fille.

Nous souhaitons aussi remercier Nadia Benomar, Sylvie Tessier, Luc Lepage, François Bastien, Michèle Pelletier, François Théorêt et Jacques Lemieux pour la relecture.

Introduction

Dans les systèmes de santé publics les plus enviés au monde, par exemple ceux de la Grande-Bretagne, de l'Australie, de la Norvège, de la Suède, des Pays-Bas ou du Danemark, on constate que le privé est responsable de la prestation d'une part non négligeable des services de santé offerts à la population. Dans ces pays, la mixité des prestations de services semble non seulement acceptée, mais considérée comme une saine avenue. En France, à titre d'exemple, 60% des opérations électives sont effectuées en privé, bien qu'elles soient remboursées en totalité par le public¹. Puisque la grande majorité des pays qui nous coiffent en matière de performance de leur réseau de santé ont recours à un mode de livraison pluriel pour fournir les services à leur population, notre système pourrait sans doute bénéficier à son tour d'une plus grande ouverture sur ce plan.

Avec l'entrée en jeu au Québec de la tarification à l'activité et le virage vers une approche plus axée sur la performance annoncé par le Ministre de la Santé et des Services Sociaux dans la foulée de la réforme du système québécois amorcée en 2015, il est souhaitable de repenser la création de valeur autrement. Il est important de trouver des modalités de prestation qui maximiseront le retour sur investissement en santé et, surtout, qui créeront de la valeur tant pour les patients que pour l'ensemble de la population et la société. Cela peut prendre la forme, entre autres choses, d'ententes de collaboration ou de partenariats entre les secteurs publics et privés ou à but non lucratif. Cependant, ces ententes sont souvent difficiles à développer et on identifie plusieurs embûches à ce mode de prestation. Au-delà des idéologies et des idées reçues, il est possible de voir la dynamique de livraison plurielle des services de santé et des services sociaux comme permettant une action en complémentarité au sein du système.

Dans la perspective où des organisations privées ou à but non lucratif participeraient davantage à la prestation des services de santé, il s'avère important de comprendre les conditions de succès et les obstacles aux ententes qui ont été négociées par le passé entre le réseau public de la santé et des services sociaux et des organisations privées ou à but non lucratif afin d'en tirer un apprentissage pour l'avenir.

C'est pour cette raison que le Pôle santé a accepté l'invitation du Conseil des entreprises en santé et mieux-être (CEPSEM) et de la Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ) à mener une recherche sur différentes ententes de services qui ont été conclues entre le réseau public et des entreprises privées. Cinq organisations qui ont négocié de telles ententes ont été retenues : quatre sont à but lucratif et la cinquième est une OBNL. Les cinq cas étudiés ont connu ou connaissent des succès variables.

Ce rapport présente dans un premier temps une recension des écrits sur les collaborations et les partenariats entre le public et le privé. Il présente ensuite les cinq cas étudiés, suivis d'une analyse

¹ Séminaire de Dr Robert Ouellette, « Avons-nous le meilleur système de santé au monde : Vérité ou mensonge? » 14 avril 2015, Pôle santé.

transversale. Le rapport propose finalement quelques recommandations en vue du succès de collaborations et partenariats public-privé à venir au sein du réseau québécois.

Objectif de recherche et méthodologie

La présente recherche, financée par le Conseil des entreprises privées en santé et mieux-être (CEPSEM) et la Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ), avait pour objectif d'analyser les conditions de succès et les obstacles aux partenariats public-privé dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Pour cette recherche, l'équipe de recherche a proposé une démarche par étude de cas. Par l'étude d'expériences de collaboration et de partenariats public-privé en santé au Québec, l'équipe visait à identifier les principaux apprentissages à considérer dans la création d'ententes futures.

Les cinq organisations suivantes ont été retenues pour l'étude :

- Groupe Santé Arbec
- Institut de l'oeil des Laurentides
- Centre La Traversée
- Stevens
- Hôpital de réadaptation Villa Medica

À travers la rédaction de cas de gestion, l'équipe de recherche a voulu décrire l'histoire de ces partenariats afin d'en identifier, dans l'analyse qui en suivrait, les conditions de succès et les obstacles à des ententes réussies.

L'analyse des cinq cas s'est faite en deux temps. D'abord, nous avons procédé de manière inductive. Ainsi, à partir d'une lecture approfondie des cas, nous avons identifié les différentes conditions de succès qui se dégageaient de chacun, pour laisser poindre du terrain des idées nouvelles. En effet, la littérature sur les partenariats, les ententes et les collaborations entre les organisations est vaste; de nombreuses conditions de succès sont identifiées. Nous souhaitons nous en dégager et partir d'un tableau vierge pour permettre à tous les éléments de l'analyse d'être considérés avec importance, indépendamment de la littérature.

Dans un deuxième temps cependant, nous nous sommes inspirés des cadres de référence issus de la recension des écrits sur les partenariats et collaborations public-privé pour proposer une classification de ces conditions. Cette démarche combinant des approches inductives et déductives a permis de faire émerger certaines conditions de succès des partenariats public-privé qui n'étaient pas apparues de façon évidente dans la littérature jusqu'à maintenant, tout en présentant les données selon une classification largement reprise par la littérature. L'analyse des cinq cas présente donc une liste de conditions de succès des partenariats public-privé qui représente fidèlement la réalité des cinq cas étudiés et qui bonifie à la fois la littérature sur le sujet.

Nous concluons cette recherche par une série de constats généraux et par des recommandations issues de nos observations et des conditions de succès qui ont été identifiées.

Recension des écrits

La recension des écrits réalisée sera rapportée de la façon suivante. Premièrement, nous prendrons un temps pour définir les concepts et clarifier le vocabulaire autour des partenariats. Nous brosserons alors l'historique des partenariats et des ententes entre le privé et le public au Québec en plaçant le tout dans une perspective internationale.

Nous aborderons par la suite les objectifs et bénéfices attendus et réels des partenariats pour converger finalement vers les conditions de succès identifiées dans la littérature. Nous débutons cependant par quelques considérations méthodologiques.

Aspects méthodologiques de la recension des écrits

Pour la réalisation de cette recension des écrits, une première vague d'articles a été sélectionnée d'une recherche dans la base de données ABI/INFORM en utilisant différentes combinaisons des mots du tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Mots utilisés pour le sondage de la base de données ABI/INFORM

(CONDITIONS SUCCES) OBSTACLES (SUCCESS FACTORS) (KEY CONDITIONS) (CONDITIONS FACILITANTES)	PARTENARIAT PPP COLLABORATION ENTENTE AGREEMENT (ARRANGEMENTS MANAGERIAUX) (MANAGERIAL ARRANGEMENTS) PARTNERSHIP (SUPPLIER BUYER RELATIONSHIP) IMPARTITION OUTSOURCING ALLIANCE	(PUBLIC PRIVÉ) (PRIVÉ PUBLIC) (PUBLIC PRIVATE) (PRIVATE PUBLIC) INTERORGANIZATIONAL	SANTÉ HEALTH* HOSPITAL HÔPIT* QUÉBEC
--	--	--	---

D'autres articles ont ensuite été sélectionnés à partir des références et des bibliographies des premiers articles et ainsi de suite, jusqu'à obtention d'une quantité d'information jugée satisfaisante par l'équipe de recherche pour dresser une recension des écrits la plus exhaustive et pertinente possible.

Partenariat : définition et nuances

Les ententes contractuelles entre des entreprises privées et le gouvernement sont très courantes dans tous les secteurs, et ce, dans la plupart des juridictions des pays industrialisés. On recourt souvent à l'appellation « Partenariat Public-Privé » (PPP) pour définir ces ententes. Ce grand parapluie abrite cependant à travers le temps des ententes très variées, autant par la nature des biens ou des services visés ou le modèle d'affaires préconisé, que par la répartition des profits, des risques et des responsabilités entre les parties. On y inclut généralement une multitude

d'arrangements plus ou moins complexes, allant de la sous-traitance à la concession (Mazouz et Belhocine, 2008, p.176). Plusieurs auteurs (Chalmers et Davis, 2001; Muetzelfeldt, 2001; Brinkerhoff, 2002; Rouxel, 2006; Mazouz et Belhocine, 2008; Mazouz, Facal et Viola, 2008; Guzman et Sierra, 2012) ont ajouté leur voix pour définir ce qu'est un partenariat public-privé, tantôt en soulignant l'aspect coopératif (Muetzelfeldt, 2001), l'aspect commercial (Chalmers et Davis, 2001) ou la synergie qui se dégage de cette entente (Brinkerhoff, 2002).

Tous s'accordent cependant pour dire que le partenariat est une entente qui est plus significative qu'un simple contrat de sous-traitance. Le tableau 1 résume les principales différences à noter entre les deux types d'ententes (Aubert et Patry, 2004).

Tableau 2 : Différence entre sous-traitance et partenariat (Aubert et Patry, 2004, p.75)

	Sous-traitance	Partenariat public-privé
Durée de la relation contractuelle	De courte à moyenne	De moyenne à longue : typiquement de 3 à 5 ans; peut aller jusqu'à 30 ans et plus dans les ententes de concession
Responsabilité administrative et financière de l'État pour l'activité	Totale	Partielle
Degré d'autonomie de l'entreprise privée dans la conception de solutions	Limitée	De moyenne à étendue
Risques financiers assumés par l'entreprise privée	Aucun	Selon les cas : d'aucun risque à risque élevé
Rémunération de l'entreprise privée (preneur d'ordres)	Généralement fixe; forfaitaire déterminée dans le contrat	Forfaitaire et variable (selon la performance)
Type de biens ou de services en cause	Standardisés	Personnalisés, sur mesure
Transfert d'actifs et d'employés	Rare	Fréquent : la norme dans plusieurs industries

La notion de partenariat et celle de collaboration sont souvent confondues (Carnwell and Buchanan, 2008). Ce sont pourtant deux concepts distincts où la collaboration est une composante du partenariat bien assumé. On place habituellement la notion de partenariat tout en haut de la hiérarchie des types de relations collaboratives entre organisations.

Cahill (1996) décrit en effet les relations collaboratives entre les organisations comme une pyramide où la relation de base est l'engagement (*involvement*), le second niveau est la collaboration à proprement parler, le troisième niveau est nommé la participation et au quatrième et dernier niveau se trouve le partenariat. Ainsi, le partenariat est une forme plus évoluée que l'engagement, la collaboration ou la participation. Il demeure cependant que dans le secteur public, ces différences sémantiques sont souvent peu respectées et nous retrouvons

souvent les termes entente et collaboration en guise de synonyme de partenariat (Carnwell and Buchanan, 2008).

Après toutes ces nuances, bien qu'aucune définition unique ne soit trouvée, la notion de partenariat public-privé fait fondamentalement référence à l'implication d'au moins une entreprise privée et une organisation publique afin de partager les risques, les ressources, les compétences et les bénéfices en répondant aux intérêts des partenaires, mais également de la communauté (Grant, 1996; Reijniers, 1994).

Giauque (2005, p.20) résume les PPP en quelques points forts utiles :

« Une coopération entre acteurs publics, acteurs privés et, éventuellement acteurs associatifs, au sein de laquelle ces différents acteurs peuvent réaliser leurs propres objectifs, tout en travaillant de manière commune sur la base de synergies potentielles, en partageant responsabilités, chances et risques, sur la base d'un contrat de coopération formalisé. »

Incidentement, on associe aussi plus libéralement la notion de PPP aux grands projets, tels la construction d'hôpitaux, de ponts ou d'infrastructures diverses. Pourtant, une large part des partenariats sont plutôt des ententes visant la prestation de services de diverses natures. En santé, il existe plusieurs ententes de cette nature, mais nous ne disposons pas d'études qui nous permettent de mieux baliser de telles ententes et mettre en place les conditions gagnantes au bénéfice des patients, de la société et des toutes les parties.

Fitzgerald Ramonjavelo (2007) rapporte d'ailleurs dans sa thèse que plusieurs études antérieures ont abordé les mécanismes de coordination à l'interne entre deux organisations du secteur privé ou entre plusieurs organisations publiques, mais qu'il n'existe pas de littérature connue sur les mécanismes de coordination entre une organisation du secteur public et une organisation du secteur privé (Fitzgerald Ramonjavelo, 2007, p.4-5).

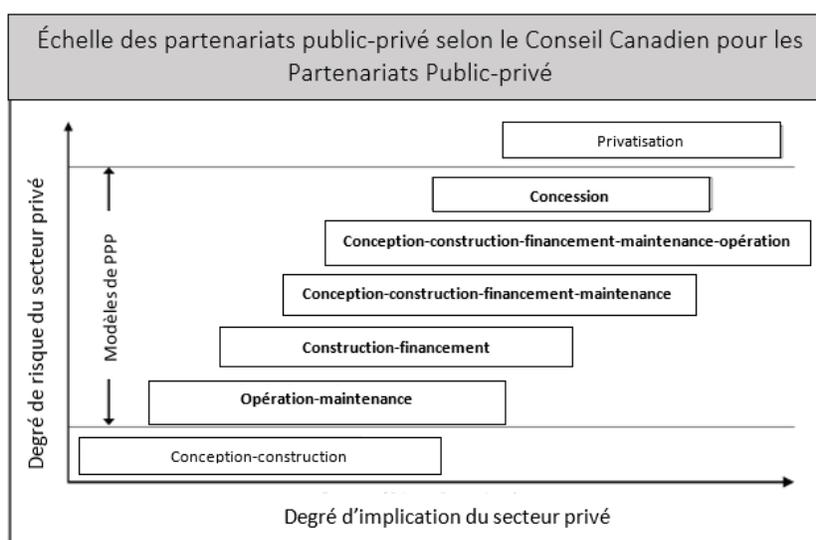
Malgré ce manque de données probantes, partout dans le monde, les ententes entre le public et le privé ont été fortement stimulées à la fin des années 80 et au début des années 90 par le courant que nous appelons le *New Public Management* (Osborne et Gaebler, 1992; Peters et Savoie, 1995 ; Charih et Rouillard, 1997 ; Kaboolian, 1998). Les partenariats public-privé font en fait partie des sept mécanismes privilégiés de réingénierie des gouvernements, aux côtés de la privatisation, de la contractualisation, de la décentralisation, de la rémunération au rendement, du management par résultats et de l'orientation-client (Osborne et Gaebler, 1992; Mazouz et Belhocine, 2008).

Types de partenariat

Entre le modèle de marché public classique (propriété publique et prestation de services par les pouvoirs publics) et la privatisation complète (propriété du secteur privé et prestations de services par le secteur privé réglementé), les possibilités sont presque infinies (Pavola, 2010). Le

Conseil Canadien pour les Partenariats Public-Privé² présente plusieurs modèles de partenariats public-privé basés sur différentes combinaisons des actions suivantes relatives aux projets : financement (*finance*), conception (*design*), construction (*build*), appropriation (*own*), opération (*operation*), maintien (*maintain*). Il propose 5 modèles de partenariats, que l'on peut organiser selon le degré d'implication du secteur privé et le degré de risque pour le secteur privé de la façon suivante.

Tableau 3 : Échelle des partenariats public-privé selon le Conseil Canadien pour les Partenariats Public-privé



Source : site internet du Conseil Canadien pour les Partenariats public-privé

Belhocine, Facal et Mazouz (2005) définissent quatre modèles types de partenariat public-privé. Tout d'abord, ils identifient le modèle classique de l'impartition, où le partenaire public externalise des activités, souvent parce qu'il les juge non stratégiques. Ils identifient aussi l'affermage de type A, où le partenaire privé construit un actif et le loue à l'État, qui l'exploite. Vient ensuite l'affermage de type B, qui s'appuie sur un modèle inverse. Cette fois-ci, le partenaire privé exploite un actif existant, appartenant à l'État, et lui verse un loyer. Finalement, le quatrième type est la concession, dans lequel le partenaire privé construit un actif (ou l'acquiert de l'État pour le rénover ou l'entretenir), l'exploite, puis le cède à l'État au terme d'une entente.

Au Québec, les formes contractuelles possibles entre l'État et ses mandataires prennent principalement deux formes : le contrat de marchés publics, et les ententes spécifiques.

Depuis les années 1960, la majorité des cas d'impartition ou de sous-traitance de services est encadrée par des contrats de marchés publics. Les ententes spécifiques, pour leur part, permettent de confier à un tiers, sous l'autorité d'une administration publique (ministère, organisme gouvernemental, services municipaux), la gestion d'une activité ou d'un service à la

² <http://www.pppcouncil.ca/resources/about-ppp/models.html>, consulté le 5 janvier 2016.

population selon des modalités et des exigences prédéterminées et convenues entre les parties (Bernier, 2005, p.80-81). En particulier, les « ententes 108³ », signées entre le MSSS et certaines organisations pour la prestation de services spécialisés ou dépassant le cadre contractuel de base, entrent dans cette catégorie.

Brève histoire des partenariats public-privé au Québec

Au Québec, l'influence du *New Public Management* se fait sentir vers la fin des années 90. La réforme de la Loi sur l'administration publique fera, en mai 2000, une large part aux principes de gouvernance dictés par ce courant fondateur (Martin et Jobin, 2004). C'est cependant juste avant l'arrivée de la loi que le Bureau des partenariats d'affaires du gouvernement du Québec est mis sur pied, en 1999. Le Bureau définit alors les partenariats d'affaires public-privé ainsi :

« Le partenariat d'affaires public-privé est une entente contractuelle entre des partenaires public et privé qui stipule des résultats à atteindre pour améliorer la prestation de services publics. Cette entente établit un partage réel des responsabilités, des investissements, des risques et des bénéfices de manière à procurer des avantages mutuels qui favorisent l'atteinte des résultats. » (Belhocine, Facal et Mazouz, 2005)

Cependant, le Bureau des partenariats d'affaires du Québec et la réforme de la Loi sur l'administration publique se mettent en place dans un Québec aux avis partagés sur le sujet. À ce propos, Bernier (2005) souligne que « l'attachement de la population [québécoise] aux services publics d'intérêt collectif est un phénomène d'une importance et d'une intensité singulières. Le préjugé favorable, largement partagé, conduisant à l'acceptation de divers mutualismes sous l'autorité de l'État le caractérise par rapport à ce qu'on observe généralement dans les sociétés limitrophes. » (Bernier, 2005, p.80). Par ailleurs, la place du privé dans les services publics et tout particulièrement en santé a toujours été considérée de façon suspicieuse et des efforts importants ont été consentis pour encadrer cette pratique.

Le gouvernement du Québec a d'ailleurs instauré, en 2004, une politique-cadre sur les partenariats publics-privé. Cette politique définissait les PPP en référant à la notion de « contrat » qui pouvait s'appliquer à des projets d'infrastructure ou d'équipement ou encore à la prestation de services aux citoyens et impliquer une participation des entreprises privées au financement.

La politique-cadre présentait les caractéristiques d'un PPP :

- a) un partage optimal des risques en les faisant assumer par le partenaire le plus apte à les gérer ;
- b) une prestation de services basée sur l'atteinte de résultats clairement définis ;
- c) la rémunération du partenaire privé est fonction de la disponibilité des services et de sa performance ;

³ L'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux encadre ces ententes contractuelles conclues entre des entreprises privées (principalement des OSBL) et le MSSS pour la prestation de services spécifiques.

- d) l'autorité publique conserve en tout temps la maîtrise du service et demeure imputable de la prestation du service auprès des citoyens.

En 2004, une nouvelle loi appelée Loi sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec mettait sur pied une agence chargée de contribuer, par ses conseils et son expertise, au renouvellement des infrastructures publiques et à l'amélioration de la qualité des services aux citoyens dans le cadre de la mise en œuvre de projets de partenariats public-privé. Cette loi a été abrégée en 2009 (et l'Agence abolie) pour être remplacée par la Loi sur Infrastructure Québec, créant Infrastructure Québec. Cette dernière loi fut abrégée à son tour et suppléée par la Loi sur les infrastructures publiques en 2013, créant la Société québécoise des infrastructures. On dénote ainsi avec le temps une spécification de l'encadrement gouvernemental pour les partenariats menant à des projets d'infrastructure publique et de nature immobilière, laissant de côté les contrats divers impliquant un partenaire public et un partenaire privé. La politique-cadre publiée en 2004 reste donc le document produit par le gouvernement qui traite de partenariat public-privé dans un sens se rapprochant le plus de la définition de partenariat où nous l'entendons dans cette recension des écrits.

Objectifs et bénéfices attendus des partenariats

Les raisons motivant un partenariat entre le public et le privé et les bénéfices attendus peuvent être variés. Par exemple, selon Aubert et Patry, 2004, le fait que les entreprises privées contrôlent normalement mieux leurs coûts et ont une plus grande capacité à innover que les administrations publiques expliquerait qu'un nombre croissant de gouvernements se tournent vers les partenariats public-privé.

La politique-cadre de l'Agence des partenariats privés-publics du Québec de 2004 énumérait par ailleurs différents objectifs visés par les partenariats public-privé :

- a) l'amélioration de la qualité de la prestation de services aux citoyens par le recours aux avantages offerts par la gestion privée ;
- b) la réduction des délais de réalisation en confiant à un seul partenaire privé l'ensemble des étapes d'un projet (conception, réalisation, exploitation), contrairement au mode conventionnel de prestation de services publics ;
- c) une meilleure gestion des risques en les transférant au partenaire le plus apte à les assumer ;
- d) l'amélioration de la productivité des administrations publiques en introduisant de l'émulation entre le secteur privé et le secteur public et en profitant des retombées des solutions innovatrices du secteur privé.

Aubert et Patry (2004) identifient essentiellement les mêmes objectifs du point de vue du partenaire public que ceux présentés dans la politique-cadre du gouvernement de 2004, mais ils ajoutent aussi le renforcement des capacités des entreprises locales, plaçant ainsi le phénomène des partenariats au cœur de l'activité économique et du développement sociétal.

La politique-cadre adoptée en 2004 identifiait aussi plusieurs avantages et éléments pratiques des partenariats publics-privés. Au chapitre des avantages, on recense six éléments :

- a) le PPP permet au gouvernement d'adopter un contrôle plus rigoureux des coûts de la prestation de services grâce à la détermination des résultats attendus ;
- b) une réalisation d'économies par l'utilisation de solutions intégrées utilisant les innovations ;
- c) le PPP favorise l'innovation en cela qu'elle permet au partenaire privé de rechercher de nouvelles façons de faire grâce au contrat qui laisse une marge de manœuvre;
- d) le PPP facilite la gestion budgétaire dès lors que tous les éléments d'information sont contenus dans le contrat ;
- e) dans certains cas, les projets en PPP peuvent offrir un potentiel de commercialisation de l'excédent, pour le partenaire privé, ce qui du coup réduirait le coût de réalisation pour le partenaire public ;
- f) l'acquisition de nouvelles expertises par les entreprises privées du Québec.

Ceci fait écho aux nombreux avantages à la coopération public-privé identifiés par les analystes dans la littérature. On recense entre autres que dans une économie ouverte, le financement nécessaire pour faire face, par exemple, à une rénovation majeure ou à l'extension d'un équipement collectif (secteur de la santé ou de l'éducation, transport en commun, service des eaux, etc.) peut connaître une croissance significative du fait de la mobilisation de capitaux privés (Padova, 2010). Le recours au secteur privé permet, dans certains cas, des économies d'échelle que les municipalités, même de taille moyenne, ou des organismes gouvernementaux spécialisés ne peuvent espérer atteindre (Woodman, 2006).

L'apport du secteur public pourrait aussi permettre d'accéder plus rapidement aux innovations technologiques résultant de la vigueur de la recherche privée. Toujours selon Aubert et Patry (2004), les entreprises privées ont effectivement une plus grande capacité à innover que les administrations publiques.

La flexibilité du secteur privé dynamise, si elle est utilisée à bon escient, la lenteur des règles de procédure du secteur public, permettant ainsi une meilleure adaptation des moyens aux fins. Cependant, en acceptant de jouer le jeu du partenariat, l'entreprise privée doit accepter d'opérer dans un contexte particulier : elle devra ainsi se plier à de nouvelles exigences de transparence, de reddition de compte et d'écoute des citoyens-consommateurs (Aubert et Patry, 2004).

Par ailleurs, les avantages sont aussi intéressants pour le partenaire privé. Essentiellement, ce dernier veut créer de la valeur pour ses actionnaires ou ses membres, s'il s'agit d'une coopérative. Or, pour les entreprises et leurs investisseurs, les contrats de PPP réussis ouvrent des perspectives de croissance et une capacité à dégager des revenus qui peuvent s'avérer intéressants.

Grâce à un partenariat, l'entreprise acquiert aussi souvent une compétence transférable (le développement de nouvelles habiletés, l'approfondissement de sa connaissance d'un domaine, etc.) qui pourra lui servir ultérieurement ou lui permettre d'envisager d'autres projets. Plus

globalement, le partenariat permet aussi une répartition des risques et peut permettre à des plus petites entreprises de percer des marchés, avec l'aide du public (Aubert et Patry, 2004).

Création de valeur et avantage concurrentiel dans les partenariats

Les ministères et organismes publics ont généralement des mandats larges et multiples. Le développement de compétences aptes à créer de la valeur dans tous les secteurs est souvent utopique. Le rôle fondamental de l'État est de légiférer et de voir au respect des lois et règlements. Les prestations de services, la vente de produits ou la construction d'infrastructures ne sont pas, à la base, ses rôles fondamentaux. Toutes ces tâches peuvent être réalisées par d'autres intervenants de la société, souvent dotés d'une meilleure maîtrise du métier pouvant apporter une valeur ajoutée.

Cette maîtrise du métier passe par l'acquisition de compétences organisationnelles, l'apprentissage et l'investissement en recherche et développement. Lorsque l'entreprise est efficace, ces investissements en recherche et développement peuvent se traduire par une meilleure maîtrise des coûts et une capacité à innover marquée (Aubert et Patry, 2004).

Par ailleurs, l'entreprise privée, contrairement à l'entreprise publique, a l'aiguillon de la concurrence pour maintenir ces avantages concurrentiels, car autrement, elle disparaîtra du marché. Pour Mascarenhas et coll., ces avantages concurrentiels reposent sur des compétences organisationnelles qui peuvent être de trois ordres : (1) la maîtrise d'une ou de plusieurs compétences techniques (2) la maîtrise d'un processus ou l'intégration de compétences techniques et (3) les capacités relationnelles (Mascarenhas *et coll.*, 1999).

Les entreprises privées auront intérêt à combiner ces compétences organisationnelles pour pérenniser leurs relations d'affaires, tout particulièrement dans un contexte de partenariat. En effet, ce ne sont pas simplement les compétences d'ordre technique qui procureront un avantage durable. Ce type de compétences peut être facilement imité, copié ou interchangeable. La capacité du partenaire privé à gérer un processus ou à maîtriser les dimensions relationnelles stabilise la relation d'affaires et la rend singulière. La présence d'un processus bien rodé ou encore la confiance partagée vont être souvent des éléments forts dans le choix d'un partenaire et dans la pérennité de leur relation.

De plus, la maîtrise des processus ou l'établissement d'un lien relationnel fort fait en sorte que le coût d'opportunité, pour le partenaire public, de changer pour un autre partenaire est très élevé (Gadiesh et Gilbert, 1998). Corollairement, rapatrier à l'interne des services préalablement externalisés est aussi difficile. Les compétences techniques et la maîtrise du processus sont souvent à rebâtir.

D'un point de vue stratégique, il pourra aussi être avantageux pour un entrepreneur privé de prendre en charge un service ou un mandat, même à perte, dans la perspective d'accéder à d'autres segments de services plus lucratifs (Gadiesh et Gilbert, 1998). On prendra, par exemple, en charge l'exploitation d'une infrastructure pour accéder au contrat de construction ou aux activités de maintenance.

Ainsi, pour sécuriser et pérenniser leurs partenariats avec le public, les entreprises privées auront intérêt à miser sur des processus intégrés, à axer sur le relationnel et à offrir une expérience bien fluide et « sans couture » à leur vis-à-vis du public.

Critères pour la mesure du succès des partenariats public-privé

La notion de succès est un concept ambigu, englobant et multidimensionnel dont la définition est contextuelle (Ika, 2004). On s'aperçoit rapidement que les écrits de la littérature confondent le concept de succès d'un projet avec d'autres notions telles que performance, efficience et efficacité (Belout, 1998).

De façon classique, on considère qu'un projet est un succès s'il respecte les contraintes de délais, de coûts et de qualités imposées. Ces trois contraintes se font parfois appeler « triple contrainte » (*triple constraint*), « triangle d'or » ou « triangle magique » en gestion de projets. Cette triple contrainte ne suffit cependant pas à définir le succès d'un projet. « Certains projets ayant dépassé une, voire plusieurs de ces contraintes, se sont révélés être, a posteriori, de vrais succès et inversement, des projets respectant scrupuleusement ces contraintes se sont révélés être des échecs cuisants » (Rouxel, 2006, p.36).

Même si la littérature ne s'entend pas sur les critères pour évaluer le succès, il existe tout de même des convergences entre les critères identifiés par les auteurs du domaine. Selon Diallo et Thuillier (2002; 2004), ces critères sont :

- le respect des trois contraintes traditionnelles (coût, délai, et qualité);
- la satisfaction du client;
- la satisfaction des objectifs énoncés dans le cadre logique;
- la « durabilité » des impacts;
- la capacité institutionnelle ou organisationnelle créée par le projet dans l'organisation;
- la rentabilité financière (pour les projets productifs), économique ou sociale (pour les interventions publiques); et
- le caractère innovateur (des extrants ou du processus de conception ou de management).

Malgré les divergences d'opinions entre les auteurs sur les critères de succès et l'importance contextuelle pour interpréter ce succès, les auteurs s'accordent cependant sur l'existence même des facteurs critiques de succès (Rouxel, 2006).

Facteurs de succès des partenariats

Il est difficile de déterminer une liste définie de facteurs-clés de succès des partenariats. De nombreuses raisons rendent difficile la généralisation de ces facteurs de succès. Parmi celles-ci, il faut noter que le succès est souvent contextuel. Par ailleurs, la perception du succès en tant que tel et des conditions qui ont mené à ce succès vont varier d'un intervenant à l'autre (Hoffmann et Schlosser, 2001; Diallo et Thuillier, 2004). En effet, il n'est pas rare de constater au sein d'une même organisation que les répondants ont des divergences sur l'identification des facteurs-clés de succès (Fitzgerald Ramonjavelo, 2007).

Cette mise en garde faite, il demeure que plusieurs lieux communs se dessinent lorsqu'on recoupe les propositions des différents auteurs qui ont contribué à enrichir cette discussion. Nous reconnaissons d'emblée la contribution d'Aubert et Patry (2004) qui proposent de classer les facteurs-clés de succès en trois catégories : « ceux qui touchent à la conception des partenariats, ceux qui ont trait à leur mise en œuvre et à la difficile transition qu'ils entraînent bien souvent et finalement, ceux qui concernent la gestion de la relation contractuelle ». (Aubert et Patry, 2004, p.80).

Cette division temporelle fait aussi écho aux travaux de Préfontaine, Ricard et Sicotte (2002) qui notent qu'il existe un processus itératif d'apprentissage de la collaboration qui se divise en trois phases (préprojet, démarrage, stabilité), à ceux de Slevin et Pinto (1988) qui ajoutent à une division semblable une phase de clôture du projet, ainsi que les travaux plus récents de Fitzgerald Ramonjavelo (2007) qui propose aussi trois phases : (1) Conception, (2) Planification et (3) Exécution. Nous étayerons, à partir de la nomenclature d'Aubert et Patry (2004), les principaux facteurs de succès identifiés dans la littérature.

1. Facteurs de succès relatifs à la conception du partenariat

Dans une perspective de positionnement stratégique, Préfontaine, Ricard et Sicotte (2002) soulignent que la phase de conception (ou de préprojet, pour reprendre leur terminologie) représente une période d'approvisionnement mutuel des partenaires et une étape où les différents scénarios seront élaborés et étudiés. C'est aussi l'occasion pour le partenaire privé de se démarquer face à ses concurrents et de [démontrer la maîtrise supérieure du dossier](#). C'est d'ailleurs cette maîtrise qui sera souvent un élément déterminant dans la sélection de la soumission retenue. Réciproquement, le partenaire public a la responsabilité de [clarifier les attentes et des objectifs du partenariat](#) (Aubert et Patry, 2004).

Cette première phase sera couronnée de succès dans la mesure où le projet envisagé est légitime. « La [légitimité du projet](#) constitue également un facilitant à l'intégration des parties en suscitant la convergence des intérêts de tous vers «une mission commune et partagée» (Préfontaine, Ricard et Sicotte, 2002, p.13). Cette légitimité est obtenue à travers différents facteurs qui tiennent à la fois du partenaire public et du partenaire privé.

McKinnon (2010) rapporte en particulier que « la [démonstration d'intérêts communs](#) semble essentielle à la réalisation d'un projet partenarial. Ces intérêts doivent se traduire dans une mission et des objectifs partenariaux négociés et partagés (Boutin et Le Cren, 2004; Lamoureux, 1994; Panet-Raymond, 1991; Pistis et coll., 2004) ». Ces objectifs partenariaux doivent être précis et compris de toutes les parties dès le départ. « Cette clarification en début de relation permet non seulement une meilleure planification des activités à réaliser, mais également de répartir les rôles et les responsabilités de chaque partenaire » (Fitzgerald Ramonjavelo, 2007, p.64-65).

Plus spécifiquement, une [orientation vers les clients](#) doit être tangible de la part des parties. « La tendance va vers une approche «orientée client» qui devient souvent la principale préoccupation des équipes de projet. Écouter les attentes des clients et les réaliser constituent un gage pour le succès du tout projet. » (Fitzgerald Ramonjavelo, 2007, p.59-60). Cette réalité est

particulièrement valable dans le secteur de la santé où l'engagement des parties prenantes est très difficile à développer si des doutes subsistent sur les intentions du partenaire privé en trait avec son dévouement à la cause des patients ou des usagers.

Bien que le facteur de la [création de valeur sur une base pérenne](#) ne soit pas formellement identifié dans la littérature, on le retrouve en filigrane dans plusieurs écrits. En particulier, Aubert et Patry (2004) mettent en garde contre la règle du plus bas soumissionnaire : « Il ne suffit pas de chercher le plus bas soumissionnaire : il faut découvrir le partenaire d'affaires qui dégagera la meilleure solution, quant à la valeur, sur la durée totale de l'entente » (Aubert et Patry, 2004, p.82). Possiblement, il faut aussi ajouter que l'expérience des partenariats réussis s'inscrit dans une logique de création de valeur sur le long terme où le partenariat crée de façon unique la valeur. Pour paraphraser Réal Jacob⁴ : « Le partenariat doit faire en sorte que ce ne soit pas simplement $1 + 1 = 2$ mais bien $1 + 1 = 3$ ». Pour favoriser cette création de valeur, le partenariat doit idéalement s'inscrire dans la durée pour permettre aux partenaires de s'approprier et de construire ensemble dans une perspective d'avenir commun. Les ententes à long terme vont aussi permettre des investissements qui pourront être amortis sur de plus longues périodes (CE, 2003).

La [confiance](#) constitue un autre facteur identifié dans la littérature sur les PPP. Aubert et Patry (2004) ont relevé la mise en place d'une relation de confiance comme préalable et condition nécessaire pour la performance d'un PPP.

« La confiance est fondée sur les attentes et les comportements des individus qui se manifestent dans les relations interpersonnelles. En fait, l'acteur présume de la bonne volonté des individus à agir conformément aux attentes qui, dans le cas d'un partenariat, se traduit par des comportements collaboratifs et non opportunistes (Das et Teng, 1998). Selon Reed (2001), la confiance est une forme particulière d'interactions sociale, contextuelle et réciproque, dans laquelle l'acteur s'engage par l'expression de sa foi en l'intégrité morale et la bonne volonté de l'autre. Ces relations sont régies par un système de règles et de valeurs que les acteurs s'engagent à respecter. Ainsi, pour Huxham et Vangen (2003), la confiance serait un mécanisme de coordination mieux adapté à des partenariats plus reliés à des problématiques sociales, c'est-à-dire des collaborations qui valorisent le processus et qui sont moins basées sur des relations contractuelles. Bref, la confiance est un lubrifiant dans les relations entre les acteurs et entre les organisations (Bachmann, 2003) » (McKinnon, 2010, p.24)

Comme le souligne Fitzgerald Ramonjavelo (2007, p.201-202), « La confiance, souvent relevée comme substitut aux lacunes et à l'incomplétude du contrat sur lequel se fonde tout PPP, est l'élément le plus difficile à acquérir, car elle ne se décrète pas, mais se mérite et c'est avec l'instauration de ce climat de confiance que la voie du succès est tracée. » L'auteur identifie

⁴ Réal Jacob est professeur titulaire à HEC Montréal. Ayant travaillé de façon rapprochée avec des réseaux d'innovation au Québec et ailleurs, il est bien au fait des partenariats réussis. Il a employé cette image à de multiples reprises.

d'ailleurs la confiance comme un facteur déterminant du succès des partenariats, selon l'étude rapportée.

Incidemment, Préfontaine, Ricard et Sicotte, (2002) ont fait ressortir dans leur étude que la confiance se construit et que le [respect mutuel](#) s'établit sur la base de l'expertise de l'autre :

« Les projets de collaboration suscitent donc en premier lieu un choc des cultures lié en partie aux intérêts divergents des partenaires. Ces divergences se résorbent d'abord par le développement de relations interpersonnelles et professionnelles entre les participants. Dans presque tous les projets étudiés, les partenaires se sont «apprivoisés» avant même que les projets ne débutent, souvent au cours de la réalisation d'avant-projets qui auront facilité la collaboration. Lors de ces premières expériences communes, les partenaires développent un respect mutuel basé principalement sur la reconnaissance de l'expertise de l'autre. » (Préfontaine, Ricard et Sicotte, 2002, p.13)

On note aussi au cours de la phase de conception l'importance de l'équité dans tous les aspects du partenariat. Cette équité se manifeste dans le [partage des gains et des risques](#). Il est important que chaque partenaire trouve son compte dans le partenariat et que l'entente demeure avantageuse pour les deux parties. Cependant, équité ne veut pas dire égalité. Les partenariats sont contextuels. Par exemple, une organisation pourrait s'engager dans un partenariat moins profitable, en souhaitant consolider une expertise et se servir de cette entente comme un terrain d'apprentissage. Il se peut que l'une ou l'autre des parties gagne davantage que ce que les autres avaient escompté d'entrée de jeu, « mais il faut résister à la tentation, souvent présente dans le secteur public, de chercher à équilibrer « parfaitement » les gains entre les parties » (Aubert et Patry, 2004, p.80)

Corollaire aux gains, les risques encourus sont aussi à mettre dans la balance pour juger de l'équité du partenariat. « Plus le risque commercial associé au partenariat sera élevé, plus l'État devra accepter que l'entreprise exige un rendement *a priori* élevé de ses investissements. » (Aubert et Patry, 2004, p.80)

De par leur focalisation et leur exposition à un environnement concurrentiel, les entreprises privées ont souvent une meilleure estimation de leurs coûts et des vecteurs qui induisent ces coûts. Ceci représente en tant que tel un avantage recherché par les partenaires publics dans certains secteurs où les coûts sont non contrôlés et constitue aussi un avantage du partenaire privé dans la négociation.

Finalement, dans la phase de conception, on notera l'importance d'assurer une [répartition efficace des responsabilités](#). Si l'investissement financier et les risques assumés du partenaire privé sont grands, une plus grande autonomie de gestion doit lui être accordée. L'efficacité repose aussi sur la confiance mutuelle des partenaires, car les vérifications et contre-vérifications sont consommatrices de temps et de ressources et n'ajoutent pas de valeur pour les clients.

Incidentement, la répartition efficace des rôles est conditionnelle à la clarification des objectifs en début de relation. Ainsi, on permettra non seulement une meilleure planification des activités à réaliser, mais également une répartition plus adéquate des rôles et les responsabilités de chaque partenaire (Aubert et Patry (2004; Fitzgerald Ramonjavelo, 2007).

2. Facteurs de succès relatifs à la mise en œuvre du partenariat

Comme le soulignent Préfontaine, Ricard et Sicotte, (2002), la première année, ou phase de démarrage, en est souvent une de conflits et de grandes difficultés. Les difficultés à surmonter sont en effet nombreuses. Des enjeux de nature stratégique, juridique ou politique se posent invariablement, surtout lorsqu'il s'agit d'une entente originale. Par ailleurs, il faut mettre en place les processus et gérer les enjeux financiers, humains, organisationnels. Au fil de la compréhension du mandat, les partenaires apprendront à surmonter ces enjeux en apprenant à travailler en commun et en mettant en place des mécanismes de prise de décision et de résolution des conflits.

À cette étape, le *développement d'un langage commun* constitue un facteur de succès des partenariats intersectoriels évoqués dans la littérature (McKinnon, 2010). La construction d'un langage commun est essentielle à la bonne communication et à l'établissement d'un objectif partenarial négocié et partagé (Huxham et Vangen, 1996) puisqu'au départ, il peut exister des différences de langage entre les partenaires qui proviennent de différents secteurs. Shaw (2003) avance même qu'il doit exister une adéquation des cultures.

Facteurs de succès d'ordre financier

Plusieurs facteurs de succès identifiés au cours de la phase de mise en œuvre s'inscrivent dans la continuité des facteurs de succès déjà engagés dans la phase de conception. Les facteurs d'ordre financier sont au nombre de ces éléments qui détermineront le succès du partenariat. En particulier, il est important que *chacun trouve son compte* dans le partenariat pour assurer la pérennité et le succès. « L'expérience montre clairement que la durabilité d'un partenariat public-privé est sérieusement menacée lorsque l'un ou l'autre des partenaires ne trouve pas son compte dans ce ménage à trois [les deux organisations et le client], quelle que puisse être l'entente contractuelle définissant le partenariat » (Aubert et Patry, 2004, p.75).

À travers les négociations qui auront cours au long de cette phase de mise en œuvre, une forme d'*autonomie des partenaires* doit aussi subsister, et ce, malgré l'importance de l'interdépendance des ressources dans le projet partenarial. L'autonomie des organisations est essentielle afin de préserver l'égalité dans la relation partenariale (McKinnon, 2010). La survie financière d'une organisation ne doit pas entièrement dépendre du projet partenarial. Autrement dit, les acteurs doivent avoir la latitude de se retirer du partenariat (Huxham, 2003).

Cependant, cette autonomie est aussi assortie d'une responsabilité de *transparence*. Comme le soulignent Aubert et Patry (2004), la transparence « exige également que tout soit révélé : les attentes des autorités publiques, les cibles de performance, les attentes et les engagements des partenaires privés, etc. » (Aubert et Patry, 2004, p.82).

Une *évaluation précise et rigoureuse des activités et des coûts* représente aussi un gage de succès. « Pour procéder à cette évaluation, il est essentiel d'effectuer une analyse comparative des coûts de prestation des services [...] Une telle analyse n'est pourtant possible que lorsque l'on connaît les coûts réels de prestation de services, ce qui, malheureusement, est rarement le cas dans le secteur public. » (Aubert et Patry, 2004, p.82).

Facteurs de succès d'ordre humain et politique

Les facteurs d'ordre humain et politique sont aussi des éléments fondamentaux à réunir pour assurer le succès de la mise en œuvre des projets. Tout d'abord, la posture stratégique des projets doit être assurée. Elle passe nécessairement par un *appui clair des dirigeants politiques et de la haute direction*. « Sans un appui net et solide des plus hautes instances politiques, les maîtres d'œuvre des partenariats public-privé ne pourront amener les changements désirés » (Aubert et Patry, 2004, p.82). En continuité, la haute direction doit aussi appuyer l'initiative et lui donner le soutien nécessaire et la priorité adéquate pour motiver les participants et pour aplanir les difficultés financières, structurelles, géographiques ou culturelles (Préfontaine, Ricard et Sicotte, 2002; Aubert et Patry, 2004; Fitzgerald Ramonjavelo, 2007).

L'*égalité des partenaires* dans le processus de prise de décision est aussi identifiée comme un facteur de succès. Cela renvoie à l'établissement d'une relation non hiérarchique où les partenaires traitent d'égal à égal (McKinnon, 2010).

Le succès du partenariat sera aussi conséquent de la *qualité des ressources humaines impliquées* de part et d'autre dans l'aventure (Aubert et Patry, 2004) et de la *compétence de l'équipe de projet* (Préfontaine, Ricard et Sicotte, 2002). Pour se faire, il faut, d'une part, que le gouvernement assigne des répondants et des gestionnaires disposant de l'expertise adéquate pour assurer la gouvernance du partenariat. D'autre part, l'entrepreneur privé doit aussi disposer de l'expertise adéquate pour assurer la négociation, la mise sur pied et la gestion courante du partenariat. Il peut même être du ressort du partenaire étatique de soutenir la formation des personnels du partenaire privé en partageant ses compétences au niveau des partenariats. Les partenariats innovants doivent souvent tracer le sillon dans la redéfinition des tâches et d'une part et d'autres, les intervenants devront réapprendre de nouveaux rôles et responsabilités.

Par ailleurs, les partenariats entraînent souvent des bouleversements importants pour les travailleurs. Il est possible que des pertes d'emploi soient aussi à envisager. Dans tous les cas, des modifications aux conditions de travail ou aux tâches effectuées sont à prévoir. La transparence doit aussi régner à ce sujet. « [...] il est par conséquent souhaitable que les gouvernants rendent, au départ, explicites les règles du jeu pour les travailleurs en cause. » (Aubert et Patry, 2004, p.82). Plus largement, le succès du partenariat reposera sur le *respect des droits des travailleurs* dans la gestion de la communication, mais aussi dans tout le processus de transformation. Fitzgerald Ramonjavelo (2007) suggère aussi l'*implication des employés* dans le processus de décision.

Préfontaine, Ricard et Sicotte (2002) identifient plus spécifiquement la *présence de champions* (l'un exécutif et l'autre opérationnel) pour mener à bon port le partenariat. « Le champion exécutif gère les enjeux politiques reliés au projet alors que le champion opérationnel assure le

leadership du projet lui-même » (Préfontaine, Ricard et Sicotte, 2002, p. 17). L'importance de l'implication d'un champion est aussi soulignée par (Fitzgerald Ramonjavelo, 2007).

3. Facteurs de succès relatifs à la gestion de la relation contractuelle du partenariat

Une fois le démarrage du partenariat engagé, la relation entre les partenaires se stabilise. On espère que la confiance mutuelle s'établit. À ce stade, le recours à la hiérarchie est de moins en moins fréquent et la relation de collaboration suffit souvent pour régler la majorité des dissensions. (Préfontaine, Ricard et Sicotte, 2002, p.16)

Cependant, la compréhension mutuelle du mandat sera inévitablement amenée à évoluer au cours de l'exécution du contrat. Il y aura toujours des éléments imprévus dans l'entente originale ou des éléments qui se préciseront au fil de l'exécution du contrat.

« [...] l'entente contractuelle constitue le point d'ancrage de la relation entre les partenaires, mais elle n'est pas suffisante pour assurer une coopération durable. [...] La gestion des ententes de partenariat public-privé est complexe pour plusieurs raisons : elle implique que des partenaires issus de cultures administratives différentes apprennent à se connaître, elle doit composer avec les risques et les incertitudes que des ententes à long terme ne peuvent éliminer en prévoyant tous les cas de figure au moment de la conclusion de l'entente, et elle pose la nécessité de combiner l'engagement des parties sur certaines dimensions avec leur volonté de négocier sur d'autres dimensions. » (Aubert et Patry, 2004, p.84)

Ainsi, la mise en place d'une [régie efficace de l'entente](#) est essentielle. Elle permettra de discuter des enjeux et de voir à trouver des solutions. Idéalement, cette structure sera déjà pensée au contrat et des règles d'arbitrage seront énoncées pour baliser les processus de fonctionnement. Parallèlement, des [outils de gestion](#) doivent être mis en place et tenus à jour pour assurer la gouvernance, la gestion de la performance et des risques, ainsi que la conduite opérationnelle.

« Mesures de performance, tableau de bord de gestion, balisage concurrentiel, audits opérationnel et financier, conception de mécanismes de résolution des conflits, etc., devront être mis au point ou adaptés d'ententes de partenariat semblables afin de permettre aux gestionnaires des ententes de suivre adéquatement l'évolution de celles-ci. » (Aubert et Patry, 2004, p.84).

Dans tout le discours sur les partenariats, la notion de [communication](#) est omniprésente. La communication réfère au partage, tant formel qu'informel, d'informations importantes, et ce, en temps réel entre les organisations (Fitzgerald Ramonjavelo, 2007). Comme l'ont souligné Préfontaine, Ricard et Sicotte (2002), la communication se doit d'être fréquente entre les partenaires pour pouvoir coordonner au jour le jour les activités à réaliser. « Ce sont, plus particulièrement, les premières expériences de collaboration entre les partenaires qui déterminent celles à venir et permettent la construction d'une relation de confiance » (McKinnon, 2010).

Cette communication pourra être enchâssée dans des mécanismes formels pour assurer la coordination et le partage des informations. L'existence de [mécanismes de coordination](#) fait référence à l'adoption de conduites et de pratiques appliquées à la gestion de projet avec des plans, des échéanciers et un budget à suivre et à respecter ainsi que la tenue de fréquentes réunions pour assurer l'efficacité de la relation. (Fitzgerald Ramonjavelo, 2007). Les mécanismes de coordination peuvent s'établir à différents niveaux (opérationnel, tactique ou stratégique) ou viser des thèmes ou des secteurs particuliers.

Finalement, Fitzgerald Ramonjavelo (2007) établit un construit intéressant issu de plusieurs éléments mentionnés jusqu'à présent. Il nomme ce facteur la [capacité partenariale](#). Celle-ci serait le fruit de la convergence entre la communication, l'existence de coordination et la confiance. Pour l'auteur, « Les résultats analysés démontrent hors de tout doute que la réussite des PPP est basée en grande partie sur la capacité des partenaires à se faire confiance, à se coordonner et à communiquer » (Fitzgerald Ramonjavelo, 2007, p.200).

L'omnipotence du construit « capacité partenariale » dans les cas analysés par l'auteur en fait, à ses yeux, le facteur le plus important pour assurer le succès d'un PPP. Il ajoute que les facteurs de clarté des objectifs, l'implication des employés, la formation et la compétence de l'équipe de projet et la présence d'un champion complètent la liste des cinq critères jugés les plus significatifs pour atteindre les objectifs du partenariat (Fitzgerald Ramonjavelo, 2007, p.200).

Cas de gestion

Cinq ententes entre un partenaire privé et un partenaire public ont été étudiées dans le cadre de cette recherche. La sélection des organisations étudiées s'est faite par appel de candidatures. Ce dernier, publié en avril 2015 par le biais du CEPSEM à ses organisations membres, mettait l'accent sur la recherche d'organisations ayant déjà réalisé un ou plusieurs partenariats ou collaborations avec le réseau public et ayant des leçons à partager. La sélection des entreprises réalisée devait privilégier des configurations variées de partenariat pour maximiser les apprentissages. Cinq organisations ont proposé leur candidature et ont été retenues :

- Groupe Santé Arbec
- Institut de l'oeil des Laurentides
- Centre La Traversée
- Stevens
- Hôpital de réadaptation Villa Medica

La collecte d'information pour la rédaction des cas de gestion a été effectuée à travers l'analyse de documentation des organisations (ententes de partenariat, chartes de projets et autre documentation produite dans le cadre de la collaboration étudiée) et d'entrevues semi-dirigées. Pour chaque organisation, le partenaire du milieu public a aussi fait partie du protocole de recherche afin d'étudier le partenariat en dyade.

Les principaux acteurs des cinq partenariats étudiés ont ainsi été rencontrés afin d'identifier la nature du partenariat mis en place, les principales activités réalisées pour créer le partenariat, les enjeux rencontrés, les facteurs-clés de succès et les apprentissages de cette expérience. Le canevas d'entrevue utilisé se trouve en Annexe 2 du rapport. En d'autres termes, les perceptions de plusieurs acteurs autant du public que du privé ayant joué un rôle en amont ou dans la réalisation du partenariat ont été colligées afin de recueillir un portrait juste des expériences vécues. Cette approche en dyade a donc permis d'investiguer ces partenariats du point de vue des entreprises privées, mais aussi selon la perspective du public et de l'intérêt de la population.

Pour chaque collaboration étudiée, en moyenne 6 entrevues d'environ une heure ont été réalisées. Au total, 31 entrevues ont été menées. Les cinq cas ont ensuite été rédigés par l'équipe de recherche, puis validés tour à tour par les intervenants interviewés. Ceux-ci ont pu apporter des informations complémentaires et proposer des ajustements ou corrections, au besoin.

Il est important de noter que dans le contexte actuel de la restructuration du réseau de la santé, entrainé par la mise en œuvre de la loi 10, il a été très difficile de retracer et d'interviewer les répondants des partenaires publics, certains ayant pris leur retraite et plusieurs ayant changé de fonctions. Nous avons tout de même insisté et relancé les acteurs pertinents pour avoir un portrait équilibré de la situation.

Comme l'analyse le dévoilera, ces cas sont tous à des degrés divers de succès. Toutes ces ententes ont obtenu du succès sur le plan de la livraison des services attendus. Pour l'essentiel, les

contraintes ont été respectées et les délais impartis aussi. Cependant, il est intéressant d'analyser les ressentis des intervenants afin d'apprécier la vigueur des partenariats, leur viabilité et la création de valeur dans une perspective de pérennité.

Chaque cas est résumé en quelques lignes dans la présente section. Les cas en version longue se retrouvent en annexe au document.

GRUPE SANTÉ ARBEC

Collaborer en maximisant la valeur pour l'utilisateur

Groupe Santé Arbec est une entreprise privée possédant plusieurs ressources d'hébergement privées et privées conventionnées.

En 2013, Groupe Santé Arbec s'allie avec Médifce pour répondre à un appel d'offres lancé par l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Lanaudière (ASSS) pour l'ouverture d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) privé. Groupe Santé Arbec, jouissant d'une bonne réputation dans son milieu, et en collaboration avec Médifce, propose une offre de services innovante. Groupe Santé Arbec remporte le concours pour le CHSLD de Terrebonne, basé non pas sur le critère du plus bas soumissionnaire, mais sur la performance (rapport qualité/coût).

Peu de temps après, l'entreprise remporte un second concours pour un CHSLD à Repentigny, suivant la même formule basée sur la performance. La construction des deux établissements se fera de manière simultanée, dans un délai d'une dizaine de mois.

Groupe Santé Arbec et Médifce veilleront entre autres au développement de milieux de vie sains pour la clientèle et agréables pour le personnel, en se basant notamment sur les données probantes et sur les avis récoltés auprès de différents intervenants (employés et gestionnaires) du public et du privé. Plusieurs comités de coordination réunissant des intervenants de l'entreprise privée, mais aussi leurs vis-à-vis des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de l'ASSS seront aussi mis sur pied pour soutenir la construction et préparer le transfert de la clientèle au moment de l'ouverture, permettant de répondre au fur et à mesure aux difficultés vécues et enjeux rencontrés. En effet, le transfert des usagers vers ce nouveau milieu de vie est un enjeu majeur, en raison de la précarité de leur état de santé et une planification rigoureuse permettra d'éviter les écueils.

Le partenariat, d'une durée de 20 ans est toujours en cours aujourd'hui; les deux CHSLD privés gérés par Groupe Santé Arbec et Médifce, pour la portion bâtiment, font désormais partie du réseau territorial des Lanaudière. Enfin, le partenariat est jugé un succès de part et d'autre.



INSTITUT DE L'ŒIL DES LAURENTIDES

Regard sur la performance

L'Institut de l'œil des Laurentides (IOL) a été fondé en 2010 par cinq ophtalmologistes de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme dans un contexte où les besoins en ophtalmologie de la région excèdent de loin la capacité de l'Hôpital régional de St-Jérôme. Peu de temps après la fondation de l'IOL, l'Hôpital ferme les portes de son département d'ophtalmologie pour une durée de deux ans, le temps de rénovations majeures.

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, l'Institut de l'œil des Laurentides et l'Hôpital régional de Saint-Jérôme nouent un premier partenariat prévoyant que l'IOL assurera les services ophtalmologiques pour les patients de la région des Laurentides aux frais de l'hôpital, pour une période donnée. Rapidement, la différence des rythmes de travail entre l'hôpital et l'entreprise posera problème. L'IOL, dont l'organisation est axée sur l'innovation et la performance pour mieux servir les patients, épuisera les listes d'attente à l'intérieur d'un an, faisant du même coup exploser le budget de l'hôpital qui n'avait pas prévu un tel scénario.

La première entente vient à échéance et l'hôpital rapatrie la fonction ophtalmologique à l'intérieur de ses locaux. Elle ne parvient cependant pas à répondre à la demande de la même manière que l'IOL.

Une seconde entente est alors conclue. Cette fois, tirant des leçons de la première entente, l'Hôpital régional de Saint-Jérôme balise et plafonne le nouveau contrat en spécifiant, notamment, des jours où certains services offerts par l'IOL sont gratuits pour les patients (remboursés à l'entreprise par l'Hôpital). Parallèlement à cela, on verra une diminution du montant récolté par l'Hôpital par cas en ophtalmologie, en raison d'une réévaluation du coût des activités réalisée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux. L'entente à très court terme ne permettant pas une révision des montants, l'Hôpital régional de Saint-Jérôme continuera de verser à l'IOL le montant initialement prévu. Cela, ainsi que des difficultés au niveau des communications, créeront certaines insatisfactions de part et d'autre dans ce partenariat. Celui-ci s'avère toutefois un succès du point de vue des services rendus à la clientèle et de l'augmentation de l'accessibilité des services dans la région.

communication
 leadership
 ophtalmologie phare
 optimisation
 hôpital collaboration
 transparence
 innovation
 performance

CENTRE LA TRAVERSÉE

Une transition en douceur au bénéfice des usagers

Le Centre La Traversée, un organisme à but non lucratif, œuvre dans l'hébergement, principalement sur le modèle des ressources intermédiaires, de quatre types de clientèle : déficience intellectuelle, santé mentale, jeunesse et personnes âgées, plus spécifiquement en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Les ressources intermédiaires pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement proposent un milieu de vie « entre-deux », à mi-chemin entre le domicile nécessitant l'autonomie et le centre d'hébergement qui offre des soins continus. Les intervenants de La Traversée constatent un alourdissement des cas, qui nécessiterait plus de soins et de services que ce que peuvent offrir les préposés aux bénéficiaires (PAB), par exemple ceux d'un éducateur spécialisé.

compensation
santé ressource transparence
flexibilité contrat intermédiaire
négociation
collaboration **OBNL**
apprentissage
service

En 2013, l'Association des ressources intermédiaires conclut, en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, une entente nationale encadrant les ressources intermédiaires et stipulant que celles-ci doivent désormais dispenser principalement des services de types soutien et assistance (généralement assurés par des préposés aux bénéficiaires), notamment le suivi des médicaments, l'aide au bain et aux repas.

L'entente nationale en vigueur depuis 2013 prévoit en effet que les autres soins professionnels seront offerts par le CSSS régional. Il n'en demeure pas moins qu'il est plus aisé, notamment, pour des raisons de logistique et de gestion du personnel que la dispensation de ces autres soins professionnels incombe à l'institution dont la clientèle en présente le besoin. Cette compréhension de la situation est partagée par le Centre La Traversée et le Centre de Santé et de Services Sociaux du Cœur-de-l'Île. Pour remédier à cette situation, les deux parties signent une entente afin que les soins professionnels d'un éducateur spécialisé soient dispensés au Centre, sous la gestion du Centre. La relation partenariale entre le Centre La Traversée et le CSSS du Cœur-de-l'Île est donc encadrée d'une part par un contrat de ressource intermédiaire et d'autre part d'une entente 108, lui permettant l'embauche d'un éducateur spécialisé.

L'exécution de cette entente 108, un projet phare dans le contexte, ne se fait pas sans heurts. Mais avec un alignement des objectifs des deux parties, des ajustements de part et d'autre et une coordination régulière, cette collaboration entre l'établissement public et l'OBNL se soldera par un succès pour la clientèle.

STEVENS

Le programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination : service à la clientèle et compensation

En 2014, l'entreprise de distribution de fournitures médicales Stevens, nouvellement installée au Québec, se voit attribuer le contrat du programme d'aide matérielle pour les fonctions d'élimination de l'Agence de la Santé et des Services sociaux (ASSS) de Montréal. Il s'agit d'un contrat de livraison de produits d'incontinence à domicile, réalisé en partenariat avec des intervenants des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) locaux qui doivent assurer, quant à eux, le suivi des usagers à domicile. Avant l'entrée en jeu de Stevens, le fonctionnement du programme était jugé quelque peu chaotique, dans la mesure où les usagers se procuraient les produits d'incontinence eux-mêmes et soumettaient par la suite la facture à l'ASSS pour obtenir un remboursement. En conséquence, l'ASSS devait composer avec une grande multiplicité de produits aux prix variés, ce qui laissait par ailleurs la porte ouverte aux abus et empêchait la tenue régulière d'un inventaire précis sur les habitudes de consommation de ses usagers.

Pour Stevens, ce partenariat est stratégique en ce qu'il permettra à l'entreprise d'asseoir sa réputation comme joueur de poids sur l'échiquier de la fourniture médicale québécoise. Cela représente toutefois un défi de taille qui nécessitera, pour Stevens, de passer du statut de simple fournisseur à prestataire de services auprès d'une clientèle aux prises avec des problèmes d'incontinence. En effet, l'ASSS a aussi imparti à Stevens la fonction de service à la clientèle qui englobe les services. Ce changement d'importance pour les intervenants des CSSS et les usagers a dû passer par une légitimation préalable de Stevens par l'ASSS et par un travail de concert.

Au démarrage du partenariat, l'entreprise québécoise doit d'abord gérer une période de crise de quelques mois lors de laquelle des usagers, insatisfaits de la qualité des nouveaux produits ou déboussolés par le changement, criblent le service à la clientèle d'appels quotidiens. Enfin, au fil de patience et de persévérance, un lien de confiance se tisse entre les employés de Stevens, les intervenants des CSSS, l'Agence qui chapeaute le partenariat et les usagers recevant leurs services. La réussite de ce partenariat reposera sur la capacité de Stevens à faire preuve de flexibilité et de disponibilité et à développer de nouvelles capacités qui le rendra indispensable au réseau public.

Flexibilité
Disponibilité Accompagnement
Résistance Intérêt
Qualité Personnel Usager
Privé Compensation
Communication
Service
Ouverture

VILLA MEDICA

Le guichet de santé physique de Villa Medica : proactivité et transparence

L'Hôpital de réadaptation Villa Medica est un établissement privé conventionné qui offre des services de réadaptation pour différents types de clientèle (ex. : grands brûlés, personnes amputées, retour de chirurgie, réadaptation neurologique).

En mai 2014, l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal lance un appel d'intérêts pour l'ouverture d'un guichet unique de santé physique dans le domaine de la réadaptation à Montréal. L'objectif de ce guichet est d'accueillir et de traiter les demandes en réadaptation du territoire par un seul et même point, qui réacheminera par la suite les demandes à la bonne adresse, selon notamment la disponibilité des lits en réadaptation et la proximité des lieux. Le souhait de mettre sur pied un guichet unique est motivé par plusieurs problèmes liés à l'acheminement et au traitement des demandes de réadaptation en santé physique. En effet, avant l'entente, les Centres de Santé et de Services Sociaux ayant des besoins de réadaptation pour un patient envoient leur demande à plusieurs établissements dans l'espoir d'augmenter les chances d'obtenir une place rapidement pour le patient. Les demandes sont traitées en parallèle, par chaque établissement, causant parfois, en plus d'une perte de temps, plusieurs réponses simultanées, décalées ou encore une absence de réponse.

L'ASSS pose certains paramètres dans l'appel d'intérêt, notamment une enveloppe budgétaire donnée, des heures d'ouverture à respecter et l'exigence de l'embauche d'une infirmière et d'un adjoint administratif pour mener le tout à bien.

Villa Medica, jugeant difficile de respecter l'ensemble de ces demandes dans l'enveloppe budgétaire prévue, propose une formule innovante prévoyant plutôt les services d'archivistes médicaux pour supporter le guichet unique.

innovation

résultats
risque transparence
réadaptation
partenariat
guichet
accès
optimisation
patient
performance

confiance

communication

légitimité

L'Hôpital de réadaptation Villa Medica, fort de son expérience préalable développée grâce au guichet unique AVC et autres neurologies déjà en place dans ses murs, remporte le concours met sur pieds le guichet de santé physique dans sa formule inusitée. Dès ses débuts, l'organisation doit composer avec des enjeux de confiance de la part des autres acteurs du réseau avec qui il transige, soit le CSSS et les autres établissements de réadaptation, dû à son double rôle (à la fois guichet d'accès et établissement dispensateur des soins). Mais Villa Medica joue de transparence afin de diminuer les appréhensions et d'établir la confiance auprès de ses différents partenaires. Somme toute, l'appui de l'ASSS, ainsi que la flexibilité et la compensation démontrées par Villa Medica contribueront au succès du projet au cœur du partenariat.

Analyse

En combinant la recension des écrits et les observations et propos recueillis sur le terrain, nous avons procédé à l'analyse des cas à l'étude. Nous structurons cette analyse des conditions de succès et obstacles aux partenariats entre le public et le privé autour de la recension des écrits. De plus, nous faisons aussi ressortir les éléments qui nous semblent apporter un nouvel éclairage à la conduite réussie des partenariats entre le public et le privé. Ainsi, nous identifions au fil de l'analyse les conditions de succès qui ont été pointées dans la littérature, mais qui ne semblent pas avoir été mentionnées par nos répondants comme un facteur de succès ou une difficulté identifiée dans leur expérience de partenariat.

Le tableau 4 (page suivante) résume l'ensemble des facteurs de succès qui ont été identifiés dans la littérature, auxquels nous avons ajouté les éléments nouveaux identifiés dans l'analyse (en soulignés). Dans cette section du document, chacune des conditions de succès identifiées dans ce tableau est reprise dans le texte pour être sommairement discutée et illustrée avec des éléments des cas. Il est à noter que nous n'avons sélectionné que les exemples et anecdotes les plus illustratives. Dans bien des situations, la condition de succès peut être identifiée dans les cinq cas étudiés. Cependant, nous limitons les illustrations aux éléments les plus parlants. Ces illustrations sont toujours présentées en suivant l'ordre des résumés des cas présentés dans la précédente section et non par ordre d'importance, dans un souci de repérage et pour faciliter la navigation du lecteur à travers l'information. Nous commençons donc notre exploration par les facteurs de succès relatifs à la conception du partenariat.

Tableau 4 : Facteurs de succès des partenariats : éléments issus de la revue de littérature et éléments émergents de l'analyse des cas

Facteurs de succès des partenariats : éléments issus de la revue de littérature et éléments émergents de l'analyse des cas
1. Facteurs de succès relatifs à la conception du partenariat
<ul style="list-style-type: none"> • La maîtrise supérieure du dossier • La clarification des attentes et des objectifs du partenariat • La reconnaissance de la légitimité du besoin au cœur du partenariat • La démonstration d'intérêts communs : le client au centre des préoccupations de tous <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientation vers les clients • La confiance • Le respect mutuel • La création de valeur <ul style="list-style-type: none"> ○ Un appel d'offres basé sur la valeur ○ Une entente à long terme • <u>La capacité d'innovation</u>
2. Facteurs de succès relatifs à la mise en œuvre du partenariat
<ul style="list-style-type: none"> • Le développement d'un langage commun • <u>La densification du partenariat</u>
2.1 Facteurs de succès d'ordre financier
<ul style="list-style-type: none"> • La répartition équitable des bénéfices et l'autonomie financière • <u>La prise de risques des partenaires</u> • <u>La flexibilité des partenaires</u> • La transparence des données • L'évaluation précise et rigoureuse des activités et des coûts
2.2 Facteurs de succès d'ordre humain et politique
<ul style="list-style-type: none"> • L'appui clair des dirigeants politiques et de la haute direction • L'égalité des partenaires • La qualité des ressources humaines impliquées • Les compétences de l'équipe de projet • La présence de champions • Le respect des droits des travailleurs • L'implication des employés
3. Facteurs de succès relatifs à la gestion de la relation contractuelle
<ul style="list-style-type: none"> • Une régie efficace de l'entente de part et d'autre • Des outils de gestion et modes de fonctionnement clairs et partagés • La mise en place de mécanismes formels de communication et de coordination • La capacité partenariale

Facteurs de succès relatifs à la conception du partenariat

Le premier groupe de conditions de succès d'un partenariat réussi concerne la conception du projet. Comme nous l'avons exprimé, c'est à cette étape que les premières bases du projet à venir vont être jetées. La présence ou non de ces conditions de succès préludera à l'existence même du partenariat.

La maîtrise supérieure du dossier

Il nous semble clair dans tous les cas étudiés que la maîtrise du dossier était un facteur fondamental à la concrétisation du partenariat. Que l'entente soit le fruit d'un appel d'offres où les propositions ont été analysées et attribuées au mérite ou que l'entente soit unique, tous les cas se sont signalés sous cet angle.

Groupe Santé Arbec

Groupe Santé Arbec a démontré avec clarté sa compétence en matière d'hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie et a su incorporer dans sa proposition de services une fine analyse de ce qui apporte de la valeur à l'utilisateur et de ce qui en apporte moins, en se basant sur des données probantes.

Institut de l'œil des Laurentides

À l'IOL, le projet a vu le jour assurément, car les médecins à la tête du projet avaient une maîtrise supérieure du dossier. Il n'y avait pas de doute sur leurs compétences professionnelles et leur capacité à prodiguer des soins de qualité.

Hôpital de réadaptation Villa Médica

Dans l'octroi du guichet unique à Villa Médica, la compétence en matière de gestion de guichet et aussi la maîtrise des aspects cliniques et médicaux en matière de réadaptation ont certainement permis à l'organisation de proposer un modèle d'affaire où les archivistes prenaient une plus large part. Cette créativité s'est manifestée à cause d'une maîtrise assumée du dossier.

La clarification des attentes et des objectifs du partenariat

La clarification des attentes et des objectifs du partenariat dès le départ est une étape subtile, mais cruciale. Souvent, le simple fait de concevoir et de signer l'entente témoigne d'une compréhension commune et des attentes et des objectifs. Toutefois, lorsqu'il subsiste une différence d'interprétation de l'entente ou d'un détail de l'entente, cela peut potentiellement poser problème plus tard dans la relation ou causer litige.

Institut de l'œil des Laurentides

Nous avons observé sous ce rapport des éléments intéressants, en particulier avec le cas de l'Institut de l'œil des Laurentides. Dans ce cas, force est de constater que la compréhension des dirigeants de l'Institut de l'œil des Laurentides quant à la gestion de la liste d'attente était différente de celle du partenaire public. Le partenaire public comprenait qu'un « certain nombre »

d'interventions (ou d'interventions supplémentaires à celles offertes au public) seraient réalisées sous cette entente, tandis que la direction de l'Institut de l'œil des Laurentides a plutôt compris l'entente comme étant une autorisation pour résorber la liste d'attente, dans la mesure du possible. Cette divergence dans la vision de la gestion de la liste d'attente a soulevé des inconforts en cours d'expérience, particulièrement aux moments de rendre des comptes sur les activités réalisées.

Dans les autres cas étudiés, on ne peut pas observer clairement qu'il y ait au départ une compréhension différente des attentes ou des objectifs du partenariat. La compréhension commune semble avoir été au rendez-vous.

La reconnaissance et la légitimité du besoin au cœur du partenariat

Traditionnellement, dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec, il existe une certaine forme de méfiance quant aux éléments privés qui « s'immiscent » dans le réseau public (Bernier, 2005). Cela peut miner la crédibilité du partenaire privé, mettant ainsi des freins au bon déroulement du partenariat. Lorsque le partenariat est mis sur pied pour répondre à un besoin qui est reconnu par l'ensemble des parties prenantes (les deux partenaires, la clientèle et la population), le partenariat peut fonctionner plus allègrement et éviter de potentielles embûches. Ainsi, lorsque la population et la clientèle concernées reconnaissent préalablement le besoin qui motive le partenariat et l'urgence d'y répondre, la porte est davantage ouverte à des solutions qui sortent des sentiers battus, même si elles impliquent la participation du privé en santé.

Groupe Santé Arbec

Dans le cas de Groupe Santé Arbec, le besoin criant en hébergement pour Lanaudière était reconnu non seulement par les deux partenaires, mais aussi par la population. La crainte par les partenaires d'une sortie médiatique ou d'une grogne de la population reliée directement ou indirectement à l'attribution du contrat de construction et de gestion de deux CHSLD à une entreprise privée les a menés à la préparation rigoureuse d'un plan de communication et de gestion de crise. Le fait que la population considérait avant tout comme légitime le projet de création des deux CHSLD a sans doute contribué à prévenir la résistance de la population.

Institut de l'œil des Laurentides

La longue liste d'attente pour recevoir des services d'ophtalmologie au public témoignait, autant pour la population que pour l'établissement public, du besoin criant pour un plus grand accès à ces services. Cette reconnaissance de toutes les parties a probablement facilité l'acceptation par tous de la contribution de l'Institut de l'œil des Laurentides aux services publics, sinon peut-être évité des résistances populaires au projet.

Centre La Traversée

Les intervenants du Centre La Traversée constatent un alourdissement des cas liés entre autres au vieillissement de la population et à la présence chez certains usagers de plusieurs problèmes

de santé (physique et mentale) à la fois. La norme établie pour les ressources intermédiaires comme le Centre La Traversée en matière d'heure de soins par jour n'est pas jugée suffisante et les ressources ne sont pas au rendez-vous pour augmenter les services prévus. Dans ce contexte, les services de l'éducateur spécialisé prévus par l'entente conclue avec le Centre de Santé et de Services Sociaux du Cœur-de-l'Île sont jugés pertinents et bénéfiques par les parties concernées, ainsi, bien sûr, que par les usagers et leurs familles.

Stevens

La complexité de la gestion des remboursements au Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination, liée entre autres à la quantité de produits utilisés et aux abus de la clientèle qui tente parfois de faire rembourser des produits non couverts, a certainement permis de légitimer l'appel d'offres et l'octroi d'un contrat à Stevens, du moins auprès du partenaire public et de la clientèle cherchant à comprendre la raison de ces changements.

La démonstration d'intérêts communs : le client au centre des préoccupations de tous

La littérature identifie clairement l'importance de poursuivre les mêmes buts et de partager des intérêts communs (McKinnon, 2010). On identifie tout particulièrement l'importance que les parties aient le client au cœur de ses préoccupations et que l'entente reflète cet intérêt partagé (Fitzgerald Ramonjavelo, 2007). Ceci assure un alignement des objectifs des deux parties au service du client. Le client devient ainsi le rassembleur des intérêts et rapproche les parties dans la négociation.

Contrairement à des idées reçues sur la vision mercantile et peu axée sur le patient ou l'utilisateur des entreprises privées, l'essentiel des entrevues que nous avons menées avec les entreprises ciblées ont révélé une culture bien axée vers la satisfaction de l'utilisateur ou du patient et la réponse à ses besoins. Le bien-être des patients, la qualité des soins offerts et l'augmentation de l'accessibilité aux services pour la population ont constamment été au cœur des propos de tous les intervenants rencontrés au privé.

Réciproquement, le souhait des partenaires publics était aussi axé vers un meilleur service aux patients ou aux usagers. Il nous apparaît donc essentiel que cet alignement de valeurs, surtout celles qui concernent l'orientation-patient, soit partagé entre les partenaires.

Groupe Santé Arbec

Cette condition a été entre autres identifiée dans le partenariat avec le Groupe Santé Arbec, dans la mesure où plusieurs décisions de conception de l'édifice ou des choix faits lors du transfert témoignent d'une orientation-patient très forte. Le Groupe Santé Arbec a même supporté, en bonne partie à ses frais, une période de transition plus longue que la proposition initiale, afin d'assurer un transfert des usagers dans les meilleures conditions. Par ailleurs, ce souci de la clientèle est ressorti avec vigueur dans l'ensemble des entrevues réalisées et il ne s'agit pas d'un discours isolé chez certains intervenants.

Centre La Traversée

À plusieurs reprises, des intervenants de La Traversée ont mentionné que le patient ne devait pas être pris en otage malgré le manque de ressources de l'organisation. À titre illustratif, dans la période précédant l'entente 108, l'établissement a même choisi de poursuivre les services d'éducateur après l'échéance du contrat entre l'Agence de santé et de services sociaux et l'hôpital Louis-H. Lafontaine dans l'attente de la conclusion d'un futur contrat, assumant le risque de n'être remboursé qu'après coup. C'est donc dire que l'on s'assure que l'utilisateur bénéficie d'un maximum de services malgré les enjeux budgétaires.

Stevens

Parmi la multiplicité de personnes rencontrées dans le cadre de ce projet de recherche, tous ont désigné Stevens comme un champion du service à la clientèle, plaçant le service rendu au client au cœur de ses priorités. Cette perception est aussi partagée du côté du public. Un intervenant pense que Stevens, de par son statut d'entreprise privée, cherche tout naturellement à s'assurer de sa pérennité en offrant le meilleur service possible à la clientèle. Plus largement, la culture client est essentielle au succès d'une entreprise, car c'est par le client qu'on assure la pérennité de l'organisation.

Hôpital de réadaptation Villa Medica

Villa Medica n'est pas en reste en ce qui a trait à la démonstration de son orientation vers les clients. L'organisation accepte régulièrement des patients refusés par certains autres fournisseurs de soins afin de s'assurer qu'ils reçoivent les services dont ils ont besoin. Les statistiques démontrent que la charge de cas de Villa Médica est proportionnellement plus lourde que les autres partenaires de par cette situation. Il est clair pour la direction de l'établissement : aucun patient ne se retrouvera sans ressource. Cela fait partie du risque lié à la prise en charge du guichet unique de réadaptation physique.

La confiance

La confiance est au cœur de la littérature sur les partenariats. On identifie sa présence comme un élément qui lisse tous les autres irritants. Par ailleurs, on souligne aussi que la confiance est la résultante d'un ensemble de facteurs. La confiance se bâtit aussi au fil d'expériences et sur la réputation des partenaires potentiels. Nous avons identifié quelques cas, parmi notre échantillon d'étude, où la confiance a joué un rôle déterminant dans le succès perçu du partenariat. Nous avons particulièrement mis l'accent sur les ententes où le partenaire public a fait montre de confiance envers son partenaire privé.

Groupe Santé Arbec

Cette organisation avait déjà à son actif quelques collaborations préliminaires avec le public. On avait aussi développé l'habitude dans les différentes installations du Groupe de garder quelques places libres pour répondre aux besoins ponctuels du réseau public pour un placement rapide ou

temporaire. Cette attitude accommodante et les expériences positives du passé ont contribué à forger une bonne réputation de l'entreprise dans le réseau de la santé. Parallèlement, Médifice, le partenaire d'affaires de Groupe Santé Arbec, avait bâti auparavant d'autres installations destinées au réseau de la santé. La réputation de qualité, de fiabilité et de rigueur caractérisait les deux organisations dans l'approche de cette entente.

Institut de l'œil des Laurentides

Quant à l'Institut de l'œil des Laurentides, soulignons le fait que les ophtalmologistes qui l'ont mis sur pied provenaient auparavant de l'Hôpital de la région. Cette connaissance des entrepreneurs et des spécialistes réalisant les interventions a joué positivement sur la confiance que le partenaire public accordait à l'entreprise et à sa capacité de traiter les patients à l'établissement du partenariat.

Hôpital de réadaptation Villa Medica

L'organisation opérait déjà un guichet d'accès aux soins de réadaptation en neurologie. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal savait déjà qu'ils étaient capables d'opérer un tel guichet et avaient confiance en ce partenaire. Quant aux organisations en interaction avec le guichet de santé physique mis en place, certains ont eu des résistances au départ liées au fait que l'établissement combinait les fonctions de guichet et de fournisseur des soins qu'il répartit. La confiance a pu se bâtir progressivement, notamment en résultat de la transparence dont Villa Medica a fait preuve.

Le respect mutuel

Bien que l'importance d'un respect mutuel entre les partenaires ait été sous-jacente aux propos des acteurs rencontrés, nous n'avons pas observé d'éléments précis, dignes de mention, pour illustrer cette importance. Nous pouvons donc corroborer les propos des différents auteurs cités dans la littérature qui se sont prononcés sur l'importance du respect au cœur de la relation partenariale, mais n'avons pas d'évidence empirique que cette dimension puisse être d'une importance particulière, au-delà de son importance dans toutes les relations personnelles et d'affaires. Il semble que le respect mutuel est nécessaire au bon déroulement d'un partenariat, mais non déterminant du succès.

La création de valeur

La recherche de valeur à l'initiation d'un partenariat est un gage de succès identifié dans la littérature. En particulier, l'impact d'un appel d'offres qui laisse place à des propositions basées sur un rapport qualité-prix et non pas simplement sur le plus bas soumissionnaire est identifié comme un gage de succès (Aubert et Patry, 2004). La durée aussi des ententes est un facteur qui permet d'envisager la création de valeur avec plus de confiance. Nous avons identifié de tels exemples au sein des partenariats étudiés. Tout d'abord, en trait avec les appels d'offres ou les cadres des ententes signés, il nous est apparu clair que la perception de succès est beaucoup plus forte chez les entreprises qui ont pu négocier des ententes basées sur des appels d'offres évaluant davantage que le simple coût. Nous avons aussi identifié que la durée de l'entente a un rôle

important à jouer dans la perception du succès du partenariat. Faire affaire avec le public apporte aussi son lot de règles, de procédure et d'encadrement. Les délais sont plus longs et les contraintes sont plus nombreuses. Le jeu en vaut la chandelle pour le privé, dans la mesure où les relations sont établies sur une plus longue période avec le partenaire public.

Groupe Santé Arbec

Le Groupe Santé Arbec et Médifice ont souligné combien l'appel d'offres lancé par l'ASSS de Lanaudière, qui ouvrait la possibilité d'une évaluation basée sur la qualité, a été déterminant dans la préparation de la proposition et dans la signature de l'entente qui en a découlée. Les deux organisations ont pu déployer leurs connaissances des meilleures pratiques en matière de soins de longue durée à des clientèles en perte d'autonomie pour proposer une offre répondant, parfois de façon nouvelle ou innovante, aux besoins de la clientèle desservie. L'innovation est au cœur du succès de ce partenariat.

D'une façon liée, le fait que l'entente ait été négociée sur vingt ans a permis aux entrepreneurs d'investir davantage dans ce projet et d'innover, voire de prendre certains risques financiers ou d'autres ordres. Sur une entente à court terme, ces éléments créateurs de valeur n'auraient possiblement pas été réalisés.

Institut de l'œil des Laurentides

Pour l'Institut de l'œil des Laurentides, il a été nommé clairement que l'horizon très court des deux ententes a fait obstacle au succès du partenariat. En ce sens, les investissements importants faits par l'Institut et le risque financier engendré pour répondre à ce partenariat étaient importants. Ainsi, lorsque le montant alloué aux établissements publics par le gouvernement pour certaines activités ophtalmologiques a été révisé à la baisse, les montants remboursés à l'Institut de l'œil des Laurentides par l'hôpital pour les activités imparties n'ont pas été révisés. Le court horizon ne permettait pas d'éponger sur un terme plus raisonnable une baisse de ce revenu. Une entente à plus long terme aurait peut-être permis de développer davantage la relation entre les deux partenaires et de permettre plus de flexibilité.

Centre La Traversée

Dans cette organisation à but non lucratif, l'entente 108 conclue vise exclusivement à bonifier la proposition de valeur des usagers du Centre. Cependant, ici aussi les ententes sont de très courte durée. Nous avons senti un inconfort de la part des répondants à ce propos, qui souhaiteraient un horizon à plus long terme pour mieux planifier.

Hôpital de réadaptation Villa Médica

D'une même façon, l'audace dont Villa Médica a fait preuve pour repenser l'organisation des ressources au sein du guichet unique en réadaptation physique en y incluant des archivistes est un autre exemple d'une entente qui a fait la part belle à une réflexion sur la valeur plutôt qu'à une complaisance à des normes et critères établis par le public.

Sur un autre plan, les services de Villa Médica, à l'extérieur du guichet unique, ne sont pas régis par des ententes. Ainsi, l'organisation doit faire acte de foi en trait avec sa collaboration avec le réseau. Dans un tel contexte, les investissements sont plus risqués puisqu'il n'y a jamais de garantie formelle que les patients continueront à être envoyés à cet établissement. Malgré tout, les dirigeants de l'organisation ne se formalisent pas trop de cette situation et savent que les besoins populationnels seront toujours là et que la qualité de leurs soins leur sert de caution.

La capacité d'innovation

L'innovation est une dimension concurrentielle importante pour toutes les industries. C'est aussi le cas pour les organisations de santé. Dans l'étude des cas, il appert que la capacité qu'une organisation a à innover ait un poids dans le succès du partenariat. Nous avons jugé bon de dégager cette dimension de celle de la création de valeur en tant que telle, car la recension des écrits réalisés ne fait pas ressortir avec vigueur cet aspect. Pourtant, dans notre étude, la dimension d'innovation est apparue comme fondamentale.

Ceci s'est fait sentir à plusieurs niveaux. D'abord, l'entreprise innovante semble pouvoir se positionner plus avantageusement par rapport à ses concurrents en proposant au public des services à valeur ajoutée ou encore des façons de faire innovantes. L'innovation joue donc un rôle en amont du partenariat, par exemple lors de la complétion de l'offre de services.

Ensuite, l'entreprise innovante saura séduire le partenaire public entre autres par la promesse de rester à jour dans son champ d'expertise et de se renouveler dans son offre. Il s'agit donc d'une caractéristique institutionnelle qui sous-tend la proactivité de l'organisation ainsi qu'une vision à long terme. Ainsi, dans le cadre d'un partenariat public-privé, une organisation à l'aise avec l'innovation sera plus souvent en mesure de mener à bien une entente sur le long-terme.

Groupe Santé Arbec

Groupe Santé Arbec s'est allié à la compagnie Médifice, une entreprise spécialisée dans la construction de bâtiments médicaux, pour la construction de son centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Un soin particulier a été porté à la conception du bâtiment, à la fine pointe de la technologie. Ce dernier est d'ailleurs bien pensé pour les employés et les usagers afin d'en faire un milieu de travail et de vie agréable, sécuritaire et fonctionnel. Sans représenter une innovation de rupture, le Groupe Santé Arbec a incorporé à son offre des éléments de soins et des aménagements qui correspondent aux meilleures pratiques en matière d'hébergement de longue durée. L'engagement à offrir des soins et un environnement de vie de qualité et les éléments innovants de son offre ont semblé être déterminants dans la sélection de la proposition du Groupe Santé Arbec.

Institut de l'œil des Laurentides

La mission de l'Institut de l'œil des Laurentides est notamment d'offrir des soins innovants à la fine pointe de la technologie. Par ailleurs, l'entreprise s'est dotée d'équipement neuf pour ce faire, ce qui représente un facteur attractif pour les professionnels de la santé et les patients. L'Institut de l'œil des Laurentides a également fait affaire avec Médifice pour la conception de son bâtiment. Celui-ci présente plusieurs aspects innovants qui contribuent à rendre l'entreprise attractive tout en servant le patient le mieux possible.

L'Institut de l'œil des Laurentides accueille aussi plusieurs résidents et stagiaires qui peuvent apprendre dans un environnement innovant et performant. Il s'agit de la seule organisation privée détenant une entente de résidence avec l'Université de Montréal en santé oculaire. Ce lien avec l'université est une forme de promesse de la part de l'organisation de rester bien au fait des développements dans le domaine, ce qui la rend intéressante pour une organisation partenaire.

L'entreprise a pris la décision de se doter d'un centre de recherche. Ce dernier travaille en amélioration continue, cherche de nouvelles façons d'optimiser ses pratiques et veille aussi à ce que le personnel fonctionne en équipe multidisciplinaire. Cette entreprise innovante a certainement contribué à démontrer la possibilité d'offrir les interventions de qualité à moindre coût. Ils ont d'ailleurs influencé l'ensemble de la province et redéfini les coûts réels de plusieurs interventions et actes médicaux dans leur spécialité.

Leur redoutable efficacité reposant sur un modèle de soins différent et une excellence opérationnelle a rapidement permis de résorber la liste d'attente pour des interventions de la cataracte dans les Laurentides, possiblement à la surprise même du partenaire public qui ne s'attendrait pas à une prise en charge si rapide. En effet, le bilan de chirurgies de la cataracte par jour pour l'Institut de l'œil des Laurentides se chiffre à environ 40 chirurgies par jour, contre environ 9 dans le réseau public, selon les dires d'un intervenant de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.

L'innovation, particulièrement dans les processus (gestion des flux des patients, du personnel et des fournitures) est digne de mention et fait le fer-de-lance de l'Institut. Cette innovation a permis le succès technique de l'entente au bénéfice de la population des Laurentides.

Hôpital de réadaptation Villa Medica

Pour l'obtention du contrat, Villa Medica a fait preuve d'innovation en proposant une candidature dont les paramètres ne correspondaient pas en tout point à l'appel d'offres de l'Agence. En d'autres termes, au lieu de faire la démonstration de sa capacité à offrir le service à moindre coût, Villa Medica a suggéré une autre structure de fonctionnement qu'elle jugeait plus appropriée en proposant, entre autres choses, que le guichet de santé physique soit opéré par des archivistes médicaux chapeautés par un ergothérapeute plutôt que par une infirmière et un adjoint administratif, tel que proposé par l'Agence initialement.

Il faut par ailleurs noter que l'innovation est une composante essentielle du modèle d'affaires de Villa Medica. En s'associant avec Villa Médica, le réseau public s'attache une organisation qui a fait montre d'innovation et de qualité depuis sa fondation. Le partenariat conclu s'inscrit dans cette vision d'innovation et de création de valeur constante au sein de cet établissement. L'organisation a aussi l'imprimatur d'Agrément Canada, avec un taux de réussite hors du commun.

Le centre accueille plusieurs stagiaires annuellement et est reconnu comme un des meilleurs endroits pour recevoir des soins de réadaptation. Cette caractéristique fait en sorte que la candidature de Villa Medica ne peut pas être facilement écartée. On est face à un centre de réadaptation productif, innovant et apprécié de la clientèle.

Malgré des pressions exercées par l'environnement pour que le guichet soit pris en charge ou rapatrié par le secteur public, on peut certainement dire que la survie du partenariat avec Villa Médica est due en partie à la structure innovante qu'ils ont mise en place et qui s'avère bien fonctionner.

Facteurs de succès relatifs à la mise en œuvre du partenariat

Le développement d'un langage commun

À la base du fonctionnement d'une entente, il est primordial de s'accorder sur les objets et les façons de faire. Il y a toujours une période d'adaptation importante où les partenaires vont ajuster leurs pratiques, leur discours et nommer aussi les choses de la même façon pour éviter des confusions. Dans tous nos cas, il y a eu de tels ajustements. Nous n'avons pas pu identifier cependant des situations où ces ajustements ont été des points tournants (positifs ou négatifs) dans les partenariats. Un peu comme nous avons soulevé l'importante un peu plus haute du respect mutuel, le développement d'un langage commun est nécessaire, mais probablement peu déterminant du succès du partenariat.

La densification du partenariat

Dans le cadre d'entente entre privé et public en santé, le partenaire privé est souvent considéré comme une solution de compensation à un manque de capacité du public. Dans notre recherche, les entreprises étudiées ont pourtant su réinventer de la valeur du partenariat d'une façon différente et dépasser le cadre attendu d'un fournisseur de capacité, de produits ou de services sans grande valeur ajoutée. Ainsi, chacune des entreprises rencontrées a le potentiel d'offrir des services à haute valeur ajoutée. Il apparaît important de laisser le partenaire privé éventuel exprimer ce potentiel en laissant entre autres des marges de manœuvre dans l'appel d'offres et en balisant le partenariat pour favoriser les initiatives et la créativité.

La pérennisation du partenariat peut, entre autres, reposer sur la densité de valeur proposée. Ainsi, si la richesse des services offerts et le savoir-faire du partenaire privé se distinguent, il sera très difficile de le remplacer par un tiers. Certaines des organisations étudiées ont compris cette situation.

Que ce soit avant le dépôt d'une offre ou encore dans le cours de l'exécution du partenariat, il est primordial que le partenariat ne repose pas que sur un produit ou un simple service qui est facilement interchangeable. Il faut s'assurer qu'il soit éventuellement difficile de passer à un autre fournisseur ou encore que le public soit intéressé à rapatrier la prestation à l'interne.

Pour protéger un avantage, il est possible d'innover et de renouveler le contenu de l'offre. Il est aussi intéressant pour le partenaire privé de développer un savoir-faire ou des processus qui enrichissent l'expérience ou de chercher à développer une relation solide reposant sur la confiance pour le partenariat.

Institut de l'œil des Laurentides

Dans le cas de l'Institut de l'œil des Laurentides, dans les deux ententes, l'intention du donneur d'ordre public était de pallier un manque de capacité ou de remplacer les fonctions ophtalmologiques normalement offertes à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme pendant que les installations étaient mises à niveau. Dans les deux ententes, on était en situation de sous-traitance de capacité. Les ententes ont toutes deux été signées sur de courts termes et l'Institut fut plutôt considéré comme un fournisseur de services « en attendant » ou « à la place de ». Cependant, l'Institut a utilisé cette période pour se doter d'infrastructures à la fine pointe de la technologie. Aujourd'hui, sa position concurrentielle est très attrayante pour offrir des services en privé, mais l'organisation se présente aussi comme un partenaire de choix pour une éventuelle entente, ayant démontré sa performance.

Stevens

Pour Stevens, la nature même du partenariat négocié lui permet de passer de fournisseur de fournitures médicales à prestataire de services. Dans ce sens, cette entente est très stratégique pour l'organisation, car elle entraîne une densification de la relation. De plus, l'investissement important que la compagnie a consenti dans le développement de relations avec les usagers (sa clientèle) a largement contribué à densifier le partenariat. Actuellement, la maîtrise du processus, combiné avec sa fine connaissance de la clientèle font en sorte que Stevens a un avantage indéniable jouant en sa faveur pour un renouvellement d'entente lorsque celle-ci arrivera à terme.

Hôpital de réadaptation Villa Medica

Pour cette organisation, la richesse de la relation ne fait pas de doute. Villa Medica occupe une place à part dans le réseau de la réadaptation. La prise en charge du guichet de santé physique fait en sorte aussi qu'elle ajoute une corde à son arc et démontre sa maîtrise du processus. Son rôle de gardien du patient, en ce sens où l'organisation s'assure que le patient reçoive les services dont il a besoin, au risque de devoir les fournir, rend Villa Medica encore plus indispensable pour le public.

Facteurs de succès d'ordre financier

La répartition équitable des bénéfices et l'autonomie financière

Les partenariats réussis sur le long terme reposent sur un équilibre des bénéfices entre le donneur d'ordre public, le partenaire privé et le client (Aubert et Patry, 2004). Si un ou l'autre ne trouve pas son compte, le partenariat risque d'éclater ou de ne pas être renouvelé.

L'autonomie et la variété du portefeuille d'activités du partenaire privé aident à consolider la pérennité du partenariat, en ce qu'elles lui permettent de travailler dans une perspective de long-terme, tout en rendant possible la prise de risque mentionnée précédemment, ainsi que l'absorption des délais et des changements. En somme, elles confèrent une souplesse primordiale au partenariat en favorisant la flexibilité et la capacité de compensation (Huxham, 2003). Par opposition, une organisation au budget plus serré pourrait avoir de la difficulté à voir ses activités aller de l'avant si elle se montre incapable de déployer les ressources nécessaires à la levée d'un obstacle rencontré dans l'exercice du partenariat. De plus, une organisation qui n'a qu'un seul contrat, soit celui avec le donneur d'ordre public, risque d'être plus vulnérable. On risque aussi d'avoir des frustrations devant les lenteurs du système public et des risques financiers conséquents.

Groupe Santé Arbec

Les activités de Groupe Santé Arbec ne reposent pas uniquement sur des partenariats avec le public. L'entreprise détient aussi des centres d'hébergement privés et privés conventionnés. Elle s'assure de maintenir un portefeuille d'activités diversifié et est consciente que cela lui confère une marge de manœuvre pour gérer l'ensemble de ses projets. Les dirigeants confiaient aussi que la dynamique des entreprises privées est mise souvent à l'épreuve lorsqu'elles désirent faire affaire avec le réseau public. Il y a des délais, des formalités et des frais supplémentaires à envisager qui ne sont pas toujours bien compris des banquiers et des autres partenaires d'affaires.

Institut de l'œil des Laurentides

Cette organisation a su développer un service privé florissant autour de la santé de l'œil, de telle sorte que la fin du partenariat avec le secteur public n'a pas été une catastrophe pour la pérennité de l'entreprise. L'institut n'était pas en péril à la conclusion de la première entente. La viabilité de l'entreprise avait été garantie par ailleurs. Ainsi, la relation et la négociation se font d'égal à égal avec le partenaire public. De plus, cette posture d'autonomie financière lui confère, dans le futur, une capacité à accueillir une demande excédentaire ponctuelle.

Stevens

Une situation financière stable et un portefeuille d'activités varié sont caractéristiques du cas Stevens. Ainsi, l'entreprise peut envisager le partenariat avec plus de créativité et d'audace au départ. Tous les œufs ne sont pas dans le même panier. Par ailleurs, comme l'entreprise œuvre dans d'autres activités, lors du démarrage du partenariat, les autres secteurs sont venus épauler le gestionnaire de projet pour surmonter les nombreux défis de l'implantation. Ce soutien

ponctuel n'aurait pas pu être possible si le programme d'élimination était l'unique contrat de l'entreprise.

Hôpital de réadaptation Villa Medica

Cette flexibilité est aussi observable chez Villa Médica, dont les services de réadaptation sont la partie la plus importante de l'activité. Si le guichet d'accès venait à être retiré, les autres activités pourraient soutenir l'entreprise.

La prise de risque des partenaires

La signature d'une entente entre le partenaire public et l'entreprise privée ou l'OBNL signifie un engagement des deux parties et, par extension, une vulnérabilité mutuelle. Les parties doivent être ouverts à revoir leurs façons de faire pour accommoder le partenaire. Par exemple, des volumes incertains, des investissements immédiats sans aucune garantie d'un contrat ou des changements avec très peu de préavis peuvent être des sources de risques avec lesquels un partenaire privé doit savoir composer.

Qui plus est, afin de favoriser la pérennité du partenariat ou sa poursuite au-delà des délais initiaux prévus, il convient de mettre de l'avant une attitude proactive, soit de travailler aujourd'hui pour un lendemain incertain, ce qui correspond à une attitude de prise de risque.

Il est à noter toutefois que cette prise de risque doit être contrôlée, car un risque non mesuré peut entraîner l'échec d'un partenariat par la démobilisation d'un partenaire, un bris de la confiance ou un désengagement de part ou d'autre. À la limite, elle peut entraîner la faillite du partenaire privé.

Groupe Santé Arbec

En répondant à l'appel d'offres lancé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière sans pour autant se conformer à toutes les spécifications, l'entreprise a fait preuve d'audace et a assumé un risque d'affaires. Le pari a été gagné, mais l'issue aurait pu être moins favorable. Ce partenariat couronné de succès est certainement conséquent de cette capacité de Médiforce et du Groupe Santé Arbec de prendre des risques assumés.

Institut de l'œil des Laurentides

Dans le cas de l'Institut de l'œil des Laurentides, l'attitude positive quant à la prise de risque s'est notamment manifestée par la rapidité avec laquelle l'entreprise a géré sa croissance. De neuf employés au départ, l'entreprise passe rapidement à près de 100 employés. Or, ce rythme de croissance doit être bien géré, car une croissance forte est souvent synonyme d'une vulnérabilité accrue tant aux facteurs internes qu'externes.

L'Institut de l'œil des Laurentides a aussi largement investi dans ses infrastructures, sans garantie d'un contrat. Au final, la présence d'une installation a été à la clé d'un deuxième contrat octroyé. Ce cas est riche d'inspiration, car il démontre que la création de valeur dans le réseau pourrait

effectivement passer par l'effet de levier du privé pour compenser la faible capacité d'investissement du réseau actuellement.

Centre La Traversée

Dans le cas de La Traversée, nous avons noté leur forte capacité à naviguer à vue, sans avoir d'engagement ferme du partenaire public. Des investissements ont été réalisés, sans pour autant avoir une vision claire des compensations financières à venir et des engagements fermes. Cependant, il est clair que les dirigeants de l'entreprise souhaiteraient disposer d'ententes à plus long terme pour avoir une meilleure prévisibilité et une gestion des investissements plus propice et moins risquée. Il s'avère surtout utile d'avoir cette stabilité pour voir à l'embauche et la rétention des personnels. Lorsque l'avenir est incertain, il est souvent plus difficile de retenir des ressources clés.

Hôpital de réadaptation Villa Medica

Il est aussi possible d'entrevoir l'offre de services élaborée par Villa Medica comme une opération risquée dans la mesure où l'appel de candidatures spécifiait, tel que mentionné précédemment, des paramètres précis (une infirmière et un agent administratif), alors que Villa Medica a choisi de proposer une structure différente qu'elle jugeait davantage appropriée avec des archivistes médicaux. Cette façon de procéder aurait pu les discréditer, mais cela a plutôt éveillé la curiosité des décideurs de l'Agence qui ont choisi d'aller de l'avant avec cette différence.

La flexibilité des partenaires

Bien que les lignes directrices du partenariat soient souvent définies dans des guides de gestion ou des outils de travail, l'expérience sur le terrain se fera inévitablement à l'incrémentale, au fil des apprentissages de chacun.

De plus, on reconnaît souvent au public une certaine lourdeur administrative. De ce fait, le partenaire privé doit faire preuve de flexibilité pour compenser. Il continuera ainsi à faire rouler les activités malgré les embuches et les obstacles inévitablement rencontrés sur le terrain. Au vu de cette lourdeur administrative, il convient que le partenaire privé soit ouvert à exercer davantage que la stricte définition de ses fonctions. Ceci est garant d'un partenariat réussi, du moins dans les premiers pas de ce partenariat. Il est à noter que lorsque la poussière sera retombée, les rôles se retraceront en reflétant autant les directives de l'outil de travail que la réalité du terrain. Plusieurs des cas que nous avons étudiés ont fait preuve de cette flexibilité.

Groupe Santé Arbec

Tel que mentionné précédemment, lorsque les CHSLD ont ouvert leurs portes, le transfert des usagers s'est fait en plus de semaines qu'initialement prévues par l'Agence pour s'assurer de diminuer les risques liés au déménagement d'usagers à l'état de santé précaire. Ce changement de délai, entendu par le Groupe Santé Arbec et le CSSS du Sud de Lanaudière et négocié auprès de l'ASSS des Lanaudière, a nécessité flexibilité et ajustement de la part des deux acteurs agissant

en dyade. Ils ont dû assumer de part et d'autre, mais avec une part importante pour Groupe Santé Arbec, les coûts supplémentaires engendrés par l'échelonnement de la période de transfert.

Par ailleurs, dans ses établissements d'hébergement, Groupe Santé Arbec laisse aussi en tout temps une marge de manœuvre de quelques lits disponibles pour pouvoir dépanner le réseau en cas de surcharge. Cette pratique a créé et continue de créer des liens plus étroits entre l'entreprise et le réseau public.

Centre La Traversée

Un budget jugé trop mince selon certains intervenants est un enjeu avec lequel doit composer le Centre La Traversée. Dans ces circonstances, les employés et les gestionnaires de la Traversée ont cherché à mettre à profit leurs propres ressources, qu'elles soient matérielles ou humaines, pour compenser au manque de financement et pour que l'utilisateur ne soit pas pris en otage. Ainsi, les ressources humaines, qu'elles soient embauchées dans le cadre de l'entente 108 ou de l'entente de ressource intermédiaire, font preuve de flexibilité et de compensation dans l'exercice de leur fonction pour assurer que les usagers reçoivent les services dont ils ont besoin.

Stevens

Dans le cadre du Programme d'aides matérielles aux fonctions d'élimination, les premiers mois du partenariat avec Stevens ont été difficiles. Lors de cette période d'instabilité, certains usagers du programme n'étaient pas satisfaits des nouveaux produits qu'on leur proposait. En partie, cette situation résultait du fait que les intervenants du réseau public n'avaient pas fait tout le travail de communication nécessaire auprès de la clientèle. Pourtant, la sélection des produits nécessaires aux usagers devait en principe être déterminée par les intervenants du réseau public.

Malgré tout, afin de continuer à faire fonctionner le partenariat, plusieurs employés de Stevens ont laissé de côté d'autres projets pour pallier les problèmes et visiter des usagers qui devaient ajuster la taille des produits d'incontinence qui leur étaient livrés. La compensation a d'autant plus été manifeste que certains employés ont débordé sur leur temps personnel pour aller livrer des culottes d'incontinence à des usagers plus réfractaires au nouveau produit qu'on leur présentait.

Pour Stevens, l'objectif ultime était d'entrer dans un nouveau marché et ce n'était pas à propos de partir du mauvais pied avec ce premier contrat. On a jugé qu'il valait mieux serrer les rangs à l'interne, compenser et tout faire pour que les difficultés de démarrage se résorbent. De fait, après des débuts difficiles, les choses sont rentrées dans l'ordre et le partenariat s'est poursuivi dans un climat plus propice.

Hôpital de réadaptation Villa Medica

Villa Medica agit à titre de guichet d'accès pour les demandes en soins de réadaptation sur le territoire de Montréal. Ainsi, l'établissement a la tâche de répartir sur le territoire les demandes de soins de réadaptation. Villa Medica contacte donc les établissements potentiels pour accueillir

les patients qui s'adressent au guichet unique. Par ailleurs, Villa Medica accepte aussi certains de ces cas dans ses installations.

Tel que mentionné, certains usagers au profil de soins plus complexe nécessitant des soins plus coûteux sont parfois refusés par certains fournisseurs de soins. Puisqu'il est important pour Villa Medica que tous les patients soient accueillis et reçoivent les soins dont ils ont besoin, ils sont prêts à compenser face aux lacunes du système et à accepter ces patients. En conséquence, la charge de Villa Medica est souvent composée de cas plus lourds, augmentant ainsi les coûts liés aux services offerts.

La transparence des données

Au sein de la relation de partenariat, la littérature souligne qu'il est primordial de faire preuve de transparence en général, mais aussi spécifiquement à propos des coûts et des données de performance (Aubert et Patry, 2004). Lorsque la transparence de l'information est de mise, les perceptions souvent erronées peuvent être corrigées par les faits. La confiance peut aussi s'établir plus sereinement.

Institut de l'œil des Laurentides

Bien que l'Institut de l'œil des Laurentides soit parvenu à une performance dépassant les attentes, le partenariat a souffert du manque de communication relativement aux volumes d'activité, au mode de fonctionnement et aux coûts. Cette lacune a pu être perçue par le public comme un manque de transparence dans les échanges et a par ailleurs mis à rude épreuve la confiance.

L'Institut de l'œil des Laurentides s'est démarqué par son agilité institutionnelle résultant en une performance hors du commun. Toutefois, dans le cadre d'un partenariat, il faut cautionner cette performance afin de la rendre viable au regard de deux joueurs.

Dans un partenariat, il faut que les vitesses de fonctionnement des deux parties soient harmonisées. L'harmonisation se fait grâce à la transparence et au partage d'informations régulier et continu.

Hôpital de réadaptation Villa Medica

Afin de se poser comme joueur crédible et légitime aux yeux des partenaires référents et dispensateurs de soins dans le cadre du guichet de santé physique, Villa Medica a mis un soin tout particulier à se montrer transparent, à divulguer de l'information sur ses chiffres. Ceci s'est d'ailleurs révélé une bonne stratégie lorsque des accusations ont été soulevées contre Villa Medica selon lesquelles le centre de réadaptation se favoriserait et se garderait les profils de soins les plus simples. Ces dires ont pu être démentis à l'aide de la transparence dont a fait preuve Villa Medica; l'organisation a uniquement eu à ouvrir ses carnets de chiffres lors d'une rencontre des deux parties.

L'évaluation précise et rigoureuse des coûts

La compréhension, et a fortiori, la maîtrise des coûts de la part du partenaire privé sont des avantages concurrentiels importants et donnent aussi un avantage indéniable au partenaire dans la négociation et la conduite efficace d'un partenariat.

Institut de l'œil des Laurentides

Parmi les organisations que nous avons étudiées, nous avons retenu l'exemple de l'Institut de l'œil des Laurentides, qui a développé une compétence marquée pour maîtriser ses coûts et décortiquer finement les tâches qui sont effectuées tout au long du parcours de soins d'un patient. Ils ont en effet pu établir clairement le coût par cas de leurs interventions, contribuant par ailleurs à faire diminuer le coût par cas considéré au Ministère. La maîtrise des coûts pour les cas permet ainsi au partenaire public de connaître les investissements à faire dans ce partenariat, dans la mesure où ces coûts sont compris et reconnus par les deux parties, ce qui, paradoxalement, a pu faire défaut dans ce partenariat.

Les autres établissements étudiés disposent d'une compréhension raisonnable de leurs coûts, mais nous n'avons pas identifié formellement cette variable comme étant un facteur déterminant dans le succès des partenariats.

Facteurs de succès d'ordre humain et politique

L'appui clair des dirigeants politiques et de la haute direction

Pour faciliter le fonctionnement du partenariat à plusieurs égards, il incombe au partenaire public de jouer le rôle du médiateur et de légitimer le partenaire privé aux yeux de l'ensemble des acteurs impliqués (autres organisations du réseau) dans le processus auquel l'entreprise privée contribue. Bien souvent, le partenaire privé éprouvera des difficultés à établir sa crédibilité seul, malgré une bonne performance passée et un bon dossier dans le cadre d'une proposition en réponse à un appel d'offres.

Plus largement, l'appui clair des dirigeants politiques au partenariat et ainsi qu'au choix du partenaire qui a été sélectionné est important. Cet appui permettra la légitimation du partenaire et facilitera dans tous les aspects la conduite du partenariat.

Stevens

Dans la foulée de la signature de l'entente de partenariat pour le Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination, Stevens a été épaulé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui a notamment soutenu l'organisation lors d'une rencontre avec les différents Centres de santé et de services sociaux. Le but de cette rencontre était d'exposer les implications de l'entrée en jeu de Stevens. Bien que tous les intervenants des Centres de santé et de services sociaux invités n'aient pas été présents, ce premier contact a permis, d'une part, de dissiper quelques craintes éventuelles quant à un changement de façons de faire au niveau du Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination; et, d'autre part, de poser Stevens comme partenaire à part entière de ce nouveau mode de fonctionnement.

Dans une perspective de gestion du changement, ce soutien fut essentiel. L'Agence est restée derrière Stevens durant les débuts difficiles et a clairement fait savoir que c'était la nouvelle façon de faire et la nouvelle gamme de produits disponibles : il n'y avait pas de possibilité de retourner en arrière.

Hôpital de réadaptation Villa Medica

De la même façon, le centre de réadaptation a été présenté aux partenaires référents et aux fournisseurs de soins dans le cadre du guichet de santé physique lors d'une rencontre organisée conjointement par Villa Medica et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. À priori, Villa Medica n'était pas le choix premier de tous les établissements offrant de la réadaptation sur le territoire de Montréal; naturellement, certains auraient sans doute souhaité se voir confier le service. Ainsi, le soutien formel de l'Agence était très important.

Cependant, il a également été soulevé que la consolidation de la crédibilité et la légitimité de Villa Medica aux yeux de ses partenaires passeraient par la publication d'un guide de gestion officiel détaillant les rôles, les attentes, les pratiques et les résultats attendus du guichet de santé physique – et les façons de mesurer ces résultats –, mais cette publication a été retardée jusqu'à un mois avant la dissolution de l'Agence, ce qui a engendré un obstacle au niveau de la perception de Villa Medica comme joueur officiel pendant cette période d'attente.

L'égalité des partenaires

Il est aussi important que la relation demeure d'égal à égal dans une logique de coopération et de collaboration et non de donneur d'ordre à exécutant. Dans le cas contraire, on risque de compromettre le climat de travail, engendrant frustration et incompréhension, puis, ultimement, un échec du partenariat.

Pour les partenariats étudiés, nous avons effectivement cerné un enjeu au niveau de la qualité de la relation entre le privé et le public. Certains de nos répondants, sans formellement nommer un manque d'égalité entre les partenaires, ont tout de même identifié des éléments qui témoignent d'une relation traditionnelle de client-fournisseur moins typique d'une véritable relation de partenariat : ententes à court terme, peu d'information sur les intentions, risques financiers non équitables, etc.

Sans s'imposer comme des freins formels à la conclusion d'ententes, ces attitudes font en sorte que la richesse potentielle du partenariat n'est pas bien exploitée.

La qualité des ressources humaines impliquées

(La compétence de l'équipe de projet et la présence de champion)

Deux volets se précisent lorsque vient le temps de parler de la mise en œuvre des ententes dans le domaine privé-public. Tout d'abord, la présence d'un champion est clairement identifiée dans la littérature comme un gage de succès. D'une façon plus large, on pointe aussi la compétence générale de l'équipe de projet pour négocier et mettre sur pied l'entente.

Dans tous les cas que nous avons étudiés, nous avons pu constater le leadership présent et la qualité de l'équipe au moment de négocier l'entente. Ces partenariats ont vu le jour probablement à cause de cette qualité des ressources humaines impliquée. Dans tous les cas, les équipes se sont avérées plutôt stables.

Les commentaires recueillis, de part et d'autre, à propos de la compétence des vis-à-vis dans la négociation ou la mise sur pied de la gouvernance, témoignent d'un respect et d'une reconnaissance de cette compétence.

Le respect des droits des travailleurs

Dans la recension des écrits, nous avons identifié le respect des droits des travailleurs comme étant un facteur de succès. Il est bon au départ de remettre en perspective cette condition de succès recensée. Le respect des droits des travailleurs s'inscrit dans un contexte d'impartition où des travailleurs risquent de perdre leur emploi ou encore de se retrouver dans des conditions dégradées.

Dans le contexte de la santé, considérant la pénurie de ressources, la problématique se pose de façon un peu différente. Bien entendu, les syndicats peuvent voir ombrage à l'apport du privé en santé, car il en résulte souvent en des disparités entre des travailleurs qui font fondamentalement le même travail au sein du réseau. Ainsi, il demeure pertinent de voir à ce que les travailleurs de l'entreprise privée, et particulièrement dans le contexte d'une entente avec le public, reçoivent des conditions et un salaire honnête et comparable à ce que le travailleur pourrait obtenir au public.

Cela n'a pas posé problème pour les cas étudiés, à l'exception du Centre La Traversée, qui a connu un enjeu à ce niveau.

Centre La Traversée

Dans le cas du Centre La Traversée, il a été mentionné que les travailleurs couverts par l'entente 108 et les professionnels provenant du CSSS pour offrir de services à la clientèle avaient implicitement un statut différent des préposés aux bénéficiaires qui sont des employés réguliers de l'établissement privé à but non lucratif. Un effort délibéré a été fait pour éviter que cette différence ne soit faite dans les milieux de travail et soit ressentie péjorativement par les employés concernés. Cette différence faite à l'égard des employés provenant de l'un ou de l'autre des partenaires ne contribuent pas à entretenir la relation d'égal à égal mentionnée plus haut.

L'implication des employés

Le dernier élément en trait avec la mise en œuvre des ententes porte sur l'implication des employés. Nous n'avons pas identifié formellement d'enjeu en trait avec ce point soulevé dans la littérature. Les milieux des cinq partenariats étudiés se présentent comme favorisant tous à certains égards l'implication des employés. Nous n'avons cependant pas été en mesure d'identifier d'éléments qui indiquent que cette implication des employés ait représenté ou non un élément significatif dans le succès du projet, mis à part dans le cas du Groupe Santé Arbec.

Groupe Santé Arbec

Tel que mentionné précédemment, le Groupe Santé Arbec, dans la conception des installations, des modèles d'organisations et de l'offre de soins et services, a jugé bon de consulter ses employés d'autres centres d'hébergement et de consulter quelques personnes-clés du public afin d'identifier les meilleures pratiques en hébergement et de considérer les besoins des employés dans leur travail auprès des usagers. La consultation des employés de part et d'autre à titre d'experts dans la phase de conception et de mise sur pied a été bénéfique à plusieurs niveaux dans le projet et a joué un rôle dans le succès du partenariat.

Facteurs de succès relatifs à la gestion de la relation contractuelle du partenariat

Une régie efficace de l'entente de part et d'autre

Le partenariat doit être porté par des personnes désignées des deux côtés. Ces personnes doivent être connues des deux parties et leur expertise jugée légitime. Ainsi, à l'interne, on saura vers qui se tourner en cas de questionnement ou de préoccupation. À l'externe, ces personnes identifiées seront aussi les interlocuteurs privilégiés pour adresser les enjeux opérationnels ou ceux qui ne sont pas adressés dans les comités de coordination.

Groupe Santé Arbec

Groupe santé Arbec a fait preuve de vision proactive en habilitant un directeur des soins infirmiers au sein de son CHSLD privé, alors que cela n'est obligatoire selon la loi que dans les CHSLD publics. Il s'est assuré ainsi que la structure interne de son CHSLD privé soit aisément conjugable avec une structure de fonctionnement publique.

Stevens

Une des forces que Stevens a apportées au partenariat a été le déploiement de ressources humaines spécifiques à l'entente, tant à l'interne qu'à l'externe. En effet, les intervenants du public pouvaient entrer en communication directe avec un vis-à-vis désigné, sans intermédiaire, accélérant ainsi la prise en charge des problèmes au fur et à mesure qu'ils sont rencontrés.

De la même façon, Stevens a veillé à ce que les usagers soient toujours accompagnés du même employé, ce qui contribue à humaniser le service. Toutefois, si pour une raison quelconque l'employé dédié à l'utilisateur n'est pas disponible, Stevens a aussi mis en place un système de documentation précis du cas de l'utilisateur pour que celui-ci soit rapidement pris en charge par un autre intervenant en mesure de bien saisir la situation et de prendre la relève sans que cet usager n'ait pas à répéter son histoire de cas. Ceci contribue à un fonctionnement efficace.

Des outils de gestion et des modes de fonctionnement clairs et partagés

Il est primordial au début du partenariat, avant même que le travail sur le terrain ne soit amorcé, que les deux parties soient outillées concrètement sur les façons de faire du partenariat. Qui plus est, la rédaction de l'outil du travail doit, sinon se faire de façon conjointe entre les parties publique et privée, du moins se faire de façon éclairée au vu des considérations des deux parties.

Un cadre de gestion permettant de clarifier les objectifs, la vision, les rôles, les résultats et les façons de les mesurer est une bonne pratique. Ceci permet de démarrer le partenariat d'un bon pied. Il est aussi utile de déterminer dès le départ les indicateurs de performance qui seront retenus pour la gouvernance du partenariat. Un tableau de bord devrait être développé et mis à jour sur une base régulière. Il devrait aussi faire l'objet d'un partage régulier entre les équipes de gestion des deux entités, contribuant à la transparence des données mentionnées plus haut.

Il est aussi important d'accompagner le personnel à tous les paliers, stratégique, tactique et opérationnel, de les éduquer aux rôles et compétences nécessaires qui seront attendus d'eux dans l'exercice du partenariat, ainsi que de les renseigner quant aux attentes et aux motivations d'une telle entente. On s'assure ainsi de l'engagement de son équipe, évitant de cette façon les problèmes liés à la démotivation. C'est une responsabilité partagée entre le partenaire privé et le partenaire public. Nous sommes dans un cadre de gestion du changement et les deux parties doivent collaborer pour forger un plan de changement adéquat.

Groupe Santé Arbec

Dans la gestion du partenariat qu'entretien le Groupe Santé Arbec avec l'établissement public du territoire, un comité de coordination a été mis sur pied. Celui-ci réunissait des représentants du CSSS du Sud de Lanaudière et des représentants du Groupe Santé Arbec. Ce comité discute de performance autour plusieurs outils de gestion de projets et de suivi.

Centre La Traversée

Bien qu'un outil de travail existe effectivement pour encadrer l'exercice du partenariat entre le Centre La Traversée et le Centre de santé et de services sociaux, le personnel du niveau opérationnel de part et d'autre n'est pas renseigné quant à son existence. Ainsi, les balises du partenariat demeurent floues sur le terrain, ce qui se traduit par une incertitude quant aux rôles à assumer par le public ou par le privé. Souvent, les tâches exercées dans le cadre du partenariat seront définies sommairement par rapport à ce qui incombe traditionnellement à telle fonction; et le reste sera laissé au soin de la volonté de la personne qui remplit cette fonction.

Par ailleurs, au niveau stratégique, un soin tout particulier a été appliqué à la rédaction de cet outil de travail, tant du côté du public que du côté du privé. C'est donc dire qu'il y a eu sans doute un enjeu au niveau de la diffusion de l'information à l'interne, du niveau stratégique au niveau opérationnel.

Stevens

Le guide de gestion formel a été une initiative de l'Agence. Bien que ce guide de gestion ait été considérablement travaillé et étoffé, les intervenants sur le terrain ne semblaient pas être au courant de son existence. Il est donc important que la communication à l'interne descende du niveau stratégique au niveau opérationnel.

Hôpital de réadaptation Villa Medica

Le guide de gestion formel a tardé à paraître dans le cas du guichet de santé physique à Villa Medica. En effet, il n'est paru qu'un mois avant la dissolution de l'Agence, tout juste après l'annonce de cette dissolution. Jusque-là, on avait fait usage d'un outil de travail préliminaire, ce qui selon plusieurs a contribué à un sentiment d'incertitude face à la légitimité de Villa Medica comme guichet unique. Il aurait mieux valu que le guide de gestion paraisse en début de partenariat afin de consolider des balises claires et ainsi dissiper les appréhensions face à ce nouveau joueur.

[La mise en place de mécanismes formels de communication et de coordination](#)

Afin de se donner un espace de coordination entre les partenaires, il convient de mettre en place des mécanismes de communication formels entre les parties impliquées. Bien souvent, ces mécanismes prendront la forme de comités divers. Or, ces comités doivent servir de lieux de règlement des litiges, des différends, d'endroits où l'on peut discuter des difficultés rencontrées sur le terrain et y apporter des solutions.

Enfin, il est important qu'à la conclusion du comité, le résultat soit une synthèse des deux visions, une mise à jour et une consolidation de l'alignement initial quant aux objectifs du partenariat. En effet, si les enjeux n'ont pas un espace pour être adressés au moment opportun, ceci peut contribuer à un sentiment de frustration des parties impliquées, à une accumulation de problèmes non résolus et, ultimement, pourrait nuire à la réussite du partenariat.

Groupe Santé Arbec

La construction des deux CHSLD et le transfert des usagers dans ces nouveaux centres a nécessité un effort considérable de coordination. Plusieurs comités ont été mis sur pied à cette fin, dont un comité stratégique de relocalisation et d'intégration de la clientèle, un comité tactique pour la planification et l'encadrement des travaux et plusieurs sous-comités cliniques responsables de différents volets techniques. On créera aussi un comité de gestion des communications. Des représentants des deux parties étaient présents à ces différents comités créant de fréquentes occasions d'échanges et de coordination. Une fois les centres ouverts et en fonction, un vis-à-vis du public et un vis-à-vis de Groupe Santé Arbec se rencontrent à l'occasion pour prendre le pouls de la situation et régler des problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent. Ces nombreuses rencontres de comités ont été autant d'occasions d'échange ayant contribué au succès du partenariat.

Institut de l'œil des Laurentides

Dans le cas de l'Institut de l'œil des Laurentides, des personnes-clés de l'Hôpital régional de St-Jérôme et de l'entreprise siégeaient aussi ensemble à un comité de coordination. Ce comité a permis d'adresser une partie des préoccupations soulevées.

Centre La Traversée

Le partenariat entre le Centre de santé et de services sociaux et le Centre La Traversée a pu profiter des comités en place pour discuter des enjeux rencontrés : le comité de prévention de chutes, le comité de communication, le comité de prévention de la violence, etc. Il est à noter que le CSSS a contracté plusieurs partenariats notamment avec quatre différentes ressources intermédiaires, dont le Centre La Traversée. Ainsi, la totalité des RI sont invitées à ces comités, ce qui contribue par ailleurs à une uniformisation des pratiques.

Stevens

Le partenariat de Stevens a nécessité la mise sur pied d'un comité de communication dans la perspective de bien gérer le changement vécu entre autres par la clientèle. Les rencontres du comité de communication se sont faites plus fréquentes en début de partenariat, mais elles ont été espacées une fois les principaux obstacles réglés (difficulté de transition en lien avec les culottes d'incontinence). Mais la facilité d'établir un contact avec Stevens pour l'ensemble des intervenants impliqués et des bénéficiaires, ainsi que l'ouverture à la discussion de Stevens a permis de régler la plupart des obstacles ponctuels.

En somme

Enfin, il va sans dire que les obstacles au partenariat public-privé résident bien souvent dans la non-observance des facteurs de succès énumérés ci-haut. Toutefois, il convient de mettre l'accent sur les éléments cruciaux. En effet, le manque de communication – et de mécanismes de communication formels –, de transparence et de confiance sont des facteurs soulevés comme risquant de compromettre sévèrement le partenariat.

Sur ce, notre analyse des cas corrobore assez fidèlement les pistes sur lesquelles la recension des écrits nous avait mis. Cependant, certains éléments que nous n'attendions pas sont ressortis dans l'analyse. En particulier, l'importance de l'innovation pour se démarquer comme partenaire de choix ou pour maintenir une relation en cours est apparue clairement. Nous avons regroupé ce facteur dans une nouvelle catégorie « Création de valeur » où nous avons aussi remis des thèmes connexes, mais plus étroits (appel d'offres basé sur la valeur et entente à long terme).

Nous avons aussi ajouté les facteurs de succès liés à la flexibilité et la prise de risque. Ces deux thèmes sont ressortis de façon évidente dans l'analyse et viennent aussi s'inscrire un peu en porte-à-faux par rapport au concept d'égalité, car ils témoignent tous deux d'efforts supplémentaires que le partenaire privé doit faire pour entrer en relation ou maintenir la relation avec le secteur public.

Nous avons incidemment bonifié le concept d'égalité des partenaires en ajoutant la notion de sous-traitance de capacité versus véritable partenariat. Nous avons en effet eu l'impression, dans plusieurs des cas étudiés que la finalité de la relation était beaucoup plus liée à un enjeu de capacité qu'à une véritable intention de développer de la valeur dans une perspective pérenne.

Finalement, nous avons aussi identifié l'importance de la densification de la relation pour enraciner le partenariat et en assurer la pérennité.

Constats et recommandations

À propos des constats, plusieurs éléments en trait avec les conditions de succès peuvent être soulevés afin de voir comment nous pouvons mieux conjuguer le privé et le public dans un contexte de livraison plurielle des services. Nous ne reviendrons pas sur les éléments couverts dans l'analyse, mais nous pensons qu'il est bon de faire le point sur la santé des partenariats que nous avons étudiés. Tous les cas sont des succès, dans la mesure où les services visés par l'entente ont été bien rendus, dans une mesure satisfaisante pour le donneur d'ordre et en considération du patient ou de l'usager. Dans tous les cas, on a respecté les paramètres de l'entente, les délais et la viabilité financière des ententes (dans la durée du terme consenti) sont au rendez-vous.

Cependant, il est de mise de souligner que le ressenti des partenaires n'est pas toujours cohérent avec un partenariat réussi dans la plénitude. De plus, les ententes sont souvent d'une durée courte, négociées sans visibilité sur le long terme. On a l'impression, dans certains cas, d'être dans une relation de sous-traitance de capacité plutôt que dans une relation d'affaires riche et dense. On sent donc une fragilité de certaines ententes et une incohérence par rapport à ce que devrait être un véritable partenariat. Le partenariat devrait créer de la valeur, au-delà de ce que les deux membres peuvent faire de façon individuelle.

On constate par ailleurs une méfiance de la part du secteur public envers les objectifs et les visées des entreprises privées. Or, notre étude nous a permis de dégager des cas où l'orientation vers les clients du partenaire privé est manifeste. Par ailleurs, pour le privé, sa survie à terme passe par sa capacité à bien servir le client et à le satisfaire. Les entreprises privées ont l'obligation de résultats.

Réciproquement, il y a aussi des incompréhensions de la part du privé par rapport au contexte d'exercice dans le public. Il y a certainement à rapprocher les deux réalités pour favoriser un dialogue.

Ainsi, à la conclusion de cette étude, plusieurs recommandations se dessinent. Il serait de mise, naturellement, de proposer d'entrée de jeu de réunir, pour des partenariats public-privé réussis, l'ensemble des conditions de succès qui ont été identifiés dans la littérature ou sur la base de la présente étude.

Nous pensons à tout le moins qu'il y a quelques autres points qui méritent une attention soutenue et qui pourraient faire l'objet de recommandations. La prochaine section présente ces recommandations en les structurant autour des acteurs : partenaires publics ; partenaires privés ; MSSS, CIUSSS et CISSS ; CEPSEM et FCCQ.

Recommandations pour les partenaires du public :

1. Favoriser les ententes à plus long terme

Il nous est apparu clairement que le terme des ententes peut avoir une influence sur l'investissement que le partenaire privé peut mettre dans l'entente et la création de valeur qui en découle. Nous recommandons de considérer les ententes à plus long terme

ou, du moins, des ententes renouvelables sous certaines conditions. Cette approche permet de donner une vision à long terme aux partenariats et un horizon d'action permettant de plus larges investissements de la part du partenaire. Des contrats à longue échéance imposent aussi l'impératif d'une entente préalable entre les partenaires.

2. Baser les appels d'offres sur la valeur et le rapport qualité/prix

Parmi les cas que nous avons étudiés, plusieurs ont pensé la valeur autrement dans leur soumission à l'appel d'offres. Ils ont fait preuve d'audace dans cette démarche. En effet, la réception des offres des services comportant des libertés calculées prises par rapport aux exigences de l'appel d'offres aurait pu être très tiède, voire fermée. Cependant, leur accueil favorable et leur sélection ont mené à des innovations en santé qui peuvent être des modèles intéressants pour notre réseau. Il importe par conséquent d'assigner, sur les jurys d'analyse des offres, des personnes compétentes et capables de juger qualitativement les propositions, si on ouvre plus largement les paramètres d'une entente à conclure.

Recommandations pour les partenaires privés

1. Innover

Nous avons identifié clairement, dans pratiquement tous les cas observés, une propension importante vers l'innovation. Cette caractéristique a su séduire le partenaire public. En innovant, il semble que l'entreprise soit plus apte à remporter un appel d'offres et à poursuivre la relation d'affaires dans le temps.

2. Densifier les partenariats

Pour maintenir une relation d'affaires sur le long terme, il est important de densifier la relation. Pour ce faire, la maîtrise des processus, des façons de faire et des aspects relationnels est fondamentale. L'ajout de services connexes à l'entente et l'enrichissement de la relation est à recommander pour créer une expérience sans couture pour partenaire public. Ainsi, en apportant une valeur ajoutée au partenariat, l'entreprise devient difficile à remplacer.

3. Ouvrir ses livres et faire preuve de transparence

Le succès des partenariats a un lien étroit avec la confiance au sein de la relation. Bien que, légalement, le partenaire public n'ait souvent pas à voir les chiffres, cette transparence volontaire favorise l'harmonie de l'entente et l'établissement du lien de confiance. La transparence est particulièrement importante dans les premiers temps d'un partenariat, car elle prélude à la confiance. Par ailleurs, le sentiment d'équité doit être et rester dans la relation de partenariat.

Recommandations pour les deux partenaires :

Plusieurs recommandations concernent les deux partenaires et la relation qui les unit. Nous pouvons formuler plusieurs recommandations à cet effet, mais en voici quelques-unes qui apparaissent incontournables :

- *Se doter de structure de gouvernance claire du partenariat*
- *Miser sur la communication et la transparence au sein de la relation*
- *Travailler à produire et rendre disponible une information fiable et de qualité*
- *Développer des outils de gestion et tableaux de bord*

Nous recommandons que ces éléments soient incorporés dans l'entente comme telle ; en particulier, que les indicateurs retenus et les cibles visées soient clairs dans l'entente. Il serait aussi de proposer la structure des comités (stratégique, tactique et opérationnels) qui participeront à la mise en œuvre de l'entente et à son exécution. Il va de soi que cette structure de gouvernance sera le creuset idéal pour accueillir une communication riche et échanger l'information pertinente à la gouvernance de l'entente et à la résolution des problématiques.

Recommandations pour le MSSS, les CIUSSS et CISSS

1. Mettre sur pied des forums d'échange et de discussion

Afin de favoriser les rapprochements entre le réseau public et le privé et de permettre par ailleurs la création d'une confiance préalable à l'établissement de partenariats, il est important de mettre en contact les acteurs du public et du privé. De même, des échanges bilatéraux entre CISSS et CIUSSS pour comprendre la nature des ententes conclues chez leurs pairs pourraient faire tomber des barrières et des idées reçues sur les collaborations public-privé. Ce pourrait aussi être une bonne façon d'apprendre des leçons des autres et d'éviter de commettre des erreurs.

2. Soutenir la recherche dans ce domaine

Bien que le domaine des partenariats public-privé ait été vastement étudié partout dans le monde, il demeure qu'ici, au Québec, et particulièrement en santé, le message est distordu et fortement teinté d'idéologie de part et d'autre. Au cours des dernières années, les contre-performances, notamment en matière d'accès, des services publics et les gains d'efficacité manifestes réalisés par le privé ont polarisé positivement une vaste frange de l'opinion publique. Cependant, beaucoup demeurent opposés à une plus grande emprise des organisations privées en santé pour de multiples raisons. Pour certains, on questionne l'ADN même des entreprises privées à servir l'intérêt commun et à offrir des soins de qualité aux patients et aux usagers. Pour d'autres, le privé ne fait qu'une ponction supplémentaire sur des ressources rares pour ultimement desservir des clientèles plus aisées.

Pourtant, partout dans le monde et tout particulièrement dans les pays dont les systèmes de santé font envie à plusieurs, tels la Norvège, la Suède, les Pays-Bas ou le Danemark, le privé détient une part non négligeable du panier de services offerts à la population. Il faut

donc apprendre davantage de ce mode de livraison des services et s'en bâtir une compréhension objective.

Recommandations pour le CEPSEM et la FCCQ

1. Poursuivre le travail d'approvisionnement du réseau public

Toujours dans la perspective de favoriser les rapprochements, il est du rôle du CEPSEM, de la FCCQ des autres organisations de ce type de favoriser la compréhension des enjeux du secteur public et d'en comprendre la dynamique. Un soutien à la préparation de soumission à des appels d'offres, par exemple, pourrait être mis sur pied ou encore un programme de parrainage d'entreprises pourrait voir le jour.

Conclusion

Au cours de l'année 2015, le Pôle santé a réalisé une démarche classique pour étudier cinq ententes entre des organisations du secteur privé (dont une à but non lucratif) et le réseau public de la santé. Nous avons approché les cinq cas avec ouverture, sans tenter de les couler immédiatement dans le moule des constats déjà tirés dans les écrits recensés. Cependant, la recension des écrits a permis de revisiter les cas pour vérifier la présence des différentes dimensions de succès qui ne s'étaient pas imposées dans une première analyse.

Cette double analyse a permis à la fois d'utiliser la vaste littérature en matière de partenariats public-privé, mais aussi de faire émerger de nouvelles dimensions qui ne s'y trouvent pas de façon marquée actuellement.

Suite à l'analyse dont nous faisons état dans ce rapport, nous avons formulé quelques recommandations et tracé les lignes d'un plan d'action. Nous espérons sincèrement que ces pistes pourront guider vers des ententes plus fructueuses entre le privé et le public, au bénéfice avant tout des patients, des usagers et de la société dans son ensemble.

Bibliographie

Aubert, B. A., Patry, M. (2004) « Les partenariats public-privé : une option à considérer », *Revue Gestion*, Volume 29, numéro 2, Été 2004, p.74-85.

Belhocine, N., Facal, J., Mazouz, B. (2005) « Les partenariats public-privé: une forme de coordination de l'intervention publique à maîtriser par les gestionnaires d'aujourd'hui » *Télescope*, Volume 12, Numéro 1 (février), p.2-15.

Belout, A. (1998) « Effects of human resource management on project effectiveness and success: toward a new conceptual framework », *International Journal of Project Management*, Volume 16, numéro 1, p.21-26.

Bernier, P. (2005) « Nouveaux partenariats entre le public et le privé : conditions d'émergence d'un modèle québécois », *Télescope*, Volume 12, Numéro 1 (février), P.80-92.

Boyer, M. (2008) « Le secteur privé dans un système de santé public : France et Pays Nordiques », cahier de la série scientifique no.2008s-06, Montréal, CIRANO, 29 pages.

Brinkerhoff, J. (2002) « Government-Nonprofit Partnership : A Defining Framework », *Public Administration and Development*, Volume 11, numéro 1, p.19-30.

Cahill, J. (1996) « Patient participation : a concept analysis », *Journal of advance Nursing*, Numéro 24, p.561–571.

Carnwell, R, et Buchanan, J. (2008) « The concepts of partnership and collaboration », *Effective Practice in Health, Social Care and Criminal Justice: A Partnership Approach*, 2e edition, Open University Press.

Chalmers, J. et Davis, D. (2001) « Rediscovering Implementation : Public Sector Contracting and Human Services », *Australian Journal of Public Administration*, Volume 60, numéro 2, p.74-85.

Charih, M., et Rouillard, L. (1997). «The New Public Management», dans Charih, M., et Arthur A. (sous la direction de), *New Public Management and Public Administration in Canada*, Toronto, Institute of Public Administration of Canada et École nationale d'administration publique du Québec.

Diallo, A. et Thuillier, D. (2004) « The Success Dimensions of International Development Projects : the Perceptions of African Project Coordinators » *International Journal of Project Management*, Volume 22, numéro 1, p.19-31.

European Commission (2003). *Guidelines for Successful Public – Private Partnerships*, Bruxelles, 100 pages.

Fitzgerald Ramonjavelo, M., V., (2007) « Les partenariats public-privé au Canada : les facteurs critiques de succès, les mécanismes de coordination utilisés et le choix des modes de gouvernance », Thèse de doctorat du programme conjoint de doctorat en administration, UQAM, 298 pages.

Gadiesh, O. et Gilbert, J., L. (1998) « Profit Pools: A Fresh Look at Strategy », Harvard Business Review, Mai-Juin 1998, [en ligne].

Giauque, D. (2005) « Les partenariats, une affaire d'adhésion et de valeurs. Contribution théorique à l'élaboration d'une problématique », Telescope, Volume 12, numéro 1, p.16-30.

Grudinschi, D., Sintonen, Sa., Hallikas, J. (2014) « Relationship risk perception and determinants of the collaboration fluency of buyer-supplier relationships in public service procurement », Journal of Purchasing & Supply Management, Volume 20, p.82-91.

Guzman, F., Sierra, V. (2012) « Public-private collaborations : branded public services ? » Eur. J. Marker, Volume 46, Numéro 7/8, p.994-1012.

Hoffmann W. H. et R. Schlosser. 2001. « Success Factors of Strategic Alliances in Small and Medium-sized Enterprises- An Empirical Survey ». Long Range Planning. vol.34(3), p.357-381.

Huxham, C., et Vangen, S. (1996) « Key themes in the management of relationships between public and non-profit organizations », International Journal of Public Sector Management, Volume 9, Numéro 7, p.5-17.

Huxham, C. (2003) « Theorizing collaboration practice », Public Management Review, Volume 5, numéro 3, p.401-423.

Ika, L., A. (2004) « Analyse de la valeur acquise en contexte d'interdépendance des chemins : une avenue à explorer », Actes du Congrès de l'Association Canadienne des sciences administratives (ASAC), Québec.

Kaboolian, L. (1998) «The New Public Management: Challenging the Boundaries of the Management vs Administration Debate », Public Administration Review, volume 58, numéro 3, p.189-193.

Martin, V. et Jobin, M.-H. (2004) « La gestion axée sur les résultats : Comparaison des cadres de gestion de huit juridictions », Centre d'études en transformation des organisations, Cahier de recherche : 04-01, HEC Montréal, 32 pages.

Mascarenhas, B.; Baveja, A. et Jamil, M. (1999) « Comment naissent les compétences », L'Expansion Management Review, Mars, p.29-37.

Mazouz, B., Belhocine, N. (2008) « Gérer l'interface politique, organisationnelle et économique des PPP ». Sous la direction de Dallaire L. et Boisclair, M., dans « Les défis du partenariat dans les administrations publiques : un regard systémique, théorie et pratique », Québec : Presses de l'Université du Québec, p.173-200.

Mazouz B., Facal, J., Viola, J.-M. (2008) «Public-private partnership: Elements for a project-based management typology », *Project Management Journal*, Volume 39, Numéro 2, p.98–110.

McKinnon, A. (2010) « La construction de la confiance dans la création d'un partenariat intersectoriel », *Mémoire de maîtrise en sciences de la gestion*, HEC Montréal, 152 pages.

Muetzelfeldt, M. (2001) « The Facilitative State and The Symbolic Potency of Mutual Obligation», *Australian Journal of Public Administration*, Volume 60, numéro 2, p.99-110.

Osborne, D. et Gaebler, T. (1992) « Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector» Addisnon-Wesley Publishing Company.

Padova, Allison (2010). "Les partenariats public-privé: pourquoi, où, quand et comment", *Étude générale*, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 29 page.

Panet-Raymond, J (1991) « Le partenariat entre l'État et les organisations communautaires : A Ressource Dependance Perspective, New York, Harper and Row, 300 pages.

Peters, G., B. et Savoie, D., J. (sous la direction de) (2001) « La gouvernance du XXIe siècle : revitaliser la fonction publique ». Presses de l'Université Laval et Centre canadien de gestion.

Pinto, J., K. et Slevin, D. P. (1988) « Critical Success Factors across the Project Life Cycle », *Project Management Journal*, Volume 19, numéro 3, P.67-75.

Pistis, T., S.; Kornberger, M., et Clegg, S. (2004) « The Art of Managing Relationships in Interorganizational Collaboration », *M@n@gement*, Volume 7, numéro 3, p.47-67.

Préfontaine, L. (2008) « Les PPP, des projets risqués? » Sous la direction de Dallaire L. et Boisclair, M., dans « Les défis du partenariat dans les administrations publiques : un regard systémique, théorie et pratique », Québec : Presses de l'Université du Québec, p.201-218.

Préfontaine L.; L. Ricard et H. Sicotte (2002) « Nouveaux modèles de collaboration pour la prestation des services publics: constats et défis ». Rapport présenté au CEFRIO.

Rouxel, B. (2006) «Les projets de Partenariats Public Privé au Québec : Une étude de cas», *Mémoire de maîtrise en gestion de projet*, l'Université du Québec à Rimouski, 137 pages.

Tremblay, Réjean, St-Laurent, Gilles et Martin Beaulieu. Mars 2003. « Les embûches à un partenariat public-privé dans le secteur de la santé ». *Cahier de recherche n° 03-03*. HEC Montréal.

Woodman, Elizabeth (2006). "Le marché du financement des projets d'infrastructure en partenariat public-privé et son évolution au Canada", *Banque du Canada*, 7 pages.

Le Conseil Canadien pour les Partenariats Public-Privé, [en ligne]
<http://www.pppcouncil.ca/resources/about-ppp/models.html>, consulté le 5 janvier.

Annexe 1 : Cas de gestion

Collaborer en maximisant la valeur pour l'utilisateur

Groupe Santé Arbec

Rédigé par

Caroline PARENT, coordonnatrice-chargée de projet
Ariane-Hélène FORTIN, professionnelle de recherche
Marie-Hélène JOBIN, directrice

Pôle santé HEC Montréal

JANVIER 2016

Description

Groupe Santé Arbec est une entreprise familiale qui a pour mission d'assurer des services personnalisés dans un milieu de vie adapté aux besoins des résidents en perte d'autonomie. Dans le domaine de l'hébergement depuis les années 60, cette entreprise diversifie son modèle d'affaires en ouvrant des établissements privés conventionnés (EPC) dans les années 70, soit aux premiers balbutiements de ce type d'initiative par le gouvernement du Québec.

À ce jour, cette organisation compte neuf établissements de santé dans les régions de Lanaudière et des Laurentides, comprenant trois Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), trois Ressources intermédiaires (RI), une résidence pour personnes autonomes et ressources intermédiaires, ainsi qu'un Centre Multi-services en soins de santé. Au total, Groupe Santé Arbec gère plus de 650 lits.

Le début du partenariat : Groupe Santé Arbec remporte deux appels d'offres

Voyant la population vieillissante augmenter et les urgences déborder dans le Sud de Lanaudière, le Ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait publiquement l'intention d'autoriser la création d'un nouveau CHSLD privé non conventionné sur le territoire de l'Assomption à l'automne 2012. Dès cette annonce, Médifice, une entreprise œuvrant dans la construction et la gestion de bâtiments médicaux, est intéressée à proposer un projet. Le PDG, Marcel Landry, entame des démarches pour trouver un terrain intéressant sur lequel bâtir le nouvel établissement. Il cible ainsi un terrain de la ville de Repentigny, adjacent à un parc et à plusieurs services. Il rencontre des élus de la Ville pour les convaincre du bien-fondé du projet qu'il a en tête. Ces derniers, d'abord réticents à l'idée de se départir du terrain, acceptent finalement de le lui vendre.

Médifice est, cependant, un spécialiste de la construction d'établissements de santé et non un opérateur. Lorsque l'Agence de Santé et de Services sociaux (ASSS) de Lanaudière lance quelques mois plus tard un appel d'offres par l'intermédiaire du Système électronique d'appel d'offres (SEAO) pour le développement d'un Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) dans la ville de Repentigny, Médifice s'allie à Groupe Santé Arbec pour préparer une proposition. Déjà habitués de collaborer sur d'autres projets, les PDG des deux entreprises jouissent d'une bonne réputation auprès du réseau de la santé et des services sociaux et ont créé à travers les années de bonnes relations avec leurs interlocuteurs au public. Quatre autres entreprises privées sont aussi en lice pour soumissionner.

Contrairement à la norme, où les appels d'offres du public privilégient le plus bas soumissionnaire, l'Agence proposera un appel d'offres dont les critères d'évaluation sont basés sur le rapport qualité/coût. Les deux entreprises recevaient très positivement cette ouverture du réseau, car « c'est une chose d'être le plus bas soumissionnaire à un appel d'offres... Mais cela ne représente pas la vision et la philosophie de nos deux entreprises », explique Paul Arbec.

En outre, l'offre propose un bail à long terme de 20 ans, plutôt que de cinq ans comme à l'habitude. Cette exigence était reçue favorablement par Groupe Santé Arbec pour qui les contrats à court terme poussent à prendre des décisions à courte vue, qui, souvent, ne sont pas au bénéfice des usagers hébergés et de leur qualité de vie.

Dans la démarche de préparation de la soumission, des groupes de discussion sont organisés avec les employés de Groupe Santé Arbec afin de recueillir leurs recommandations quant à la construction d'un nouveau CHSLD. Des employés du secteur public sont aussi consultés pour bien cerner les besoins des usagers. L'entreprise veut en effet offrir le meilleur milieu de vie possible pour la clientèle, tout en assurant un environnement dans lequel il est agréable de travailler pour ses employés.

Toujours pendant la préparation de la soumission, Paul Arbec, le PDG de Groupe Santé Arbec, son Vice-président exécutif, ainsi que le PDG de Médifice, Marcel Landry, revoient, ensemble, les standards exigés par le gouvernement dans la construction d'un CHSLD. Ils identifient, ainsi, des normes qui, selon eux, ont un coût élevé tout en ayant peu d'impact sur la qualité pour l'utilisateur. Ils choisissent d'en laisser tomber un certain nombre. Pour compenser, ils identifient à l'inverse des éléments innovants qui, à leur avis, ont beaucoup plus de valeur pour les usagers, comme l'aménagement des espaces extérieurs ou encore la mise en place de corridors périphériques plutôt que linéaire.

En somme, l'ensemble de ces démarches permet aux deux principaux intéressés, Groupe Santé Arbec et Médifice, de répondre conjointement à l'appel d'offres de l'Agence avec un devis axé sur la performance et la qualité, dans lequel est proposé un édifice innovant prenant en considération les recommandations des professionnels de la santé (par exemple, la construction de couloirs en « rond » censés, selon Groupe Santé Arbec, contribuer à la diminution de l'anxiété chez les personnes âgées en leur permettant de circuler plus aisément sans se heurter à un cul-de-sac). Le terrain trouvé par Marcel Landry à Repentigny serait le site de la construction, si le projet venait à être retenu.

Faire contre mauvaise fortune bon cœur

Malheureusement, le jour du dépôt des soumissions, l'entreprise familiale Groupe Santé Arbec a quelques minutes de retard et sa soumission est retirée de la course. C'est une grande déception pour l'équipe du Groupe. Mince consolation cependant, les propositions des quatre autres soumissionnaires sont jugées non conformes et l'Agence ne retient aucune candidature. Il y a possiblement une chance que le projet soit lancé à nouveau, mais il faut attendre.

Peu de temps après, l'Agence lance un concours semblable, cette fois-ci dans la ville de Terrebonne. Groupe Santé Arbec a, dans ses cartons, un projet tout prêt. Pourquoi ne pas l'ajuster et proposer le projet de Repentigny à Terrebonne ? Médifice est aussi partant pour recadrer la proposition et se met à la recherche d'un terrain immédiatement. Pour cet appel d'offres, Groupe Santé Arbec dépose à temps sa soumission. En mars 2013, il remporte le concours et est choisi

pour développer et offrir les services du CHSLD des Moulins à Terrebonne, toujours en collaboration avec Médifrice.

Quelques mois plus tard, l'ASSS de Lanaudière reprend le concours pour développer un CHSLD à Repentigny. Fait intéressant, l'Agence ajuste les prix demandés par usagers par rapport à l'appel d'offres lancé en 2012. En effet, dans l'appel d'offres initial, l'Agence exigeait un prix maximum par usager hébergé qui n'était pas suffisamment élevé, ce qui a eu pour conséquence qu'aucune entreprise n'a répondu adéquatement aux exigences. L'ASSS de Lanaudière augmente donc de 20 \$ par usager son per diem maximum initial, ce qui représente le manque à combler, selon le président-directeur général de Groupe Santé Arbec. Médifrice possède déjà un terrain qui se prête à ce projet et est prêt à embarquer dans cette nouvelle aventure avec Groupe Santé Arbec. De plus, la soumission est essentiellement prête. Toutefois, l'ouverture de front de deux CHSLD représente un défi et les deux entreprises doivent donc bien peser le pour et le contre de se lancer dans ce second projet. Groupe Santé Arbec décide finalement de répondre à l'appel d'offres et remporte le concours.

Selon le PDG de Groupe Santé Arbec, le fait que l'entreprise était déjà présente dans Lanaudière et qu'elle avait déjà fait ses preuves auprès des décideurs a assurément joué en sa faveur pour les deux appels d'offres remportés. Il explique à ce propos : « *ils (les décideurs) pouvaient valider que ce qu'il y avait dans notre soumission, ce n'était pas seulement des oui-dire* ». Aussi, l'entreprise familiale a fait le choix stratégique dans le passé de ne pas œuvrer à pleine capacité dans ses établissements privés, privés conventionnés et ressources intermédiaires. En d'autres termes, Groupe Santé Arbec laisse en tout temps quelques lits disponibles, ce qui lui permet de « dépanner » le réseau public en accueillant des usagers dans des périodes plus occupées. Cette stratégie lui a permis de collaborer de nombreuses fois avec le réseau public à travers les années et de se faire connaître. Groupe Santé Arbec s'est ainsi fait un nom dans le réseau au fil du temps. Pour Médifrice, l'importance d'avoir une bonne réputation est aussi fondamentale : « *Quand vous passez quelque part, laissez votre trace* », souligne son PDG, Marcel Landry. Se forger une bonne réputation est très important pour les deux entreprises.

Malgré la bonne nouvelle de ce deuxième concours remporté, Groupe Santé Arbec fait face à un enjeu financier, puisqu'une bonne partie de ses ressources est déjà engagée dans la construction du CHSLD des Moulins, à Terrebonne. Le Président-directeur général ne souhaite néanmoins pas laisser passer cette nouvelle opportunité de collaboration avec le réseau public et consacre l'année 2013-2014 à amasser le capital nécessaire pour lancer le CHSLD.

La construction des CHSLD et le début du partenariat

La construction des deux établissements se fera presque en simultané. On inaugure le premier chantier à Terrebonne en mai 2013 et celui de Repentigny débute en juillet 2013.

Le défi est de taille pour livrer à temps les constructions. Néanmoins, Médifrice et Groupe Santé Arbec mettent la main à la pâte et tous les efforts nécessaires sont investis pour construire dans un délai de 10 mois les deux CHSLD.

Au final, le PDG de Médifice estime que ces deux établissements ont coûté 40 % moins cher à bâtir⁵, et ce, pour un niveau de qualité supérieur que si la construction avait été prise en charge par le réseau public. Selon Marcel Landry, son expérience dans la construction d'établissements de santé, le choix judicieux des standards de construction à respecter et l'efficacité de ses pratiques permettent à Médifice de se démarquer au niveau de ses coûts.

Au mois de mai et juin 2014, après 10 mois de construction à un rythme effréné, les deux centres ouvrent leurs portes. Les CHSLD ont 102 lits chacun. Ils accueillent une clientèle ayant une autonomie fonctionnelle variant entre 9 et 14⁶, c'est-à-dire requérant une moyenne approximative de 4 heures de soins par jour.

Une structure de gouvernance pour assurer la bonne conduite du projet

Afin d'assurer le bon déroulement de ce partenariat tripartite entre l'Agence, le CSSS du Sud de Lanaudière et Groupe Santé Arbec, une structure de gouvernance est mise sur pied dès les premiers balbutiements du partenariat et permet d'anticiper les enjeux auxquels les partenaires peuvent être confrontés à différents niveaux.

Au plan stratégique, un comité de relocalisation et d'intégration de la clientèle, responsable principalement du respect des délais serrés et de la logistique pour déménager la clientèle, est mis en place. Du côté de Groupe Santé Arbec, ce comité comprend le PDG, le Vice-Président des ressources financières informationnelles et affaires corporatives, le Directeur Général Adjoint (DGA) ainsi que la Directrice des soins infirmiers. Du côté du CSSS du Sud de Lanaudière, on retrouve la Directrice générale adjointe, la Directrice et le Coordonnateur clinico-administratif du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Au niveau de l'Agence de Lanaudière, la DGA et Directrice des finances ainsi que la Directrice des services sociaux participent aussi à ce comité tripartite. Au total, ce comité se rencontre à trois reprises pour planifier adéquatement l'intégration de la clientèle à l'intérieur des deux CHSLD.

Au CSSS du Sud de Lanaudière, on met en place un comité tactique pour la planification et l'encadrement des travaux visant le transfert de clientèle. Spécifiquement, ce comité a le mandat de planifier, d'organiser, d'opérationnaliser et de suivre l'ensemble des activités entourant le transfert des clientèles hébergées dans des places temporaires, dans divers établissements de la région, et devant être transférées dans les deux CHSDL privés conventionnés de Groupe Santé Arbec. Ce comité est composé de plusieurs représentants de directions du CSSS (SAPA, DSI, ressources humaines, services techniques, finances, services multidisciplinaires, communication) et de quelques représentants de Groupe Santé Arbec. Il se rencontre toutes les semaines ou aux deux semaines pour notamment décider de l'ordonnancement des activités et de la séquence des transferts, tout en assurant la qualité des services et la sécurité de la clientèle. Ce comité est aussi

⁵ Le PDG de Médifice mesure qu'un lit d'hébergement au public coûte en moyenne 175 000 \$ à construire. Les lits construits par Médifice pour les deux projets reviennent à 115 000\$ chacun.

⁶ Selon le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

responsable d'élaborer un plan de communication relativement aux transferts et d'assurer les liens avec les différents partenaires internes et externes.

Au plan opérationnel, plusieurs sous-comités cliniques sont lancés, regroupant des intervenants et professionnels de Groupe Santé Arbec et du CSSS du Sud de Lanaudière. Chacun de ces sous-comités est responsable d'un volet technique de la période de transition des usagers, par exemple le transfert des résidents, les ressources humaines et la dotation, les contrats de services et les aspects financiers.

La gestion du projet, plus précisément de la transition des patients vers les deux CHSLD, est sous la responsabilité d'un duo constitué du Coordonnateur clinico-administratif de la Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), représentant la partie publique du partenariat, et de la directrice des soins infirmiers qui combine cette fonction pour les deux établissements, représentant la partie privée de ce partenariat. Ces deux personnes pivots travailleront main dans la main à chaque étape du projet.

En somme, rien n'est laissé au hasard pour piloter ce mandat complexe et toutes les ressources nécessaires sont mobilisées, et ce, autant au niveau de l'Agence, du CSSS et de Groupe Santé Arbec pour planifier et exécuter minutieusement les travaux.

Une communication proactive effectuée en partenariat

Les communications n'ont pas été laissées au hasard au sein de cette collaboration. Tout d'abord, étant donné le caractère délicat et possiblement controversé d'une entente avec un partenaire privé, un comité de gestion des communications a été créé rapidement, dès l'annonce du projet. La mise en place de ce comité était essentielle, selon le PDG de Groupe Santé Arbec, pour faire face aux syndicats et à la population qui, de façon générale ont une perception plutôt négative quant à l'implication du privé dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce comité, composé du PDG, de l'agent de communication de Groupe Santé Arbec ainsi que de la Directrice de l'équipe des communications de l'Agence, est aussi responsable de la planification et de l'élaboration des conférences de presse. Au final, ce comité s'est rencontré 5-6 fois afin de bien orienter les communications à nature plus stratégique.

Dans le même ordre d'idées, afin d'assurer une bonne gestion des communications entourant le projet, un plan de communication incluant l'Agence, le CSSS, et Groupe Santé Arbec est rapidement élaboré et pris en charge par le Coordonnateur clinico-administratif de la Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du CSSS. De cette façon, les partenaires s'assurent d'une uniformité à travers les messages et anticipent les besoins : « *Le plan de communication vient répondre à beaucoup de préoccupations, alors si certaines font surface, on est prêts à y répondre. Il fallait être à l'écoute des gens et se préparer.* »

Ce plan de communication sert, entre autres, à apaiser les préoccupations des personnes touchées par ce projet, notamment les familles, les syndicats et certains groupes de professionnels du milieu de la santé. Puisqu'au départ, ces groupes éprouvent quelques

réticences à ce qu'un partenaire privé ait été nommé responsable des Centres d'hébergement, il était d'autant plus important de bien préparer les communications : « *Il fallait travailler à changer les perceptions à l'effet qu'une organisation privée cherche, au détriment de la qualité des services, à couper dans les coûts et à faire un plus grand profit.* », selon le Coordonnateur clinico-administratif de la Direction programme SAPA. Pour bien anticiper les préoccupations, le CSSS organise un groupe de discussion avec les personnes touchées pour bien comprendre leurs inquiétudes et s'assurer d'y répondre adéquatement à travers le plan de communication.

Une période de transition à planifier minutieusement

Au départ, l'Agence souhaite que Groupe Santé Arbec intègre les usagers dans les deux CHSLD en l'espace de quatre semaines chacun. En comptant environ 100 usagers par Centre, selon l'équipe clinique de Groupe Santé Arbec, cela représentait un risque important pour la santé et la sécurité des usagers qui peuvent vivre cette période de transition difficilement, compte tenu de leur état de santé précaire.

Prendre le temps nécessaire pour bien effectuer cette transition est essentiel, compte tenu de la difficulté vécue lors d'un transfert de personnes âgées survenu dans la région en 2011 entre l'Hôpital Pierre-Le Gardeur et le Centre Multivocationnel Claude-David⁷. Cet événement a marqué profondément la population de Lanaudière. Ainsi, toute l'équipe du partenariat, et particulièrement les gens de Groupe Santé Arbec, ont à cœur le succès de la transition. Pour la Directrice des soins infirmiers de Groupe Santé Arbec, il ne faut absolument pas reproduire les mêmes erreurs. Un rapport du Protecteur du citoyen découlant de l'événement de 2011 propose de nombreuses recommandations pour éviter qu'une telle situation se reproduise. Ces recommandations sont considérées, et même, dans certains cas, des mesures plus importantes que celles recommandées sont prises. La direction générale du CSSS du Sud de Lanaudière et le Groupe Santé Arbec négocient ainsi un délai de huit semaines avec l'Agence pour échelonner l'admission des usagers, une période plus longue que ce qui avait été initialement prévu. Cette dernière accepte la proposition. Les coûts supplémentaires liés à cet étalement de la prise en charge seront acquittés de part et d'autre, mais en bout de piste, une bonne partie sera assumée par Groupe Santé Arbec.

Pour planifier cette transition délicate, le comité tactique de transition s'adjoit les services des deux assistantes de la DSI, d'une travailleuse sociale de Groupe Santé Arbec ainsi que des Chefs d'unité de vie des CHSLD d'où proviendront les usagers. Selon la DSI de Groupe Santé Arbec, compte tenu de l'ampleur et des enjeux que représente ce transfert massif d'usagers, ces rencontres effectuées en partenariat sont essentielles pour la bonne conduite de cette transition et permettent de penser à tous les volets du transfert pour s'assurer de ne rien laisser au hasard.

⁷ Aux prises avec une affluence hors du commun de son urgence durant la période des fêtes en 2010, l'Hôpital Pierre-Le Gardeur s'est vu dans l'obligation de transférer 60 personnes âgées dans un Centre multivocationnel. Le transfert s'est effectué en 10 jours dans la précipitation. Dans les trois mois suivants, 18 d'entre elles sont décédées.

Parallèlement à ces travaux, le Coordonnateur clinico-administratif de la Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, chargé de projet du côté public, effectue un *benchmarking* des connaissances existantes en matière de transfert de personnes âgées en situation précaire. Il vient ainsi alimenter les discussions du comité de transfert en données probantes pour prendre des décisions éclairées.

Durant ces rencontres hebdomadaires, le groupe discute entre autres des moyens à entreprendre pour effectuer le transfert, des outils à développer, des moyens pour préparer adéquatement les familles et les usagers, etc. On développe notamment un dépliant d'accompagnement pour les familles, des outils cliniques, des grilles d'évaluation ainsi qu'une grille à compléter avant le transfert pour assurer l'uniformité des dossiers patients qui arrivent chez Groupe Santé Arbec. Une Conseillère en soins infirmiers du CSSS participe aussi à la planification du transfert en développant un questionnaire permettant d'évaluer l'état de santé de chaque résident et son niveau de stabilité avant de le transférer.

Groupe Santé Arbec décide aussi d'organiser une journée portes-ouvertes dans les deux CHSLD pour rencontrer les familles, se présenter et leur faire visiter les lieux : « *Pour que ce transfert soit un succès, les familles des usagers doivent être des parties prenantes.* », selon la DSI de Groupe Santé Arbec. Certains gestionnaires du CSSS assistent aussi à ces deux journées, ce qui leur permet de faire connaissance avec les employés de leur partenaire du secteur privé et de mieux connaître ses activités.

L'expérience difficile de 2011 inquiète les comités des usagers, d'autant plus que l'appel d'offres avait aussi été remporté par une entreprise du secteur privé à cette occasion. Considérant aussi la réticence du public vis-à-vis des partenariats public-privé en santé, il ne fallait pas commettre d'erreurs, explique la DSI!

Néanmoins, considérant que le besoin d'hébergement était bel et bien présent dans le Sud de Lanaudière et connu de la population, la construction de nouveaux CHSLD est perçue comme nécessaire et l'implication de Groupe Santé Arbec dans ce dossier « public » s'en trouve en partie légitimée. De plus, le fait que Groupe Santé Arbec a nommé une DSI pour ses CHSLD, une fonction que l'on retrouve dans les établissements publics, et qu'il a une équipe d'infirmières (et non seulement une équipe d'infirmières auxiliaires et de préposés, comme c'est le cas dans certains centres privés) mettent également le CSSS ainsi que la population et les familles touchées en confiance, selon la DSI.

Au final, le comité de travail tactique prévoit transférer trois usagers par jour sur une période de huit semaines pour chacun des deux Centres. Ces nouveaux résidents proviennent de six centres soit : CHSLD Alexandre-Archambault, Centre Multivocationnel Claude-David, Manoir Heather, CHSLD Heather, CHSLD du Nord de Lanaudière et Hôpital Pierre-Le Gardeur. La plupart des usagers transférés sont des résidents du Sud de Lanaudière qui, en contexte de manque de place pour les accueillir sur leur territoire, ont été hébergés temporairement par des centres du Nord

de Lanaudière. Certains usagers admis dans les nouveaux CHSLD arrivent aussi directement de la maison, où ils recevaient du soutien à domicile du CSSS.

Des éléments financiers à négocier

Dans le cadre de cette période de transition, plusieurs entretiens s'effectuent entre le responsable des finances de Groupe Santé Arbec et l'Agence concernant le volet financier de l'entente du partenariat. En effet, la planification minutieuse du transfert d'usagers coûte cher et demande à Groupe Santé Arbec de doubler pratiquement son personnel pour couvrir une période de huit semaines de transition plutôt que quatre telle que mentionnée plus tôt, sans compter la formation qui doit être offerte aux nouveaux employés.

Les frais de démarrage sont ainsi plus élevés que prévus et les relations sont un peu tendues entre les deux partenaires, selon le responsable financier de Groupe Santé Arbec. Le responsable financier tente ainsi de trouver un terrain d'entente avec l'Agence pour couvrir ce manque à combler. Au final, Groupe Santé Arbec hérite d'une bonne partie de la facture, mais les enjeux sont jugés importants et Groupe Santé Arbec ne veut prendre aucune chance avec un transfert plus rapide.

La période de transition : un franc succès!

La période de transfert des usagers se déroule néanmoins sans embuche et au rythme prévu. Le seul enjeu notable auquel l'équipe de transition doit faire face est le fait que quelques familles ne souhaitent pas que leur proche soit transféré dans un nouveau centre. Bien qu'au départ il ait été convenu avec les familles concernées que le placement de leur proche dans le Nord de Lanaudière soit temporaire, en attendant que soient créées de nouvelles places dans le Sud, ces dernières ne souhaitent pas leur faire vivre une seconde période d'adaptation dans un nouveau Centre.

Pour répondre à ces préoccupations, la DSI de Groupe Santé Arbec contacte la Directrice du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées du CSSS du Sud de Lanaudière qui, à son tour, contacte la Directrice du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées CSSS du Nord de Lanaudière. En travaillant ce dossier en partenariat, elles réussissent à dénouer cette impasse en faisant preuve de flexibilité auprès des familles et en permettant à celles qui le souhaitent que leur proche reste dans le Nord de Lanaudière. Quelques gymnastiques administratives effectuées en partenariat et les souhaits des huit familles touchées ont pu être exaucés!

Au final, les rencontres effectuées hebdomadairement ont permis de créer un espace d'échanges, mais surtout d'établir un lien de confiance. Ainsi, Groupe Santé Arbec et le CSSS du Sud de Lanaudière travaillent dans un réel partenariat, et non selon une relation « fournisseur-client », comme on le voit souvent dans le milieu de la santé, explique la DSI. « *Le travail d'équipe était quelque chose de nécessaire pour réaliser avec succès ce projet.* », ajoute-t-elle.

Et après?

Une fois la période de transition terminée, les CHSLD de Terrebonne et de Repentigny assurent dans le quotidien le bon déroulement des activités.

Bien que les contacts avec le CSSS, maintenant devenu Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière, se fassent de façon moins régulière et formelle, le Coordonnateur clinico-administratif de la Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées rencontre la DSI et ses assistantes de temps en temps afin de prendre le pouls de la façon dont les choses se passent dans les CHSLD. Les deux parties profitent de ces occasions pour régler les problèmes lorsqu'ils se présentent. L'interface entre les deux partenaires se fait aussi par le biais du Service d'Accueil Admission (SAA) du CISSS de Lanaudière et de la chef d'unité du CHSLD, qui discutent ensemble des nouvelles admissions. L'Agence de Lanaudière étant abolie depuis la réforme de 2015, les contacts de Groupe Santé Arbec avec le palier régional se font davantage via une reddition de comptes annuelle sous forme de rapport au CISSS de Lanaudière. En définitive, et ce, même si les contacts se font de manière moins régulière, tous s'entendent pour dire que l'entretien de bonnes relations est fondamental pour mener avec succès une collaboration public-privé dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Au final, le transfert des usagers s'est effectué sans embuche et ces derniers vivent maintenant dans des espaces de vie dédiés à la clientèle : « *On essaie d'offrir un milieu de vie ressemblant davantage à un hôtel qu'à un hôpital dans un environnement sain, calme et serein.* », souligne le PDG de Groupe Santé Arbec. L'aménagement des lieux favorise aussi le leadership de proximité des équipes soignantes et du personnel administratif dont les bureaux sont situés directement sur les étages.

Pour s'assurer de toujours livrer des soins et des services de qualité, Groupe Santé Arbec organise aux six mois des réunions avec les familles des usagers afin de rester à l'écoute, de recueillir leurs commentaires et d'apporter les ajustements nécessaires.

À l'unanimité, les partenaires s'entendent pour dire que ce partenariat a été mené avec succès. Le fait que, pour chacun, le client soit au centre de toutes les décisions, permet aux parties impliquées de résoudre aisément les problématiques rencontrées. Bref, en fin de compte, chacun travaille à assurer la meilleure qualité des soins et services offerts aux usagers, ce qui fait en sorte que, même si Groupe Santé Arbec est une entreprise à but lucratif, les visions des deux partenaires sont les mêmes et facilitent grandement la collaboration, selon le Coordonnateur clinico-administratif du programme SAPA.

Pour le futur, Groupe Santé Arbec souhaite continuer à innover dans ses façons de faire, en se rapprochant notamment des chercheurs universitaires et en basant de plus en plus ses actions sur les données probantes et les meilleures pratiques.

Regard sur la performance

Institut de l'œil des Laurentides

Rédigé par

Aline PANG-CHARBONNEAU, auxiliaire de recherche

Ariane-Hélène FORTIN, chargée de projets

Marie-Hélène JOBIN, directrice

Pôle santé HEC Montréal

Janvier 2016

Au printemps 2012, la direction de l'Institut de l'œil des Laurentides (IOL) apprend que l'Hôpital régional de Saint-Jérôme n'a pas l'intention de renouveler l'entente signée en 2010. Pour l'essentiel, l'Agence souligne que cette entente a fait exploser le budget dédié aux traitements ophtalmologiques dans la région.

De son côté, l'IOL soutient que l'entente a parfaitement été respectée et que la croissance des honoraires facturés résulte en fait de l'augmentation spectaculaire de leur productivité. L'institut considère, en fait, avoir plutôt bien réussi, car la liste d'attente a, à toutes fins pratiques, été éliminée, ce qui est la principale raison à l'origine de cette entente entre le public et le privé.

Cependant, l'Agence est prête à poursuivre une relation dans le cadre d'une entente où un plafond maximal pourrait être fixé. La conduite de cette deuxième entente sera cruciale, car plusieurs enjeux d'importance ont été rencontrés dans ce dossier.

La fondation de l'IOL : À la convergence de plusieurs facteurs

L'Institut de l'œil des Laurentides (IOL) est un établissement privé offrant des soins oculaires. Fondé en 2010, sa mission est d'offrir des soins à la fine pointe de la technologie et de l'innovation en veillant au bien-être et à la sécurité du patient.

Tout d'abord, la démographie de la région a un rôle à jouer dans la création de l'IOL. La région des Laurentides, qui compte près de 600 000 personnes⁸, est en plein développement. Sa population comprend un bassin significatif de personnes âgées de plus de 50 ans, soit une clientèle susceptible de nécessiter des soins ophtalmologiques. Bien que les besoins à ce niveau soient importants dans la région, les établissements de soins de santé et de services sociaux publics, notamment les hôpitaux de Saint-Jérôme, de Saint-Eustache et de Sainte-Agathe, n'ont pas nécessairement les ressources pour s'attaquer à un enjeu de cette taille. Le ratio habituel en ophtalmologie est de 1 ophtalmologiste pour 30 000 patients, selon une ophtalmologiste rencontrée. La région des Laurentides a, alors, un ratio de l'ordre de 1 pour 125 000 ce qui constitue une pénurie d'ophtalmologistes. Au début des années 2010, un patient doit attendre en moyenne six mois pour être vu en ophtalmologie⁹, explique un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui laisse amplement de temps à une maladie oculaire de gagner du terrain.

Le contexte de la loi 33 amène en 2005 une ouverture pour la création d'un établissement tel que l'IOL. La loi 33 stipule en effet qu'un service peut être rendu à un patient par un établissement privé lorsqu'il n'est pas disponible dans le réseau public. Dans la foulée de cette nouvelle loi, le Ministre de la Santé de l'époque, le docteur Philippe Couillard, propose un projet pilote appelé Centres médicaux spécialisés affiliés (CMSA). En raison du besoin sévère en matière de soins

⁸ Institut de la statistique du Québec. 2014. *La région des Laurentides ainsi que ses municipalités régionales de comté (MRC)*. http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_15/region_15_00.htm (page consultée le 4 novembre 2015).

⁹ Selon la direction de l'IOL, le délai réel sur le terrain serait plutôt de huit à dix mois avant d'obtenir une première rencontre d'évaluation avec un ophtalmologiste, puis de douze à dix-huit mois pour être opéré.

ophtalmologiques identifié dans la région des Laurentides, un projet pilote est attribué à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.

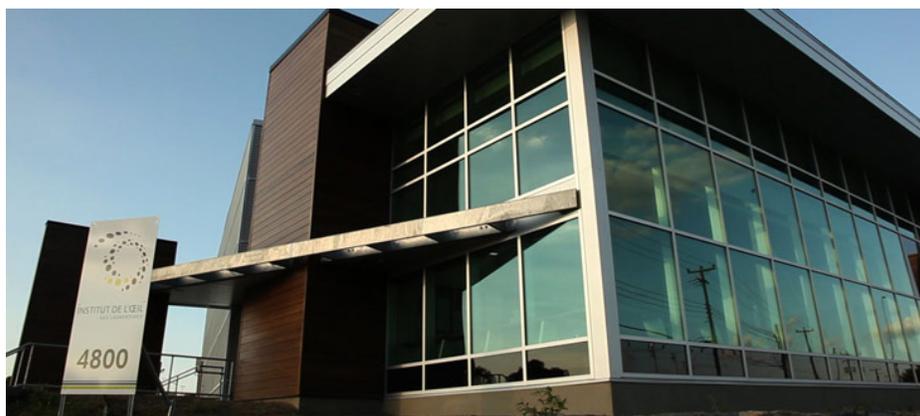
Les ophtalmologistes alors en poste à Saint-Jérôme se mettent à la rédaction d'un plan d'affaires. La tâche n'est pas mince, car il faut déterminer exactement le coût par cas, soit ce qu'il en coûte pour une clinique de poser un acte médical, tenant en compte la totalité des frais afférents à l'acte. On parle, par exemple, des salaires du personnel spécialisé, de l'équipement, mais aussi de l'électricité, de l'assurance, de l'hypothèque, etc. Tout ceci doit entrer en ligne de compte, être calculé et résulter en un total qui sera le coût par cas. Afin de faciliter la tâche, le Ministère propose les services de la firme Raymond-Chabot pour, notamment, corroborer les chiffres du plan d'affaires. La détermination des coûts fut un travail ardu et complexe. Il est en effet difficile de faire un estimé juste du coût par cas avant de l'avoir réellement expérimenté pendant un certain temps, explique le directeur général et le PDG de l'IOL. Pour cette raison, en rétrospective, ils concluent que les coûts fixés au départ étaient trop élevés. En fait, ce sera l'expérience même de l'IOL qui permettra de déterminer un réel coût par cas, menant à une révision à la baisse par le Ministère du montant initialement fixé.

Le projet encaisse un premier revers lorsque Philippe Couillard quitte le Ministère. Le docteur Yves Bolduc qui lui succédera n'a manifestement pas la même vision et le projet des CMSA est arrêté.

Les cinq ophtalmologistes de Saint-Jérôme mobilisés sur le projet depuis environ deux ans doivent donc composer avec une grande déception. Le projet dans lequel ils ont investi temps et énergie ne se concrétisera pas. Néanmoins, avec tant de préparation, les ophtalmologistes prennent la décision d'ouvrir une clinique indépendante. Malgré l'échec des CMSA, l'IOL ouvre ses portes en 2010. On planifie donner des services d'ophtalmologie en privé pour tous ceux et celles qui ne souhaitent pas attendre pour des services au public.

Dès ses débuts, l'IOL se place comme un gros joueur en faisant de l'innovation et de la performance son champ de bataille, selon le directeur d'aujourd'hui. Son bâtiment neuf, construit en partenariat avec la compagnie Médifice, un spécialiste du bâtiment médical, est un témoignage de cette volonté. Avec un équipement à la fine pointe de la technologie, l'IOL stimule l'intérêt des professionnels de la santé, puisqu'ils n'ont pas accès à de tels outils dans le réseau de la santé et des services sociaux publics. Il prend aussi le soin de se doter d'un département de recherche et d'accueillir un bassin significatif d'étudiants. À ce sujet, l'IOL est la seule organisation privée détenant une entente de résidence avec l'Université de Montréal en santé oculaire. Celle-ci se traduit par l'accueil de deux résidents par année en santé oculaire (résidence d'une durée d'un an), ainsi que de 25 à 30 étudiants pour des stages d'optométrie.

Image 1 : Le bâtiment de l'IOL construit en partenariat avec Médifrice



Source : <http://www.institutdeloeil.com/pourquoi-choisir-linstitut-de-loeil/services.html>

Le partenariat entre l'Hôpital régional de Saint-Jérôme et l'Institut de l'œil des Laurentides

Au même moment, en filigrane, la région des Laurentides, souffrant toujours de son manque d'effectif de médecins spécialistes, se voit attribuer un flot de médecins de différentes spécialités grâce à l'attribution de postes additionnels en lien avec le plan régional des effectifs médicaux (PREM). Des spécialistes de toutes les disciplines affluent donc à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, ce qui occasionne un manque d'espace physique au sein de l'Hôpital.

Le CSSS de Saint-Jérôme doit parallèlement rénover plusieurs de ses installations pour rehausser les standards de pratiques associés à l'afflux de ces nouveaux médecins. On doit agrandir et rénover. On prend, entre autres, la décision de rénover les secteurs de la chirurgie et des services ophtalmologiques. Traditionnellement, le département d'ophtalmologie est facile à impartir en raison de la nature ambulatoire des soins, moins dépendants de la structure de l'hôpital.

L'IOL signe donc une entente en 2010 avec l'Hôpital régional de Saint-Jérôme pour prendre la relève du service d'ophtalmologie, qui doit alors fermer ses portes pour deux années, le temps d'être rénové. On inclut dans cette entente notamment les chirurgies mineures, les chirurgies de la cataracte et les biométries. Le partenariat démarre sur une note de confiance parce que l'Hôpital régional de Saint-Jérôme connaît les ophtalmologistes de l'IOL, nombre d'entre eux ayant travaillé à cet endroit.

Selon les dires du directeur général de l'IOL, avec cette entente, l'Institut pouvait prendre en charge le « trop-plein de patients » de la région et pouvait définitivement éliminer les listes d'attente qui s'étaient accumulées. Les membres de l'équipe sont enjoués du démarrage de l'entreprise : « C'était un rêve pour l'équipe. On y croyait! C'était merveilleux de travailler ainsi! », explique l'un d'eux.

Une organisation des soins selon l'expertise

L'entente s'avère, de plus, être profitable pour l'IOL. Quelques années auparavant, le gouvernement alloue des enveloppes budgétaires pour tout ce qui touche au trio « hanche, genou, cataracte » afin de diminuer les listes d'attente. De cette manière, pour chaque chirurgie de la cataracte réalisée, l'IOL touche 1 100 \$ par le truchement de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme. Cependant, avec les installations spécialisées et bien organisées du nouvel établissement de l'IOL, le coût par cas s'avère être bien inférieur.

Cette entente de services étant une première tant pour l'IOL que pour l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, cette dernière comporte peu de balises et ne spécifie pas le volume de patients que l'IOL est autorisé à voir. L'IOL, face aux listes d'attente très longues au public, prend donc avantage de cette situation et cherche à maximiser le nombre d'interventions qui peuvent être réalisées. D'un même souffle, l'accessibilité aux soins oculaires dans la région des Laurentides connaît une augmentation considérable.

Les ophtalmologistes de l'IOL sont rémunérés à l'acte par le biais de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec. Les profits de l'entreprise lui permettent entre autres d'investir considérablement dans son personnel. De neuf employés au départ, l'Institut embauche rapidement entre 90 et 100 employés.

Dans un souci de performance et pour pallier au manque d'ophtalmologistes, l'IOL s'organise selon un modèle de soins différent de ce qu'on connaît généralement en milieu hospitalier. En effet, alors que les médecins ophtalmologistes ont l'habitude de suivre leurs patients tout au long du continuum de soins, c'est-à-dire de l'accueil jusqu'au post-opératoire, l'IOL sectionne le processus ophtalmologique de manière à confier les tâches à différents groupes professionnels. Les tâches nécessitant moins de qualifications sont confiées à du personnel infirmier ou à des optométristes. Ainsi, les ophtalmologistes réalisent les tâches pour lesquelles leur expertise et leur diplôme sont absolument nécessaires, ce qui se limite souvent aux actes chirurgicaux. Il y a par ailleurs un grand travail en amont de la chirurgie pour s'assurer que le travail des ophtalmologistes soit facilité : du personnel infirmier prépare tout le nécessaire aux opérations et des optométristes prennent en charge le soutien post-opératoire, bien souvent. Bien que ce mode de fonctionnement soit jugé extrêmement efficace sur le plan des résultats, à l'interne, on déplore ce qu'on appelle « du travail à la chaîne ». Toutefois, cette performance n'est pas atteinte au détriment de la qualité et de la satisfaction du patient, précise-t-on.

Des résultats percutants

Après quelques mois d'opération, les résultats témoignent du rythme de travail soutenu de l'IOL. En effet, l'IOL voit les patients à l'intérieur de trois mois, contre 8 à 10 mois auparavant dans le réseau public, explique la direction. Sa capacité chirurgicale s'élève entre 25 et 30 patients par

jour, cinq jours par semaine¹⁰. En six mois de fonctionnement, la liste d'attente pour la chirurgie de la cataracte dans la région, qui était d'environ deux ans, n'existe plus, explique l'un des ophtalmologistes.

L'Hôpital régional de Saint-Jérôme ne s'attend pas à ce que l'IOL élimine les listes d'attente à une telle vitesse. Ce dernier, comme le stipule l'entente, pose les actes ophtalmologiques et réclame le montant des frais à l'hôpital, dans un délai de 30 jours. Face au volume croissant des actes chirurgicaux posés par l'IOL, l'Hôpital régional de Saint-Jérôme voit son budget d'ophtalmologie exploser, sans pouvoir freiner l'élan. En effet, l'entente signée ne propose pas de mécanisme de rétroaction sur les volumes. L'hôpital doit donc en quelque sorte en « subir » le contrecoup, selon l'intervenant de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme. « Ce n'est pas de notre faute, dit le directeur général de l'IOL. On a simplement pris en charge le trop-plein de patients au meilleur de notre expertise. »

De plus, ironiquement, la performance hors du commun de l'IOL aura contribué à la révision à la baisse du coût par cas de plusieurs actes ophtalmologiques, et ce, à la grandeur du Québec. Cela signifie que l'Hôpital régional de Saint-Jérôme doit continuer à rembourser le montant du coût par cas prévu par l'entente lorsqu'elle a été signée à l'origine, alors qu'elle en perçoit un montant inférieur. À noter que face à ces enjeux, la partie publique tente de proposer une renégociation du contrat, mais ceci est difficilement envisageable pour l'IOL en raison de la durée du contrat. Celle-ci, de seulement 18 mois, est trop courte pour résorber les risques engendrés par les investissements réalisés par l'IOL pour soutenir un tel projet.

Une cadence difficile à maintenir pour l'IOL

Une fois les listes d'attente résorbées, l'IOL, qui possède 25 salles d'examen et une centaine d'employés, doit parvenir à maintenir un certain niveau d'activité. À l'interne, la pression se fait sentir. Certains employés redoutent que l'on doive réaliser des actes chirurgicaux, par exemple, sur des patients chez qui cela pourrait encore attendre, ou que l'on doive vendre des produits accessoires. Entre autres choses, la nécessité de maintenir un certain volume d'activité crée des tensions et joue sur le climat de travail au sein de l'équipe. Certains médecins se désengagent du projet. Néanmoins, la modernité des installations à l'IOL, qui sont à la fine pointe de la technologie, et la flexibilité des horaires restent un incitatif pour l'ensemble des praticiens.

Dans la foulée de l'explosion des coûts, l'Hôpital régional de Saint-Jérôme prend la décision, en juin 2012, alors que l'entente vient à échéance, de ne pas la renouveler.

Un second essai

Alors que la première entente de services entre l'Hôpital régional de Saint-Jérôme et l'IOL est terminée, le territoire connaît une rupture de services de soins ophtalmologiques pendant plus

¹⁰ Le volume de patient à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme avant l'entente était de six patients par jour au maximum.

de trois mois, car l'hôpital n'est pas en mesure de reprendre les soins d'ophtalmologie. Ainsi, l'hôpital et l'ASSS décident de constituer une seconde entente, mais en tirant des leçons de la première. Cette entente est donc mieux balisée que la première, avec un volume spécifié pour chaque acte médical. À l'échelle de l'organisation, ce plafonnement se traduit par une gratuité des services ophtalmologiques à l'IOL les lundis et les jeudis à partir du 1^{er} septembre 2012. Rétrospectivement, le directeur et le président de l'IOL affirment que ce n'était pas une bien bonne idée, car cela engendrait une « médecine à deux vitesses » et, par extension, un sentiment d'injustice auprès de la clientèle.

Néanmoins, la communication est difficile entre l'IOL et l'hôpital. La confiance s'est dégradée. À titre d'exemple, un intervenant de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme raconte qu'au fil de rencontres, les représentants de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, questionnant la performance hors du commun des ophtalmologistes de l'IOL, « découvrent » que l'IOL facture des activités ophtalmologiques réalisées par des optométristes. À travers une lentille d'optimisation, ceci représente une façon brillante d'économiser les ressources, explique-t-il. « Ils ont de très bonnes idées. Ils sont très efficaces ». Mais le problème est que, selon l'entente, l'IOL se fait remettre un montant pour un acte réalisé par un ophtalmologiste, non par un optométriste. « Ils doivent être transparents et nous en parler. On peut trouver un terrain d'entente. On aurait pu facturer moins pour un acte réalisé par un optométriste. » La confiance continue de se dégrader et l'hôpital juge que l'IOL aurait dû faire preuve de plus de transparence et de collaboration. Pourtant, l'IOL n'a pas cherché à cacher cette information et fonctionne ainsi pour pallier à la rareté des ophtalmologistes. En fonctionnant selon le principe de « la bonne personne à la bonne place », l'IOL s'assure de maintenir un niveau de fonctionnement optimal. Selon, l'IOL il s'agirait plus d'un problème de communication que d'un manque de transparence : l'entente était basée sur la prise en charge du patient, sans spécifier qui le prendrait en charge à quel moment.

La rénovation et la remise en fonction des services d'ophtalmologie à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme auront nécessité un investissement d'environ 2 millions de dollars. À l'automne 2013, le département reprend du service (image 2; page suivante).

Toutefois, avec ses deux salles d'examen et de chirurgie, les installations de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme ne sont toujours pas en mesure de répondre à toute la demande de la région. L'entente avec l'IOL permet de compléter l'offre de services. Elle se termine le 30 juin 2014 et l'hôpital prend la décision de ne pas la renouveler.

Depuis, l'IOL continue d'offrir des soins et services en mode privé, tant aux personnes sur le territoire des Laurentides que ceux provenant d'ailleurs dans la province. Cependant, les volumes ne sont pas les mêmes que ceux du temps de la première entente. À ce jour, l'Hôpital régional de Saint-Jérôme ne parvient pas à répondre à la demande de la région.

En rétrospective

À plusieurs reprises, des intervenants évoquent la relation de complémentarité qui aurait dû être entre l'IOL et l'hôpital de Saint-Jérôme. Les intervenants du public soutiennent que le projet a

Image 2 : Extrait du site web de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides traitant de la reprise des services d'ophtalmologie par l'Hôpital régional de Saint-Jérôme

Nouvelle organisation des services d'ophtalmologie dans la région des Laurentides

11 septembre 2013

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides souhaite informer la population de la nouvelle organisation régionale des services d'ophtalmologie. Afin de répondre aux besoins grandissants de la population des Laurentides et pour offrir des services de proximité à la population tant au nord qu'au sud de la région, des services d'ophtalmologie seront offerts dans trois hôpitaux de la région dès la fin septembre.



Reprise des services d'ophtalmologie au CSSS de Saint-Jérôme
À compter du 23 septembre 2013, les activités ambulatoires et chirurgicales en ophtalmologie reprendront à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, notamment les consultations externes et examens cliniques, la chirurgie de la cataracte et la chirurgie mineure.

Les chirurgies urgentes nécessitant des soins d'intensité hospitalière continueront d'être pratiquées à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.

Les services seront offerts dans les nouvelles installations d'ophtalmologie de l'établissement situées au 1er étage de l'hôpital en face de la médecine d'un jour.

démarré sur une note confiante et optimiste et soulignent le grand talent de l'IOL en matière de performance et d'innovation. Toutefois, le succès du partenariat a été compromis selon eux par un manque d'alignement des objectifs des deux parties et un manque de communication et de transparence. Le partenariat a perdu de son ardeur une fois les listes d'attente éliminées et les budgets amincis.

De leur côté, les dirigeants de l'Institut ne sont pas nécessairement amers en rétrospective de la situation. Les deux ententes ont permis de soutenir l'organisation dans la période de démarrage et de permettre l'optimiser le processus de soins. Actuellement, l'IOL est en mesure de voler de ses propres ailes et d'offrir en privé l'ensemble des services d'ophtalmologie d'une façon nettement plus efficace que les services publics sont en mesure de le faire. Il demeure toutefois que le partenariat entre le privé et le public n'a pas été un succès complet à cette occasion.

Bibliographie

Institut de l'œil des Laurentides. 2015. « Pourquoi choisir l'Institut de l'œil »

<http://www.institutdeloeil.com/pourquoi-choisir-linstitut-de-loeil/services.html>

Institut de la statistique du Québec. 2014. *La région des Laurentides ainsi que ses municipalités régionales de comté (MRC).*

[http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_15/region_15_00.htm\(page](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_15/region_15_00.htm(page)
consultée le 4 novembre 2015).

Une transition en douceur au bénéfice des usagers

Le Centre La Traversée

Rédigé par

Aline PANG-CHARBONNEAU, auxiliaire de recherche
Ariane HÉLÈNE-FORTIN, coordonnatrice – chargée de projets
Marie-Hélène JOBIN, directrice

Pôle santé HEC Montréal

Janvier 2015

« As-tu pris le rendez-vous avec l'ophtalmologiste pour Mme Paillé? »

La préposée aux bénéficiaires regarde la chef de service avec un air las :

- « Ce n'est pas mon travail de faire ça! Je suis avec elle toute la journée. Je lui donne son bain, je m'assure qu'elle prenne ses repas, je veille à ce qu'elle prenne ses médicaments, mais je n'ai pas accès à son dossier médical, tu sais ! »

- « Je comprends, mais qui va le faire dans ce cas ? L'infirmière dit que ce n'est pas son travail non plus. »

La préposée considère Mme Paillé qui est assise dans un coin de sa chambre.

- « Bon d'accord. Je m'en occupe. »

- « Merci ! Je savais que je pouvais compter sur toi ! », dit avec soulagement la chef de service.

Description : La création du Centre La Traversée

Créé en 1990, le Centre La Traversée, un organisme à but non lucratif, naît dans un contexte de désinstitutionalisation des soins de la santé. Au départ, La Traversée est un centre d'hébergement pour la clientèle en santé mentale. La vision ministérielle d'alors propose de privilégier des soins et services en santé mentale dans les milieux de vie et de réduire le nombre d'hospitalisations en institut psychiatrique.

Depuis, son secteur d'activités s'est élargi : il dessert désormais la clientèle en déficience intellectuelle, en santé mentale, en jeunesse et les personnes âgées, plus spécifiquement la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement. La mission du centre est la suivante : « Mettre en place l'organisation nécessaire afin d'accompagner et de soutenir la personne selon sa condition, à l'intérieur d'un milieu de vie adapté et misant sur la qualité des services et l'intégration sociale. »¹¹

Le Centre La Traversée regroupe 15 points de services divisés comme suit :

- 8 maisons en déficience intellectuelle qui accueillent 45 usagers;
- 5 maisons en santé mentale qui accueillent 82 usagers;
- 1 maison jeunesse qui accueille 9 usagers;
- 3 maisons pour personnes âgées qui accueillent 77 usagers.

L'ensemble des services est principalement prodigué sur le modèle des ressources intermédiaires.

Les ressources intermédiaires, ces entre-deux personnalisés

¹¹ Le Centre La Traversée. 2015. « Mission et valeur ». En ligne. <http://centrelatraversee.org>

Le modèle des ressources intermédiaire est régi par l'association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ)¹². Ce modèle se prête à toutes les clientèles.

Spécifiquement, pour la clientèle personnes âgées (SAPA¹³), il s'agit d'un pont entre le domicile et le centre d'hébergement. Il sert à accommoder la clientèle dont le profil est trop sévère pour le domicile, mais trop léger encore pour le centre d'hébergement, notamment en termes de sécurité. C'est le cas par exemple d'une personne âgée privée de l'usage de son bras, mais qui possède toujours toutes ses facultés cognitives. Cette personne est capable de se déplacer, mais peut parfois éprouver de la difficulté à réaliser certaines tâches domestiques et il est possible de craindre pour sa sécurité. Il va sans dire que le centre d'hébergement, dans ce cas précis, représente un environnement avec trop d'encadrement. Qui plus est, selon un intervenant du Centre La Traversée, l'ambiance moins dynamique du centre d'hébergement risque de poser un problème quant au ralentissement de la perte d'autonomie de la clientèle dont le profil ne cadre pas encore avec cet environnement.

Selon la même intervenante, les ressources intermédiaires sont jugées plus agréables que les centres d'hébergement, car elles n'ont pas cette touche hospitalière qui caractérise ces derniers. La dynamique est également très différente, car le profil de la clientèle est plus léger.

La clientèle personnes âgées en ressources intermédiaires se montre également, quelques fois, capable de réaliser certaines tâches domestiques comme « une brassée de lavage » explique l'intervenante. Qui plus est, il est possible de réaliser des activités de groupe. L'ambiance est plus proche du milieu de vie naturel de ces personnes.

Cela en fait donc une option intéressante pour la clientèle en perte d'autonomie. Généralement, puisque le vieillissement de la population entraîne inévitablement un alourdissement des profils, il s'agit d'une sorte d'entre-deux avant le transfert vers un centre d'hébergement.

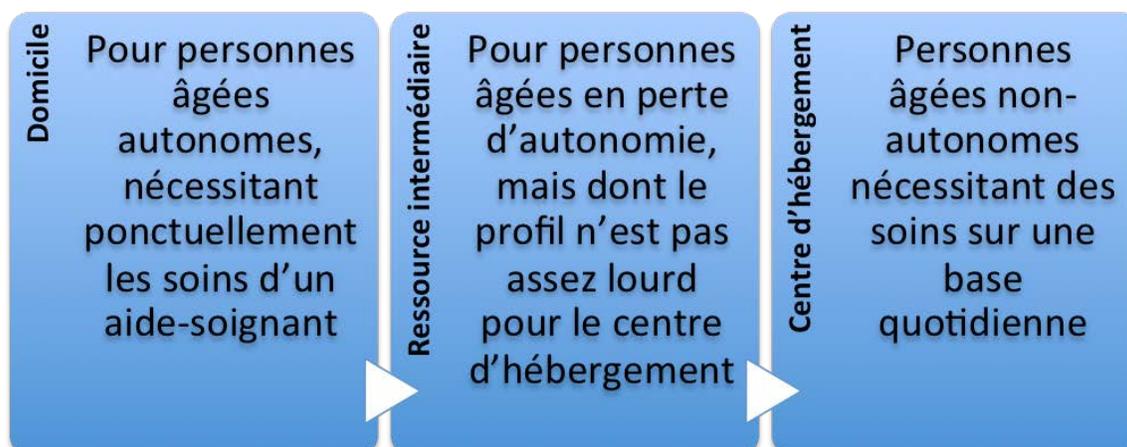
En termes techniques, on parlait « d'heures soins » jusqu'à tout récemment dans le jargon de l'emploi, soit du nombre d'heures de soins devant être dispensées pour une personne par jour. Traditionnellement, les ressources intermédiaires desservent la clientèle nécessitant trois « heures-soins » par jour. Depuis, cette classification a été abandonnée au profit des profils ISO-SMAF, soit le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle¹⁴.

Image 2 : Trois types de ressources en SAPA et leurs différences

¹² Cette dernière est une organisation qui existe depuis 1992. Sa mission est de « [travailler] à l'amélioration des conditions de pratiques en ressources intermédiaires, afin de rehausser la qualité des milieux de vie et des services de soutien et d'assistance offerts, en s'inspirant des pratiques cliniques et de gestion que promeut le ministère de la Santé et des Services sociaux. »

¹³ SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées.

¹⁴ Habitation Hébergement Services. 2015. « Le profil ISO_SMAF, aide à la décision pour définir le nouveau « Chez moi » ». En ligne. <http://www.ottiti.net/le-profil-iso-smaf-aide-a-la-decision-pour-definir-le-nouveau-chez-moi/>



Une entente de services : les soins de l'éducateur spécialisé

En 2008, le CSSS Cœur de l'île et l'hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine concluent l'entente suivante : le Centre La Traversée touchera entre 150 000 \$ et 200 000 \$¹⁵ par année de la part de l'hôpital Louis-H. Lafontaine pour embaucher un éducateur spécialisé en santé mentale.

Les parties concernées considèrent qu'il s'agit d'une entente avantageuse. D'une part, le Centre La Traversée perçoit des fonds qui lui permettent de soutenir sa mission et d'offrir des soins de qualité à ses usagers et, d'autre part, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine peut offrir à sa clientèle les soins d'un éducateur spécialisé au Centre La Traversée, qui dispose de l'espace et de l'environnement nécessaire pour se consacrer à ce type d'activités, espace que l'établissement hospitalier n'a pas. Ainsi, l'éducateur spécialisé travaille à La Traversée en accompagnant principalement une clientèle provenant de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Bien que ceci constitue dans les faits une entente avantageuse, cette entente est également source d'une certaine incertitude pour La Traversée, selon des intervenants interviewés. En effet, l'entente est établie sur une base annuelle et n'est pas automatiquement reconduite d'année en année. Qui plus est, les négociations pour la poursuite des activités se font en vase clos entre l'Agence de santé et services sociaux de Montréal (ASSS de Montréal) et Louis-H. Lafontaine, malgré le souhait plusieurs fois formulé par les dirigeants de La Traversée d'être impliqués dans la négociation de l'entente et d'être signataires.

Un intervenant a raconté qu'il est même arrivé que La Traversée ait à reconduire les services de l'éducateur spécialisé sans avoir perçu l'enveloppe de Louis-H. Lafontaine. Cette situation a perduré pendant plusieurs mois, mais la direction de la Traversée évaluait que les bénéfices pour les usagers du service offert étaient trop importants pour s'exposer à un arrêt de services, malgré

¹⁵ Le montant diffère selon les intervenants.

les risques de ne jamais être payés. Dans la culture de gestion de la direction de l'établissement à but non lucratif, le service offert à la clientèle prime.

La nouvelle entente des ressources intermédiaires en 2013 : contexte de crise

En 2013, l'association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) signe une entente nationale avec le Ministère afin de baliser l'appellation « ressource intermédiaire » et de standardiser les pratiques sur l'ensemble du territoire québécois¹⁶.

La particularité de cette nouvelle entente est de restreindre le champ d'activités des ressources intermédiaires à la dispensation de soins de type PAB, c'est-à-dire réalisés par des préposés aux bénéficiaires. Cette nouvelle entente vise à mieux encadrer les pratiques diverses ayant trait aux ressources intermédiaires.

L'entente a aussi pour objectif de standardiser les pratiques et de les démocratiser sur l'ensemble du territoire québécois, toutes ressources intermédiaires confondues, sans égard au type de clientèle. Dans le nouveau cadre, si La Traversée veut embaucher un éducateur spécialisé, celui-ci devra dispenser des soins de type soutien et assistance.

Précisons que les soins de type soutien et assistance constituent uniquement le soutien à l'autonomie et l'assistance, soit l'aide au bain, aux repas, à la prise de médicaments, etc. Les soins de type soutien et assistance, généralement assurés par des préposés aux bénéficiaires, sont par ailleurs appelés dans le jargon « PAB ». Les soins de nature médicale ou professionnelle ne sont pas compris dans le champ d'activités des préposés aux bénéficiaires. Les soins de nature médicale ou professionnelle couvrent entre autres les soins dispensés par un infirmier, un ergothérapeute, un nutritionniste ou encore un éducateur spécialisé. En d'autres termes, les soins dits professionnels dans les ressources intermédiaires devraient être dispensés par des professionnels de la santé embauchés et payés par les établissements de santé et non les ressources intermédiaires. Ces dernières ne peuvent être en charge de la dispensation que de soins PAB.

Au-delà des enjeux contractuels, la direction de la Traversée maintient que les ressources intermédiaires sont avant tout des milieux de vie et le soutien à la qualité de vie repose sur une intégration de services qui vont au-delà des soins corporels et du soutien à se nourrir.

Selon les intervenants rencontrés à La Traversée, il n'est pas pensable que la totalité des soins offerts dans leurs maisons soit désormais dispensée par des préposés aux bénéficiaires. En effet, ils observent un alourdissement constant des cas liés, entre autres, au vieillissement de la

¹⁶ Sur le site de l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec, dans la section « Historique », on peut y lire ce qui suit : « Avec la signature de l'entente nationale, l'ARIHQ se donnait les moyens d'améliorer les conditions de son partenariat avec les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, des établissements publics de santé et de services sociaux, et tous les acteurs concernés par l'hébergement sur le territoire québécois. »

population et à la présence, chez certains usagers, de plusieurs problèmes de santé (santé physique et santé mentale) à la fois.

En d'autres termes, les « une heure et demie à deux heures soins » par jour établies comme norme précédemment en ressource intermédiaire ne sont plus d'actualité; désormais, les ressources intermédiaires pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement doivent de plus en plus composer avec une clientèle qui s'apparente à celle des centres d'hébergement et, ce, même si les ressources ne viennent pas nécessairement soutenir cette nouvelle réalité, selon une intervenante.

Malgré ces nouvelles règles de fonctionnement, les services de l'éducateur spécialisé dispensés au Centre La Traversée selon l'entente signée entre l'Agence, le Centre La Traversée et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine sont toujours jugés pertinents et bénéfiques par les trois parties concernées, selon les propos du directeur général de La Traversée. Les trois parties se demandent donc comment maintenir cette collaboration en épousant les contours légaux de la nouvelle entente nationale de l'ARIHQ.

Après des mois de pourparlers impliquant l'avocat de l'Agence, le Centre La Traversée et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, les deux parties parviennent à la solution suivante : le Centre la Traversée et le CSSS Cœur de l'Île signeront une entente 108 « par-dessus » un contrat de type ressource intermédiaire. Cette entente permettra aux services de l'éducateur spécialisé de perdurer, dans la mesure où cette prestation sera financée et encadrée.

Une entente 108 stipule qu'un établissement peut faire usage de services professionnels lorsqu'un de ses usagers en présente le besoin :

« Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes :

1^{er} la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement;

2^e la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux. »¹⁷

Ainsi, avec l'entente 108, le Centre La Traversée est à même de fournir des soins adaptés aux clientèles qu'il dessert en permettant à l'éducateur spécialisé d'œuvrer dans le nouveau contexte RI. Le principe est le suivant : le Centre La Traversée embauche un éducateur spécialisé, qui relève

¹⁷ Publications du Gouvernement du Québec. 2015. « Loi sur les services de santé et les services sociaux. » Article 108.

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

donc du Centre; et le contrat prévoit une rétribution qui finance les heures prévues avec un principe de reddition de compte.

Le début de l'entente 108

En avril 2015, l'entente 108 débute donc et le Centre La Traversée peut désormais prodiguer des soins de nature professionnelle et non-professionnelle dans ses ressources intermédiaires en santé mentale et en personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. La reddition de comptes en trait avec l'entente 108 permet de démontrer que le personnel professionnel, soit l'éducateur spécialisé, est utilisé effectivement de façon efficiente. La relation entre le CSSS et le Centre La Traversée est donc régie par un contrat de ressources intermédiaires qui permet au Centre La Traversée d'accueillir des usagers du réseau de la santé et qui prévoit lequel des deux partenaires est responsable de quels types de soins, mais aussi par l'entente 108 qui apporte quelques particularités quant à l'embauche d'un éducateur spécialisé.

Des enjeux intrinsèques à la RI

La prépondérance des soins au Centre La Traversée demeure toujours les soins de type PAB, à raison d'environ 90 % versus 10 % pour des services professionnels, selon une intervenante. C'est donc dire que la majorité des soins offerts aux usagers sont prodigués par des préposés aux bénéficiaires. Cette différence au niveau du temps consacré auprès de la clientèle ouvre la porte à quelques enjeux de nature opérationnelle.

En effet, d'une part, il a été soulevé à la chef de service de La Traversée que le vocabulaire employé, soit l'appellation « personnel professionnel vs non-professionnel », était peu apprécié par les préposés aux bénéficiaires, comme si cela laissait « planer un doute sur le sérieux de leur pratique », explique-t-on. Ainsi, cela engendre un certain ternissement au niveau du climat de travail. La chef de service explique que les préposés aux bénéficiaires sont perçus comme des intervenants de seconde classe, alors qu'un rapport de complémentarité devrait plutôt être établi. Le plancher est partagé entre deux types de ressources humaines qui ne sont pas redevables au même employeur; en effet le personnel professionnel est embauché par le CSSS, alors que le personnel « non-professionnel » et l'éducateur spécialisé sont embauchés par La Traversée notamment par le biais de la clause 108. Il est donc primordial qu'une clarification des rôles soit établie d'entrée de jeu.

Définition des rôles

Avant l'instauration d'un nouveau cadre de pratiques régulant les ressources intermédiaires, il était habituel que les contrats signés avec des ressources intermédiaires soient hautement annexés et personnalisés. On pouvait alors y ajouter de l'information quant à la couleur des murs, au type de repas, aux activités à tenir, au nombre de visites à réaliser chez un type de clientèle donné, etc. Ces contrats étaient extrêmement détaillés et fournissent toutes les balises nécessaires pour entreprendre une entente sur une base commune détaillée.

Avec le nouveau cadre des ressources intermédiaires, il n'est plus possible d'annexer les demandes et les spécifications. Le contrat des ressources intermédiaires est unique et standardisé à l'échelle provinciale. La place à la personnalisation est très limitée.

Ainsi, l'adaptation de ces contrats à la réalité terrain de chacune des ressources intermédiaires est un enjeu. Selon l'intervenante du CSSS CDI : « On a perdu de la finesse, car on avait établi des façons de faire qui ne sont plus prises en compte. » En ce qui concerne la clarification des rôles de chacune des parties qui doit avoir lieu en raison de l'entrée en jeu de personnel professionnel par la porte 108, elle dit « Il y a une zone grise où il faut parvenir à arrimer les choses. » et cela doit désormais se faire de façon itérative en apprenant de l'expérience quotidienne sur le terrain.

Cette situation laisse donc place à des enjeux : bien que les grandes lignes de ce qui incombe traditionnellement au personnel professionnel et non-professionnel soient définies, certaines zones de flou demeurent, notamment en ce qui a trait à la prise de rendez-vous médicaux des usagers. La chose est d'autant plus complexe que certains préposés aux bénéficiaires acceptent de poser des gestes là où d'autres refusent. La personnalité et la volonté de l'employé entrent donc en ligne de compte.

Or, afin de continuer à assurer une qualité de vie, la chef de service explique que certains employés doivent souvent compenser pour certaines tâches, même si cela ne leur incombe pas professionnellement.

Selon une intervenante, ces problèmes d'organisation pourraient être évités par l'ajout d'annexes dans le contrat de base, comme c'était le cas dans le cadre des anciens contrats. Dans le nouveau cadre, les services rendus à mi-chemin entre les besoins physiologiques et les services professionnels ne sont pas encadrés. C'est pourtant ça qui fait la différence dans un milieu de vie.

Structure de gouvernance et enjeux de communication

Pour faire face aux enjeux rencontrés par la juxtaposition d'un contrat RI et d'une entente 108, le CSSS CDI et La Traversée mettent en place des comités, tant à l'interne qu'à l'externe. Les comités auxquels assistent tant le CSSS CDI et La Traversée sont appelés comités de coordination et comprennent notamment le comité de communication, le comité de prévention de chute et le comité de sécurité. On prévoit également un porteur de dossier du côté du CSSS CDI (la chef d'équipe RI), qui voit son vis-à-vis en la chef d'équipe à La Traversée. À l'interne, La Traversée se dote notamment de réunions d'équipe. À cela, on ajoute un comité local de concertation qui a lieu deux fois par année, animé par la chef RI du CSSS, qui comprend un représentant de l'ARIHQ, deux représentants de chacun des promoteurs et des gestionnaires de l'établissement en plus de la chef RI (coordonnateur et gestionnaire invité selon les thèmes de discussion).

Un comité conjoint, auquel prend part la directrice adjointe, la chef de service, les éducateurs du centre La Traversée, de même que l'équipe du CSSS CDI (soit deux infirmières et une travailleuse sociale), est aussi établi. Ce comité se réunit une fois par mois. L'ordre du jour est établi par la

directrice adjointe et la chef de service. Le but est de discuter des enjeux pour lesquels on ne trouve pas de solution au niveau opérationnel.

Selon la chef de service, ce sont des rencontres productives. Là où elle soulève un bémol, c'est lors des réunions d'équipe, qui ont lieu deux fois par mois. Lorsque le personnel décisionnel ne siège pas à ces rencontres, les infirmières et les travailleuses sociales du CSSS CDI ne sont pas présentes, malgré le fait qu'elles soient invitées à chacune de ces rencontres et qu'elles interviennent auprès de la même clientèle en complémentarité avec les équipes de La Traversée, soulève la chef d'équipe. Cette dernière leur envoie tout de même un procès-verbal, mais cela constitue, selon elle, un frein à la bonne circulation de l'information ce qui contribue à engendrer un climat d'incertitude, voire de frustration dans les maisons lorsque des problèmes partagés tardent à se régler. Du côté du CSSS, toutefois, un intervenant affirme que ces rencontres ne concernent que les préposés aux bénéficiaires et que le personnel professionnel n'a donc pas besoin d'y siéger s'il ne juge pas sa présence pertinente pour des raisons de formation, par exemple.

Un partenariat jugé réussi

Mais, somme toute, le partenariat est jugé comme un succès chez la totalité des intervenants, notamment dans la mesure où un service de meilleure qualité est rendu à une clientèle au profil particulier, à force de compensation et d'ouverture. Malgré les quelques mois d'apprentissage réalisés sur le terrain, ceux-ci auront permis de consolider des façons de faire, permettant d'octroyer des soins tant au niveau du soutien et assistance qu'au niveau des soins cliniques. Ce partenariat, amorcé en avril 2015, doit s'échelonner sur une durée de cinq ans. Il reste donc une bonne partie du parcours à réaliser.

Cette durée plus longue que les ententes précédentes renouvelées à l'année, a aussi permis de sécuriser les postes et de pérenniser les façons de faire. Elle a aussi entraîné la mise en place d'une structure de gouvernance qui permet de résoudre les problèmes qui se posent au fur et à mesure.

Bibliographie

Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec. 2015. « Historique ». En ligne. <http://arihq.com/arihq/historique/>

Habitation Hébergement Services. 2015. « Le profil ISO_SMAF, aide à la décision pour définir le nouveau « Chez moi » ». En ligne. <http://www.ottiti.net/le-profil-iso-smaf-aide-a-la-decision-pour-definir-le-nouveau-chez-moi/>

Le Centre La Traversée. 2015. « Mission et valeur ». En ligne. <http://centrelatraversee.org>

Publications du Gouvernement du Québec. 2015. « Loi sur les services de santé et les services sociaux. » *Article 108*.

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S4_2/S4_2.html

Le programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination : service à la clientèle et compensation

Stevens

Rédigé par

Aline PANG-CHARBONNEAU, auxiliaire de recherche

Caroline PARENT, coordonnatrice-chargée de projet

Marie-Hélène JOBIN, directrice

Pôle santé HEC Montréal

Janvier 2016

La préposée au service raccroche et échange un regard entendu avec le chef du service à la clientèle.

« Combien d'appels aujourd'hui? », demande la préposée avec sollicitude.

« Le 125^e, je crois... Encore un usager insatisfait à cause d'une culotte d'incontinence qui ne fait pas! On va devoir aller à sa résidence pour lui proposer des tailles plus grandes. As-tu le temps d'y aller aujourd'hui? C'est à Verdun... », lance la préposée avec un regard empathique.

« Au meilleur des cas, ça sera après 19 h. J'ai plein d'autres visites à régler avant. Passe-moi le numéro de dossier », dit la préposée en tendant la main.

Le chef du service à la clientèle, département surchargé en ces temps de crise, lui tend rapidement un bout de papier sur lequel est inscrit un numéro de service. Toute l'information attenante à l'utilisateur est contenue dans un dossier informatisé.

« Merci! J'espère qu'on viendra à bout de cette tempête! », s'exclame la préposée.

« Pas le choix! On y arrivera. Tiens, un autre appel! », devise le chef du service à la clientèle en lançant un coup d'œil au poste téléphonique qui réclame à nouveau de l'attention.

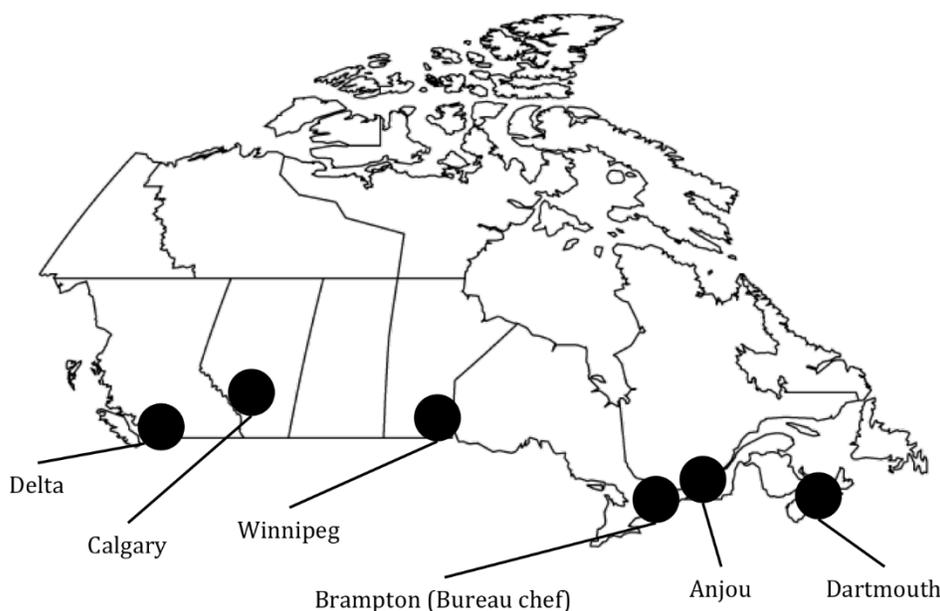
En s'éloignant, le chef du service à la clientèle mesure combien son équipe est aux prises avec un défi de taille à l'aube du nouveau programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination conclu avec l'Agence de Santé et Services Sociaux de Montréal (ASSS) quelques semaines plus tôt. Les nombreux ajustements nécessaires en ce début de mandat mettent à rude épreuve toute l'équipe des ventes et du service à la clientèle. En fait, il réalise combien tous les employés de Stevens ont mis la main à la pâte pour faire de ce projet phare un véritable succès.

Stevens : une entreprise qui a de l'histoire

Les débuts de Stevens remontent à il y a quelque 185 ans en Angleterre. Alors une entreprise familiale, elle se spécialise rapidement dans la distribution d'équipements médicaux. Elle dispose aujourd'hui de six centres de distribution à travers le Canada où elle est présente depuis 142 ans (voir image 1). Au Québec depuis avril 2012, Stevens dessert la plupart des établissements de santé et des services sociaux, tant le milieu hospitalier que les cliniques médicales ou les établissements de soins de longue durée¹⁸. Stevens propose une variété de produits tels que des piqués, des lingettes et des culottes d'incontinence, provenant d'une multitude de fournisseurs.

¹⁸ Stevens dessert aussi des cliniques vétérinaires.

Image 1 : points de service de l'entreprise Stevens au Canada en 2015



Arrivée de Stevens au Québec : le souhait d'une saine concurrence

Le 15 février 2012, Cardinal Health, déjà un joueur de taille sur l'échiquier de la distribution de fournitures médicale au Canada, acquiert Dismed Inc., ce qui lui confère une mainmise sur 85 % du marché québécois.

Alerté par ce nouvel état des choses, le Bureau de la concurrence¹⁹ mène une enquête sur cette situation durant une période de quatre mois. La conclusion est la suivante : bien que la transaction soit acceptée, le Bureau émet des craintes quant au maintien d'une saine concurrence sur le marché québécois des fournitures médicales. Selon le Bureau, l'acquisition de Dismed Inc. par Cardinal Health risque de maintenir des prix significativement élevés par rapport au prix de production, d'autant plus que certains produits sont exclusivement tenus par Dismed Inc. et Cardinal Health. Il serait donc dans l'intérêt de la population qu'un autre joueur s'implante sur le marché.

Afin d'apporter une solution au problème, le Bureau de la concurrence approche diverses entreprises afin de sonder leur intérêt à s'immiscer en terre québécoise en contrepoids à l'ampleur prise par Cardinal Health, parmi lesquelles l'entreprise Stevens. Celle-ci est intéressée, mais l'implantation au Québec est un défi.

De leur côté, les employés de Dismed Inc. doivent composer avec un climat d'incertitude notamment quant à la pérennité de leur poste au sein de la nouvelle entreprise, celle-ci n'ayant

¹⁹ Bureau de la concurrence. Gouvernement du Canada : « organisme d'application de la loi indépendant, [veillant] à ce que les entreprises et les consommateurs canadiens prospèrent dans un marché concurrentiel et innovateur ». Voir la référence à cet en ligne. http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/h_00125.html

pas confirmé le maintien de la totalité des postes de l'ancienne entreprise. Qui plus est, Cardinal Health détient notamment un bureau de marketing à Toronto où elle concentre ses activités; celui de Dismed Inc. à Montréal voit donc sa pertinence questionnée.

Ainsi, lorsqu'un directeur de Dismed accepte une offre de travail chez Stevens, treize autres employés décident de le suivre et manifestent leur intérêt à rejoindre Stevens. Après plusieurs tractations et actions légales, la division québécoise de Stevens est finalement fondée et s'établit alors dans des bureaux ironiquement à quelques pas de leurs anciens locaux de Dismed, maintenant sous l'enseigne de Cardinal Health.

Graduellement, Stevens se taille un nom dans le marché québécois au fil des contrats gagnés sur des appels d'offres diffusés sur le Système électronique d'appel d'offres du gouvernement du Québec (SEAO). C'est ainsi que l'entreprise obtient notamment le contrat auprès de Sigma Santé pour la distribution de piqués de lit utilisés dans les hôpitaux et les Centres Hospitaliers de Soins Longue Durée (CHSLD) à Montréal et à Laval. Ce contrat de cinq ans, amorcé en 2012, démontre rapidement que l'arrivée de Stevens sur le marché québécois permet de générer des économies pour le réseau. Selon le directeur de l'entreprise, les économies sont de l'ordre de 20%. Stevens voit donc sa crédibilité se bâtir et devient ainsi un joueur significatif sur le marché québécois.

De fournisseur de produits à prestataire de service

En 2014, l'ASSS de Montréal, avec la collaboration de Sigma Santé, lance un appel d'offres visant l'approvisionnement et la distribution des produits d'incontinence pour les usagers de l'île de Montréal (1200 usagers) admis au programme ministériel d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination. Le Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination est un programme provincial qui a été mis en place par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et qui a été transféré vers les Agences en 1996. La gestion du programme se fait donc localement depuis 1996. Cette gestion étant devenue de plus en plus archaïque au fil des ans, l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (ASSS) est venue à la conclusion que l'amélioration des processus et la rationalisation des coûts passeraient par un appel d'offres public.

Dans sa formule actuelle, avant l'appel d'offres, des intervenants de divers CSSS de la région, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux de formation, pour la plupart, accompagnent des usagers en évaluant leurs besoins en produits d'incontinence. Ils envoient une demande de financement à l'ASSS qui détermine l'admissibilité de l'usager ainsi que le budget à leur allouer pour l'achat de tels produits, soit des culottes d'incontinence, des crèmes médicamenteuses, des piqués et des lingettes. Lorsqu'un usager est admis, celui-ci connaît précisément ses produits d'incontinence admissibles au programme. Les usagers œuvrent de façon autonome en achetant les produits dont ils ont besoin et en soumettant leur facture à l'Agence pour obtenir un remboursement.

Au fil des ans, l'Agence constate que cette formule n'est pas efficiente. En effet, les usagers étant libres de choisir les marques et modèles en autant qu'il s'agisse de produits d'incontinence

conformes, achètent des produits parmi une multiplicité de gammes avec des prix et des formats différents. À l'étape du remboursement, l'Agence se retrouve donc avec la tâche difficile de faire sens à travers une diversité déconcertante de produits, qui l'empêche par ailleurs de tenir des statistiques précises sur les habitudes de consommation des usagers – les usagers soumettent parfois des factures complètes d'épicerie, sans spécifier précisément où se trouve le produit d'incontinence éligible au remboursement, ce qui complexifie encore plus la reddition de compte et alourdit le processus administratif.

L'appel d'offres de l'Agence en avril 2012 vise donc à recruter un partenaire qui aide à corriger les problèmes mentionnés ci-haut, notamment en proposant une livraison des produits d'incontinence à domicile, selon une gamme de produits sélectionnés et correspondant aux besoins des usagers, tels qu'évalués par les intervenants. Ainsi, les intervenants dresseraient un profil des besoins de chaque usager. Ce profil serait transmis à l'ASSS pour approbation. L'ASSS²⁰, quant à elle, paierait directement le fournisseur pour les produits livrés.

Selon les intervenants au dossier qui ont été rencontrés, pour le partenaire public, cette nouvelle approche recèle des promesses d'économie de coût en réduisant la variété des produits et en évitant des abus de consommation de la part des usagers. L'image 2 illustre le programme d'élimination avant et après l'appel d'offres.

Image 2 : Le Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination : avant et après le partenariat avec Stevens

PROGRAMME ORIGINAL (AVANT L'APPEL D'OFFRES)



PROGRAMME RÉVISÉ



²⁰ Après la dissolution de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal, l'équipe en charge du programme des fonctions d'élimination est restée régionalisée et dessert l'ensemble de l'île de Montréal.

Stevens remporte l'appel d'offres

Stevens remporte l'appel d'offres, étant le soumissionnaire proposant le prix le plus bas. Dans le processus d'évaluation des propositions, l'ASSS s'est cependant assurée de la viabilité des produits proposés dans l'offre de service de Stevens par la mise en place d'un comité expert, constitué d'intervenants d'expérience sur ce programme, ayant comme mandat d'évaluer la qualité des produits proposés par les divers fournisseurs. Selon les intervenants interrogés, leur implication était importante non pas simplement pour évaluer les produits, mais aussi pour que ceux-ci répandent la nouvelle de la qualité des produits du fournisseur sélectionné. Dès le départ, l'Agence souhaite que la refonte du processus soit un succès et s'assure de lisser les appréhensions que certains intervenants pourraient avoir à l'égard des produits retenus.

En collaboration avec les compagnies *Domtar-Attends* et *First Quality*, fournisseurs majeurs de produits d'incontinence en Amérique du Nord, Stevens soumet alors pour évaluation et approbation des produits d'incontinence correspondant aux paramètres dictés par l'Agence. Après quelques semaines, les produits sont approuvés; leur conformité est validée. Le contrat est signé pour une durée de cinq ans et prend effet le 1^{er} avril 2014.

Pour Stevens, l'obtention de ce contrat représente bien plus qu'un chiffre d'affaires additionnel. En fait, il permet à la compagnie de mieux pénétrer la chaîne de valeur des soins aux patients et aux usagers. En offrant un service de livraison à la résidence de l'utilisateur et en étant le point de contact avec les intervenants et les usagers, Stevens se met en position de service et non pas de simple fournisseur. Ainsi, un nouvel avantage concurrentiel est développé, car cette relation plus riche et dense est à même de créer un attachement plus pérenne entre les partenaires. Par ailleurs, ce sont de nouveaux défis de taille pour l'entreprise qui en est à son premier contrat de ce type.

La mise en œuvre du programme : une période d'adaptation

Lorsque le programme est officiellement lancé, en juin 2014, une période d'adaptation est nécessaire et produit beaucoup de remous chez Stevens. En effet, les produits d'incontinence sont des produits délicats pour les usagers qui ont déjà des habitudes de consommation établies. Or, on leur propose maintenant des produits qui ne sont pas exactement pareils à ceux qu'ils ont l'habitude d'utiliser. Comme il y a un manque d'uniformité significatif entre les différentes marques de produits, notamment au niveau de la taille et du degré d'absorption, la détermination du bon produit à proposer est extrêmement difficile.

Ainsi, les usagers doivent donc composer avec des enjeux à deux niveaux. D'abord, la mise en place du programme d'élimination instaure un nouveau mode de fonctionnement. Certains usagers peuvent y trouver un avantage, dans la mesure où les produits sont livrés directement au lieu de résidence, mais d'autres peuvent craindre le changement de leurs habitudes. La nature de la clientèle fait en sorte que tout changement, même s'il pourrait être perçu de façon positive, peut aussi entraîner de l'anxiété et de l'inconfort de la part des usagers. En second lieu, il y a une adaptation indéniable à faire en trait avec le produit. Le confort, l'absorption et l'ajustement ne

seront pas exactement les mêmes et demandent nécessairement un temps d'adaptation aux usagers pour trouver leurs aises et aussi trouver le bon modèle pour eux. Lors de la première livraison, dans certains cas, les produits ne correspondaient pas à leurs besoins et il a fallu, réagir très rapidement.

De leur côté, les intervenants censés assurer le suivi auprès des usagers ont dû essayer les doléances des usagers et souvent assurer une interface avec le fournisseur pour procéder aux ajustements. Du côté de l'Agence comme du côté de Stevens, le propos est le même : les intervenants perçoivent ce changement comme un surplus de travail. Bien que les produits aient été évalués de façon positive par le comité d'évaluation, il demeure difficile de les « rallier à la cause ». Chose intéressante, toutefois, du côté des intervenants, l'enjeu principal semble être le changement de produit en tant que tel, notamment au niveau de la qualité, selon une intervenante. Personne ne semble se plaindre de l'instauration du nouveau processus.

Il va sans dire, donc, que le premier défi rencontré par Stevens dans le cadre de ce partenariat est de surmonter l'appréhension face au changement, autant au niveau des intervenants que des usagers. Le soutien de l'Agence semble cependant acquis dans ce dossier.

Face aux enjeux : une attitude proactive

Face à ces problèmes, l'équipe de Stevens en collaboration avec l'équipe de l'ASSS fait preuve d'une attitude proactive. D'abord, il est à noter qu'avant même le début du contrat, l'entreprise et l'ASSS avaient anticipé le risque de résistance et avaient tenté d'apaiser les craintes. La chargée de projets de l'ASSS organise donc une journée portes-ouvertes à laquelle étaient conviés les intervenants du réseau touchés par ce changement, le personnel administratif de l'Agence, les représentants des fournisseurs des produits d'incontinence ainsi que le personnel de Stevens. C'était une occasion pour les intervenants de prendre contact direct avec les employés de Stevens, de manipuler les produits qui allaient remplacer ceux traditionnellement utilisés, et de poser des questions afin d'être davantage en mesure de soutenir les usagers dans la transition.

Bien que tous les intervenants n'aient pas répondu présents, cette journée s'est avérée être un succès, dans la mesure où les échanges sur place ont été positifs, selon plusieurs employés de Stevens.

Une intervenante rencontrée n'avait toutefois pas entendu parler de cette journée de portes-ouvertes, laissant croire que tous les intervenants ciblés n'ont peut-être pas été rejoints par les efforts que Stevens a déployés à cette occasion.

Par ailleurs, les usagers n'ont pas reçu d'invitation formelle en raison de leur nombre élevé (environ 1200), mais aussi en raison d'enjeux d'accès et de mobilité. Qui plus est, la chargée de projet à l'Agence et les décideurs de Stevens misent plutôt sur l'utilisation des intervenants présents à titre d'agents multiplicateurs dans leur CSSS respectif et pour informer les usagers. Le programme démarre tout de même sur une note relativement confiante.

Soutenir la gestion du changement

Malgré une rencontre positive entre les différents acteurs du programme, Stevens fait face dans les premiers temps du partenariat à une explosion des cas d'insatisfaction des usagers face aux nouveaux produits. L'ASSS de Montréal ayant imparti son service à la clientèle à Stevens dans le cadre du partenariat, il est donc de la responsabilité de ce dernier de gérer l'important volume d'appels.

En investiguant davantage la source du problème d'insatisfaction des usagers, les employés de Stevens découvrent ce qui apparaît être un maillon faible : l'accompagnement des usagers par les intervenants semble problématique.

En effet, selon l'interprétation de l'ASSS et de Stevens, il est de la responsabilité des intervenants, de par la nature de leurs activités, d'aller voir leurs usagers pour déterminer quel nouveau produit correspondrait le mieux à leur besoin. Toutefois, aux dires de certains employés de Stevens, cela n'est pas toujours accompli. Les intervenants sont déjà débordés et un employé explique qu'« ils sont plus intéressés par d'autres programmes jugés plus stimulants que le programme d'élimination traitant d'incontinence, où leurs compétences et leur formation en ergothérapie ou en travail social sont peu sollicitées. »

Il est quelque peu ardu d'entrer en communication directe avec les intervenants, autant pour Stevens que pour les personnes impliquées à l'ASSS. La tâche n'est pas particulièrement complexe, mais la démarche est longue. De plus, les intervenants ont une foule d'activités à gérer et les intervenants eux-mêmes sont impliqués dans une multitude de programmes. Le défi est de taille!

La première action posée par Stevens pour faire face à cet enjeu est d'informer son vis-à-vis du côté du public, soit la chargée de projet à l'ASSS, afin que celle-ci diffuse le message aux CSSS²¹ concernés et que ceux-ci puissent rectifier le tir avec leurs employés.

La chargée de projet aide-technique du côté du public souligne qu'elle a tenté de stimuler la motivation des intervenants en organisant une rencontre pour les aider dans le virage vers le nouveau programme amélioré. Toutefois, elle apporte un bémol quant à l'efficacité d'une telle initiative :

« Les intervenants visés par ce programme ont des dizaines de dossiers à porter. Certains d'entre eux seront appelés à réaliser des activités dans le cadre du programme d'élimination seulement

²¹ Les Centres de santé et services sociaux (CSSS) ont été fusionnés pour former les Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) dans la région métropolitaine à l'occasion de la mise en application de la loi 10 en 2015.

une ou deux fois par an. Il est donc difficile dans le contexte actuel de faire libérer ces intervenants pendant une demi-journée pour leur permettre de s'approprier le programme. »

Visiblement, du côté des intervenants, le message ne semble pas s'être rendu uniformément puisqu'une intervenante rencontrée n'était pas au courant de cette invitation de la part de la chargée de projet.

Stevens passe en mode compensation

Sans généraliser, l'utilisateur semble quelques fois laissé à lui-même dans cette transition. C'est par ailleurs en questionnant un usager insatisfait que le personnel de Stevens découvre cet enjeu. Lorsqu'on lui a demandé si son intervenant était venu le voir, l'utilisateur a répondu par la négative.

Il semble que certains usagers se soient vu parfois attribuer un produit qui ne correspond pas à leurs besoins, ce qui occasionne de multiples va-et-vient entre les locaux de Stevens et les domiciles des usagers.

Il s'agit d'un enjeu coûteux pour Stevens qui doit, d'une part, déployer davantage de personnel pour répondre aux plaintes par téléphone et, d'autre part, assurer la livraison des échantillons à faire essayer aux usagers dont le produit livré originalement ne convient pas.

Pour une entreprise dont les activités d'approvisionnement et de logistique sont centrales, ceci est une façon peu efficace de procéder, mais Stevens ne peut faire autrement dans la situation actuelle que de procéder de manière incrémentale.

Pour répondre aux enjeux : flexibilité, ouverture et travail d'équipe

Heureusement, l'équipe de Stevens dispose d'une force en réserve : elle sait travailler efficacement en équipe. Derrière les bureaux de la division québécoise de Stevens se cache une équipe de personnes qui travaillent ensemble depuis plusieurs années. Rappelons que ce sont ces mêmes personnes qui travaillaient originalement pour Dismed Inc. avant l'achat par Cardinal Health et qui ont préféré quitter pour fonder la division québécoise de Stevens.

L'équipe attirée au partenariat fait aussi preuve de flexibilité. À ce propos, la gestionnaire de comptes souligne qu'il n'est pas exceptionnel qu'un de ses employés soit affecté temporairement au service à la clientèle, afin d'aider à gérer la crise au lancement du partenariat.

Dans les premiers temps, face au mécontentement des usagers, les employés de Stevens doivent en effet se mobiliser et se mettre à l'écoute des clients insatisfaits des nouveaux produits qu'on leur livre. Comme le programme d'élimination est jugé stratégique et dans une phase critique, on n'hésite pas à empiéter sur le temps alloué à d'autres projets, voire sur le temps personnel. Il est même arrivé que des produits soient livrés par des employés du service à la clientèle ou d'un autre département non affecté à la livraison après les heures de bureau afin d'accommoder un usager.

Afin de pallier ces difficultés de démarrage, on embauche du personnel supplémentaire au service à la clientèle. Il faut continuer à « faire rouler la roue du service malgré les embuches », dit la gestionnaire de comptes. Ici, l'équipe n'a pas peur de « compenser », même pour ce qui peut être perçu comme certains manquements du côté des intervenants.

Malgré cet effort supplémentaire, les employés de Stevens sont conscients qu'ils ne doivent pas s'employer uniquement à rapiécer le service; ils doivent plutôt saisir cette opportunité et chercher à bâtir une relation avec ces usagers qu'ils desserviront pendant des années. Il importe donc que la confiance soit rapidement rétablie.

C'est de cette façon que, petit à petit, les problématiques en lien avec le lancement du programme finiront par se résorber. Afin de tisser cette relation de confiance, Stevens veille à documenter soigneusement les considérations des usagers qui téléphonent, en plus de leur assigner une personne-contact. L'utilisateur peut ainsi mettre un nom sur le service à la clientèle de Stevens, ce qui contribue à humaniser le service et à renforcer la relation de confiance.

Advenant le cas où la personne-contact ne serait pas disponible et qu'un autre agent de Stevens doive prendre en charge le cas d'un usager, la situation du client est toujours suffisamment bien documentée pour qu'il n'ait pas besoin de répéter les raisons de son appel. Ceci, encore une fois, contribue à construire le lien de confiance.

Notons que du côté des intervenants, ces efforts déployés le service à la clientèle ne passe pas inaperçu. Selon une intervenante, la différence la plus significative qui existe entre le programme avant et après l'arrivée de Stevens est ce souci du service à la clientèle bien rendu : « Auparavant, on faisait vraiment affaire à des agents du gouvernement qui ont un budget à respecter et qui ne veulent vraiment pas déroger à ce budget ». Aujourd'hui, les employés de Stevens font de leur mieux pour accommoder les besoins des usagers : « Les entreprises privées cherchent à réaliser du profit, contrairement au gouvernement, ce qui les pousse à démontrer plus de considération dans ce qu'ils font. », selon la même intervenante. Cette dernière, par ailleurs, s'est assurée de conserver le contact d'un employé donné chez Stevens afin d'avoir un vis-à-vis fiable et constant.

Le problème principal qu'elle soulève dans le changement opéré dans le Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination est, selon elle, une certaine diminution du niveau de la qualité des culottes d'incontinence : « Tous les autres produits ne sont pas concernés par cette dégradation, mais les culottes d'incontinence sont un produit clé du programme et la qualité se doit d'être au rendez-vous ».

Mais, somme toute, elle ne blâme pas Stevens dont elle apprécie grandement le service à la clientèle et la flexibilité. En effet, après quelques mois de ce régime, les appels d'usagers aux bureaux de Stevens chutent de quelque 100 appels par jour à quelque 5 appels, sur un bassin total de 1200 usagers. « Même si ça a été long à monter, le contrat roule tout seul maintenant. », confie une employée de Stevens.

En rétrospective

La volonté et la disponibilité de l'équipe de Stevens, traduites sur le terrain en une compensation face aux manques rencontrés, auront été un atout majeur.

En octobre 2015, un sondage de l'Agence mesurant la satisfaction du personnel employé au programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination réalisé auprès de 62 personnes permet d'extraire la donnée suivante : 100 % des répondants qualifient l'amabilité du service à la clientèle comme étant bon à excellent. Il reste néanmoins des pistes d'amélioration là où des insatisfactions demeurent quant à la qualité des produits.

Mais, le succès de ce partenariat tient aussi au lien de confiance établi entre les deux parties. Du côté de l'Agence, le propos est le suivant : « Je trouve que la réussite de ce projet est attribuable au lien de confiance mutuel établi dès le départ entre les deux parties ainsi qu'au travail de collaboration étroit dans les premiers mois afin de s'assurer de la mise en place des différents paramètres. Nous avons établi un échéancier serré afin de nous assurer du bon déroulement des différentes étapes à mettre en place. Les ajustements et la recherche de solutions se sont faits conjointement. » Cette réflexion trouve écho dans le discours de Stevens qui soulève également l'importance majeure du lien de confiance établi entre les deux partenaires comme condition facilitante à la réussite de ce projet.

Bibliographie

Bureau de la concurrence. Gouvernement du Canada. 2015. En ligne.

http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/h_00125.html

Le guichet de santé physique de Villa Medica : proactivité et transparence

Villa Medica

Rédigé par

Aline PANG-CHARBONNEAU, auxiliaire de recherche

Ariane-Hélène FORTIN, chargée de projets

Caroline PARENT, coordonnatrice-chargée de projets

Marie-Hélène JOBIN, directrice

Pôle santé HEC Montréal

Janvier 2016

La fondation de Villa Medica : réponse à un besoin du système de la santé et des services sociaux

Au début des années 1960, Dr Osman P. Gialloreto, cardiologue et directeur adjoint de l'Institut de Cardiologie de Montréal, constate une faille dans l'organisation des soins en ce qui a trait à la convalescence des patients. Lorsque ceux-ci subissent une opération chirurgicale et résident loin de l'hôpital, un retour à domicile peut compromettre leur guérison. À l'inverse, une prolongation des soins à l'hôpital mobilise beaucoup de ressources et engendre un coût important. Il faut donc trouver une alternative plus efficace afin de s'assurer de la remise sur pied complète des patients, hors de l'hôpital, avant de les réinsérer dans leur milieu.

En 1964, Dr Gialloreto, accompagné de M. Mendel Reisman et d'investisseurs privés, fondent l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, pour répondre à ce besoin. La vision de Villa Medica se trace très rapidement dès lors : être un complément au système de santé, et ce, de façon proactive.

Villa Medica œuvre sous le modèle privé conventionné, c'est-à-dire que le financement provient du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) selon les règles de l'Association des établissements privés conventionnés. Ce modèle est à différencier de celui touchant les Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), bien que les règles soient sensiblement les mêmes. Les employés sont syndiqués et rémunérés à la même hauteur que dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Dans les faits, pour le client, il n'y a pas de différence avec un établissement public.

Néanmoins, il s'agit d'une entreprise à but lucratif. Pour l'organisation, cela signifie qu'il est possible de réaliser des profits sur tout ce qui a trait aux activités hors champ clinique, tels que l'hôtellerie, la gestion des bâtiments, les services alimentaires, etc. Toutefois, les services de réadaptation, ainsi que les soins infirmiers, sont financés exclusivement par le MSSS, ce qui, selon certains plus réfractaires à une intervention du privé en santé, assure une standardisation des soins sur l'ensemble du réseau. La recherche de rentabilité de Villa Medica n'empêche pas l'organisation, par ailleurs, d'avoir développé une culture client très forte. L'organisation mesure en fait sur une base régulière la satisfaction de la clientèle et obtient d'excellents résultats.

Selon les personnes interrogées, tant du privé que du public, Villa Medica se différencie de ses pairs par l'accent qu'elle met sur l'innovation et la proactivité, ainsi que par sa vision à long terme. L'organisation est un lieu de stage reconnu par les maisons d'enseignement de niveaux DEP, DEC et universitaire. Le milieu s'est proposé et a souvent été retenu pour tester de nouvelles thérapies. Son expertise dans certains secteurs de niche en réadaptation, tel que les grands brûlés, est reconnue au niveau de la province. Ainsi, la direction de l'établissement soutient que cette vision d'innovation et de proactivité est manifeste dans la proposition de services présentée pour le guichet de santé physique et qui a finalement été retenue par l'ASSS de Montréal en mars 2014.

Le besoin d'un guichet unique en santé physique

En 2006, l'ASSS de Montréal constate que le réseau fait face à un enjeu d'efficacité dans son traitement des demandes en réadaptation. Afin d'assurer une prise en charge rapide des patients à leur sortie de l'hôpital, ce dernier transfère la demande au centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui envoie une demande de prise en charge à plusieurs centres de réadaptation en attente de la première place disponible. Cette multiplication des demandes gonfle artificiellement les listes d'attente. De plus, cela engendre du travail administratif inutile, en ce sens où plusieurs établissements traitent simultanément des demandes pour le même patient. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'un patient soit admis dans un des centres et que les autres centres, non informés, continuent de traiter la demande.

En 2007, à la suite d'un travail amorcé depuis plusieurs mois par l'ensemble des établissements de réadaptation, des centres hospitaliers en soins aigus ainsi que des CSSS de Montréal, un cadre de référence pour les services post-hospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins subaigus pour la région de Montréal est adopté. Ce document traite des critères d'accessibilité dans les multiples programmes de réadaptation dans les centres hospitaliers en réadaptation (CHR) et unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), de la redistribution des lits par un pairage des régions des CSSS avec les CHR et URFI de Montréal, ainsi que du développement d'une méthode de communication électronique standardisée, basée sur la demande de services interétablissements (DSIE). Afin d'opérationnaliser ce nouveau programme, deux guichets pour les patients en déficience physique ont été créés par l'ASSS de Montréal : le premier pour les personnes amputées et le second pour les personnes ayant eu un AVC ou autre problème neurologique.

Le guichet pour les personnes amputées est mis en place à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal étant donné le nombre important de lits réservés à cette clientèle qu'il détient. Le guichet AVC et autres neurologies est mis en place au CHR Villa Medica qui compte le plus grand nombre de lits en neurologie à Montréal. Les guichets pour la clientèle en santé physique (orthopédie, soins subaigus, etc.), quant à eux, sont répartis dans les douze CSSS de Montréal.

Entre 2007 et 2012, les patients en déficience physique bénéficient d'un triage des demandes et d'une distribution entre les CHR qui sont rapides et efficaces grâce au développement des corridors de services entre les centres hospitaliers et les CHR par le biais des deux guichets en déficience physique.

Par ailleurs, la clientèle en santé physique se trouve souvent en attente d'admission et le processus de triage des demandes n'est pas uniforme à travers la région de Montréal. De plus, plusieurs lits disponibles dans les CHR et URFI demeurent vides, ne faisant pas partie du pairage du CSSS avec les listes d'attente.

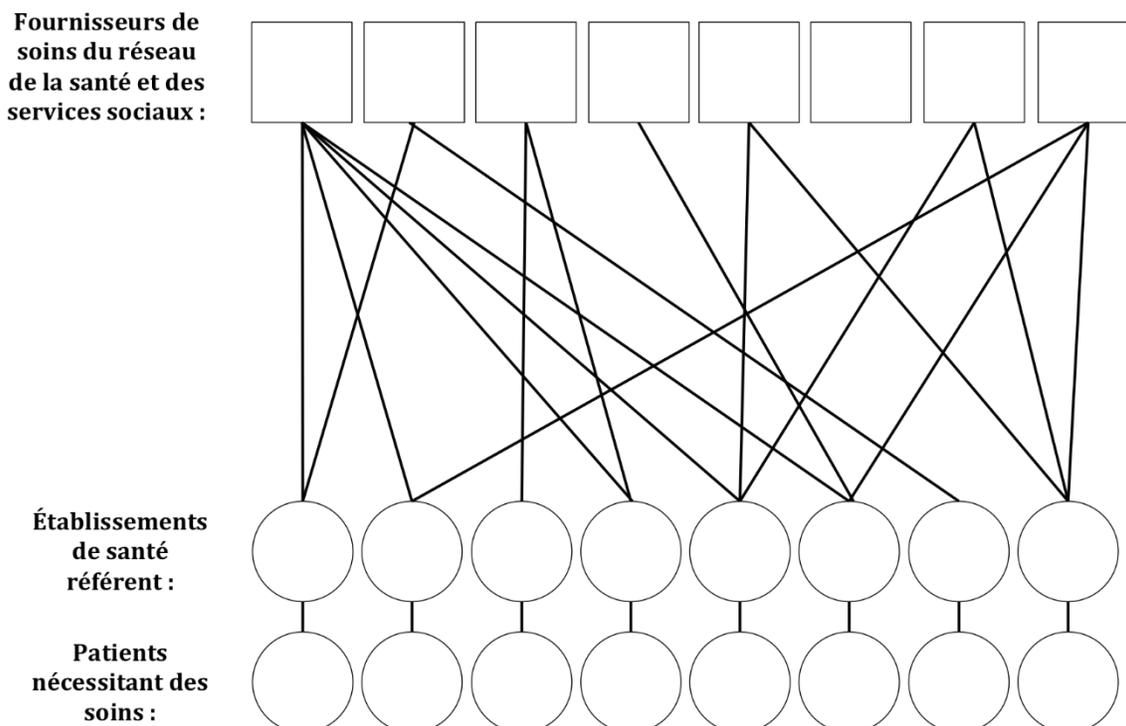
Pour ces raisons, une table de concertation des CHR et des centres hospitaliers (CH) est mise sur pied en 2012 par l'ASSS de Montréal afin de remédier à cette inefficacité dans le traitement des demandes en réadaptation.

En 2013, le regroupement recommande la création d'un guichet unique pour la clientèle en santé physique, en se basant sur le modèle du guichet AVC et autres neurologies qui, aux dires des CH et des CHR impliqués, se distingue par son fonctionnement efficace et ses résultats statistiques éloquentes sur les listes d'attente pour les admissions de cette clientèle.

Un guichet unique en santé physique est créé en mai 2014. L'objectif de celui-ci est de reproduire le cheminement des guichets en déficience physique, c'est-à-dire d'accueillir à un seul endroit les demandes en réadaptation des centres référents du réseau public, puis de les réacheminer dans un centre du réseau offrant des services de réadaptation adaptés aux besoins de la clientèle, et ce, dans un délai maximal de quatre jours. L'ASSS de Montréal souhaite ainsi réduire le délai de prise en charge des clients afin qu'ils soient rapidement vus par des spécialistes de la réadaptation. Bien plus qu'un simple souci d'efficacité, il en va de la qualité de la récupération des patients.

L'image 1 ci-dessous illustre le fonctionnement des demandes de soins en réadaptation avant l'arrivée du guichet unique. On y constate que les établissements de santé référents (essentiellement des CSSS ou des CHU) contactent plusieurs établissements de réadaptation en parallèle pour maximiser les chances de trouver une place à leur patient dans les meilleurs délais.

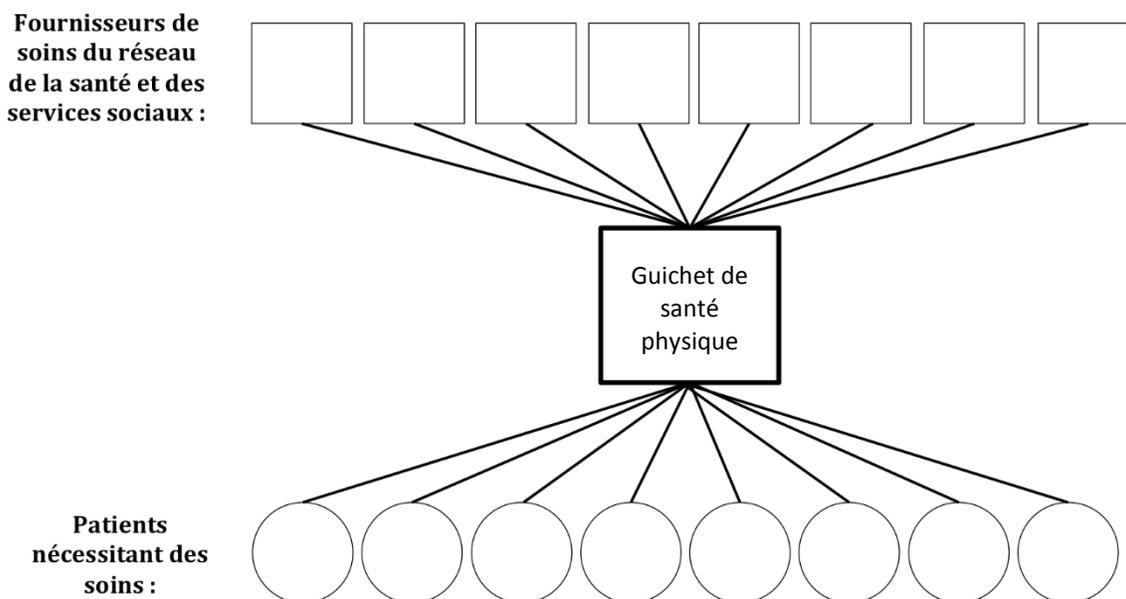
Image 1 : Illustration de la répartition des demandes de soins en matière de réadaptation avant le guichet unique



Il en résulte beaucoup d'échanges, de communications et d'efforts de négociation par les acteurs du réseau pour gérer ce processus non coordonné. Deux conséquences sont observables. D'une part, les intervenants passent un temps considérable à effectuer des tâches en double. Depuis 2007, les CSSS effectuent le triage des demandes et les acheminent aux CHR/URFI selon le pairage établi. Par contre, les CHR/URFI répondent souvent à ces demandes par des refus d'admission, ce qui engendre la nécessité d'une deuxième demande au pairage secondaire. L'augmentation des délais de prise en charge s'explique en partie par ces refus.

L'instauration d'un guichet unique, tel qu'illustré par l'image 2, remédie à cet enjeu de prise en charge inefficace des patients. Dans un système de guichet unique, une seule demande par client est désormais envoyée du centre référent vers le guichet, qui se charge de l'acheminer au meilleur établissement de réadaptation, en fonction de critères donnés et de la situation en termes de volume de demandes. À l'échelle du réseau, la mise en place d'un guichet unique permet, en plus d'éviter les demandes en doublon à plusieurs établissements et de s'assurer d'une répartition plus adéquate des demandes en fonction des besoins, de libérer les employés affectés à cette besogne administrative. Ceux-ci peuvent dès lors consacrer leur temps à des activités à valeur ajoutée.

Image 2 : La répartition des demandes de soins en matière de réadaptation après l'instauration d'un guichet unique



Un guichet unique a également l'avantage de proposer une standardisation des pratiques, une meilleure documentation des cas et un meilleur suivi des patients. C'est dans cette perspective que l'ASSS de Montréal lance en décembre 2013 l'appel de candidatures pour sélectionner un guichet unique en soins de réadaptation en santé physique.

L'obtention du contrat par appel d'offres

Dans l'appel d'offres, l'ASSS de Montréal précise la structure interne et le cadre financier à respecter pour ce projet. Cette structure comprend l'embauche d'une infirmière et d'un agent administratif avec un budget de 184 000 \$ par année. Il est également spécifié que le guichet doit être ouvert sept jours par semaine, huit heures par jour.

Villa Medica répond à cet appel d'offres, mais propose une structure différente. En effet, la structure proposée par l'ASSS est onéreuse. D'un côté, un agent administratif n'est pas en mesure de comprendre et de traduire le potentiel de réadaptation d'un patient à partir de documents. D'un autre, la rémunération d'une infirmière sept jours par semaine, huit heures par jour grugerait rapidement l'enveloppe autorisée. Aussi, les infirmières étant un titre d'emploi en pénurie, il était difficile d'envisager le recrutement d'infirmières sur des postes temporaires. Finalement, avoir recours au bassin d'infirmières déjà en place aurait conduit à offrir régulièrement du temps supplémentaire et évidemment, une difficulté à contenir les coûts.

La soumission de Villa Medica repose plutôt sur la compétence d'archivistes médicaux et d'un coordonnateur clinique. Le centre de réadaptation est déjà familier avec cette structure d'équipe et en connaît le potentiel, car il opère le guichet unique en neurologie depuis 2007 avec ce type de structure. De cette manière, Villa Medica sera en mesure d'ouvrir le guichet sept jours sur sept, à raison de huit heures par jour, tel qu'exigé dans l'appel d'offres, tout en respectant le cadre financier imposé.

Bien que l'utilisation d'archivistes médicaux soit inusitée, Villa Medica est convaincu de la capacité de ceux-ci à effectuer ce travail. En effet, ces derniers sont tout à fait capables de bien lire le potentiel de réadaptation d'un patient décrit dans l'outil standardisé DSIE, étant donné le cursus académique et leur connaissance pointue des diagnostics. La codification des dossiers médicaux et des différentes terminologies utilisées²² prépare bien les archivistes à un tel rôle.

L'établissement de soins privé conventionné Villa Medica n'est pas le seul à proposer une soumission à l'appel de l'ASSS de Montréal. Au final, plusieurs centres de réadaptation du territoire de Montréal soumettent leur candidature.

Avant même de connaître la décision de l'ASSS, Villa Medica planifie toutes les étapes afin de mettre en place les structures de base du guichet et s'assurer de pouvoir démarrer le projet rapidement advenant une réponse positive. Cette préparation s'avère utile pour la suite, car l'ASSS de Montréal annonce au début du mois de mars 2014 que le contrat leur est octroyé pour une durée minimale d'une année. Villa Medica a dès lors un délai de six semaines pour la mise en place du guichet unique santé physique.

²² La formation d'archiviste médical, une technique de niveau collégial, exige la complétion de quatre cours de médecine (Médecine I, II, III, IV).

Malgré les nombreux défis de cette implantation rapide, l'heure est tout de même à la réjouissance face à cet appel d'offres remporté! À l'ASSS de Montréal, on reconnaît l'audace de la proposition qui permet de contenir les coûts, tout en assurant la qualité. On reconnaît aussi l'efficacité de Villa Medica, la qualité et l'innovation dont l'établissement a toujours fait preuve par le passé. Il faudra cependant que Villa Medica apprenne à passer de fournisseur de soins de réadaptation à celui de coordonnateur des soins, sur tout le territoire de Montréal, dans des programmes de santé physique, avec des balises moins bien définies qu'en déficience physique. Aussi, certains autres fournisseurs de soins et services en réadaptation sont mécontents de ce changement et se montreront des collaborateurs exigeants. C'est une nouvelle aventure et l'établissement s'attelle pour relever le défi.

Pendant que Villa Medica travaille à la planification de la structure interne du guichet, l'ASSS de Montréal fait aussi son bout de chemin. On organise rapidement une rencontre avec les différents partenaires impliqués, soit les partenaires référents (hôpitaux) et les partenaires fournisseurs (centres de réadaptation), afin de leur exposer le fonctionnement du nouveau guichet de santé physique, de même que le déroulement des prochaines semaines menant à l'ouverture du guichet. Cette rencontre sert aussi à exprimer l'insécurité des partenaires par rapport à ce changement, notamment au vu du fait que ce soit à un établissement privé conventionné qu'ait été confiée la responsabilité du guichet d'accès. Le but est de soutenir clairement Villa Medica comme guichet officiel aux yeux de toutes les parties impliquées. Néanmoins, il semble que certains partenaires n'aient pas été informés de la tenue de cette rencontre, explique un intervenant de l'ASSS de Montréal.

Certains partenaires n'apprennent par ailleurs que la veille que des changements majeurs vont s'opérer dans le fonctionnement de leurs activités quotidiennes. Ainsi, cela occasionnera des problèmes au niveau de la relation de confiance des partenaires vis-à-vis du nouveau guichet, selon un intervenant de l'ASSS.

Enfin, la date même de l'ouverture du guichet est quelque peu problématique dans la mesure où la fin mai est généralement la date à laquelle les différents partenaires travaillent à leur reddition de comptes, ce qui les rend indisponibles à envisager de nouvelles façons de procéder.

La mise en place d'une structure pour accueillir le guichet santé physique à l'interne

Au niveau du fonctionnement interne, le guichet unique en santé physique se « greffe » en quelque sorte au guichet neurologie qui existe déjà depuis 2007 à Villa Medica. De nouveaux archivistes s'ajoutent à l'équipe en place, dirigée par la chef des archives²³.

Afin de mener à bien cette tâche, conformément à la proposition acceptée, on convient que l'équipe d'archivistes médicaux du guichet de santé physique doit être chapeauté par un coordonnateur clinique. Pendant un certain temps, le rôle est confié à une infirmière clinicienne

²³ Titre exact : Chef des services d'archives, d'accueil, de transports et guichets d'accès

puis, à son départ à la retraite, c'est un ergothérapeute qui occupera la fonction de coordonnateur clinique.

L'image 3 représente le cheminement des demandes dans le guichet de santé physique. En somme, les demandes de service sont acheminées au guichet, les archivistes lisent les DSIE, traduisent le potentiel de réadaptation du patient et orientent le client vers la bonne porte.

Image 3 : cheminement des demandes dans le guichet de santé physique



Une certaine quantité de demandes (DSIE) sont traitées uniquement par les archivistes médicaux. Le coordonnateur clinique est néanmoins présent pour répondre aux situations plus litigieuses où le potentiel de réadaptation est moins clair. La chef des archives, quant à elle, intervient lorsqu'un cas de réadaptation jugé « limite » se voit refuser l'accès par un établissement donné, par exemple dans le cas où un client est sans prise en charge, mais que les intervenants à l'hôpital suggèrent quand même de la réadaptation. La chef des archives doit, à ce moment, entrer en communication avec le centre référent et le fournisseur de soins pour clarifier la demande. La chef des archives occupe un rôle éminemment stratégique.

Certains partenaires fournisseurs de soins remettent en question des demandes de services du guichet. Le coordonnateur clinique permet d'octroyer plus de poids aux références et ancre la crédibilité du guichet. Le fait que l'équipe d'archivistes du guichet soit coordonnée par un professionnel de la santé (ergothérapeute), membre d'un ordre professionnel, au courant des nouvelles façons de faire en réadaptation et assurant un transfert d'expertise auprès des archivistes médicales, rehausse le niveau de services du guichet d'accès.

Des rencontres de coordination

Afin de mener à bien les activités, plusieurs mécanismes formels de communication sont mis en place. Dès les débuts du partenariat, Villa Medica et l'ASSS de Montréal se rencontrent à quelques reprises pour démarrer le projet sur un pied ferme. À son tour, Villa Medica rencontre les partenaires pour bien les familiariser avec les étapes à venir, dans une volonté d'uniformiser l'accès pour la réadaptation et de voir une amélioration des délais d'accès, visant moins de quatre jours.

Un comité de coordination est mis sur place. Au début du projet, les fréquences de rencontre sont intensives afin de se concerter de façon plus serrée; puis les rencontres sont espacées aux six semaines environ. À ces rencontres sont conviés notamment les directeurs de programmes cliniques des CSSS, du personnel d'encadrement des centres référents, des centres fournisseurs

externes aux CSSS, ainsi que le personnel décisionnel de Villa Medica et de l'ASSS de Montréal. L'objectif est tout de fois que ces rencontres ne soient nécessaires que trimestriellement.

Quelques défis rencontrés

Villa Medica doit composer avec des intérêts et des visions diverses. Par exemple, avant même l'entrée en vigueur du contrat, le cadre de référence qui sert à évaluer le potentiel de réadaptation du patient fait notamment l'objet d'une révision, tel que mentionné précédemment, ce qui, selon un intervenant de l'ASSS de Montréal, est source d'insécurité pour les partenaires qui voient d'un œil inquiet tous ces changements apportés aux façons de faire.

De plus, Villa Medica fait face à des défis quant à la reconnaissance de sa légitimité auprès des pairs et partenaires de par sa double mission d'établissement de réadaptation et de guichet unique santé physique. Afin de se poser comme coordonnateur et répartiteur légitime, Villa Medica cherche à faire preuve de neutralité et de transparence dans sa façon d'acheminer des demandes. Pas question, pour Villa Medica, de confondre son statut d'hôpital de réadaptation et son statut de guichet de santé physique.

Toutefois, cette distinction est parfois nébuleuse pour certains partenaires. On prétend notamment que Villa Medica s'accorde un traitement de faveur et accepte les cas les plus faciles. À ce propos, plusieurs intervenants de l'ASSS de Montréal soutiennent que Villa Medica compense plutôt pour le reste du réseau en accueillant les clients refusés ailleurs en raison de la complexité de leur cas et du coût supérieur devant être déboursé pour leur dispenser des soins adéquats. Ces mêmes intervenants révèlent par ailleurs qu'il existe une forme d'envie à l'égard de Villa Medica, puisque plusieurs centres de réadaptation de la région ont postulé à l'appel d'offres et que Villa Medica a obtenu le contrat. Toutefois, certains intervenants soutiennent qu'il s'agit plutôt d'un sentiment de déception face à l'avortement d'un projet pour lequel tant d'efforts ont été déployés, notamment dans la rédaction et l'appropriation de l'offre de services.

Par exemple, en janvier 2015, lors d'une rencontre du comité de coordination rassemblant les divers partenaires référents et fournisseurs de soins, Villa Medica expose les résultats en chiffres du nouveau guichet de santé physique. On y constate que la mise en place du guichet unique a aidé à résorber les listes d'attente et a permis d'assurer une prise en charge à l'intérieur de quatre jours. Ces résultats, jugés trop positifs par un partenaire, provoquent chez lui une réaction d'incrédulité. Il faut alors que Villa Medica fournisse davantage de preuves pour que se résorbent enfin ses doutes.

Parallèlement, le guide de gestion pour le guichet de santé physique, décrivant clairement la mission de ce guichet, le rôle de chacun, la vision, les limites, les prévisions ainsi que les démarches à suivre, tarde à paraître. Jusque-là, c'est la version préliminaire, le pré-guide, qui fait office d'outil de travail auprès des différentes parties impliquées. Ceci contribue à ancrer le sentiment « d'essai perpétuel », selon un intervenant de l'ASSS, qui ralentit l'acceptation de Villa Medica comme partenaire légitime.

Bien malgré elle, l'ASSS de Montréal, quant à elle, doit aussi composer avec sa part d'enjeux. Selon le témoignage d'un employé impliqué dans le dossier, la notion de « partenariat public-privé » n'a pas toujours bonne presse et ne fait pas l'unanimité au sein de l'ASSS à l'interne, ce qui occasionne des appréhensions. De plus, selon certains, le statut de « privé-conventionné » de Villa Medica représente dans l'esprit de certains un frein à l'accessibilité universelle du réseau de la santé et des services sociaux, malgré le fait que dans la réalité du quotidien, les soins soient de même qualité que ceux dans le réseau public et qu'aucun frais supplémentaire ne soit demandé aux patients et usagers. « C'est un débat d'idéologie », dit un intervenant, « même si une idée est bonne, certains diront qu'elle ne l'est pas sans pour autant te dire pourquoi. »

Par ailleurs, coup de tonnerre dans le réseau en septembre 2014 : on annonce l'abolition des agences dans le réseau, au 31 mars 2015. Cette situation entraîne un flottement dans tous les dossiers, en particulier ceux qui sont coordonnés par les agences. La question ne se pose pas en termes de légalité des contrats. Elle se pose beaucoup plus sur la légitimité des interlocuteurs. Ainsi, ceux qui, hier encore, avaient pleine autorité pour convaincre des partenaires moins collaborateurs ne savent même pas où ils seront affectés et si ce dossier relèvera d'eux dans quelques mois. Il demeure donc difficile de donner tout le soutien souhaité à Villa Medica qui doit assoir sa légitimité et harmoniser les pratiques de tous les centres de réadaptation de la région en matière de répartition des cas sur le territoire.

En avant malgré tout

Malgré les multiples enjeux cités plus haut, Villa Medica parvient à obtenir des résultats témoignant de l'efficacité de la structure dont elle s'est dotée. Forte de l'équipe d'archivistes médicaux, chapeauté par un ergothérapeute coordonnateur clinique et avec l'aide stratégique de la chef des archives, l'équipe fait rouler le guichet de santé physique 7 jours sur 7 de façon à ce que tout client ayant besoin de réadaptation trouve une porte ouverte pour l'accueillir et obtienne les soins appropriés dans le délai prescrit. Somme toute, le guichet de santé physique est jugé comme étant un succès, tant du côté de l'ASSS de Montréal que du côté de Villa Medica.

Enfin, alors que les choses semblent se stabiliser, le nouveau contexte de la loi 10 engendre un regain d'incertitude chez les parties concernées. Malgré le sentiment partagé que le guichet de santé physique est bénéfique pour la clientèle et devrait poursuivre ses activités, avec le fractionnement en différents CIUSSS sur le territoire de Montréal, il sera plus difficile de reconduire ce partenariat avec plusieurs intervenants au dossier.

Les atouts de Villa Medica dans un éventuel renouvellement sont cependant nombreux : une culture client forte, une capacité d'innovation reconnue, une longue expérience avec le guichet neurologie et, surtout, des résultats probants découlant de cette première expérience.

Annexe 2 : Canevas d'entrevue générique

INTRODUCTION

1. Parlez-nous de l'organisation. [son histoire, ses activités, son but, sa vision, sa mission]
2. De quel partenariat allons-nous parler aujourd'hui ? [qui fera l'objet de l'étude de cas]
3. Selon vous, ce partenariat est-il globalement un échec ou un succès ?
4. Parlez-nous de votre rôle et de vos responsabilités au sein de l'organisation. Depuis combien de temps êtes-vous avec cette organisation ? Quel a été votre rôle au niveau de l'exécution ou de la négociation de ce partenariat ?
5. Qui a été votre partenaire au niveau du public/privé ?
6. Expliquez-nous le déroulement du partenariat, des balbutiements à aujourd'hui. Quelles ont été les principales étapes du partenariat ?
7. Quelle a été votre implication dans le partenariat étudié ?
8. Est-ce votre organisation qui a initié cette entente ou plutôt le partenaire public/privé qui a fait les premiers pas ?

AXE 1 : COMMUNICATION

1. Quelle était la vision de ce partenariat ? Était-elle partagée par votre homologue du secteur public/privé ? Est-ce que la vision était homogène au sein de l'organisation ?
2. Avez-vous l'impression que le partenaire public/privé rejoignait la vision et avait les mêmes objectifs que vous ? Comment, selon vous, la vision des deux partenaires [public et privé] se rejoint-elle ?
3. De quelle manière l'entente a-t-elle été élaborée ? Cette entente s'est-elle formalisée à travers un document avec des règles à suivre et des modalités de fonctionnement ? [Le partenariat a-t-il créé l'entreprise ?]
4. Comment décririez-vous la communication avec le partenaire ?
5. Comment décririez-vous la communication ascendante/descendante au sein de l'organisation à propos de ce partenariat ? Y a-t-il un suivi régulier sur les opérations journalières ? Sont-elles essaimées aux niveaux tactique et stratégique ?

6. Y a-t-il un porte-parole ou un pilier responsable pour la communication ? Y a-t-il un gestionnaire de compte ou de dossier ? Y a-t-il un gestionnaire de compte ou de dossier chez le partenaire ?
7. Les rôles de chacune des personnes en contact à chaque niveau de l'organisation sont-ils clairs ?
8. Y a-t-il un comité de gouvernance périodique ? Y a-t-il plusieurs niveaux de comités ?
9. Des activités de lobbying ont-elles été déployées ? Comment avez-vous géré ce dossier sur le plan politique ?

AXE 2 : LEADERSHIP

1. Qui assure le leadership sur ce projet ? Avez-vous eu à utiliser vos qualités de leader dans ce projet ? Avez-vous un exemple ?
2. De votre point de vue, qui exerçait le plus grand leadership du côté du partenaire public ? Ce rôle était-il bien assumé ?
3. Comment redresse-t-on le tir lorsqu'un obstacle est rencontré ? Comment ceci est-il communiqué au partenaire, à l'ensemble de l'organisation ?

AXE 3 : PERFORMANCE

1. De manière générale, constatez-vous des retombées positives quant à la performance de l'organisation ?
2. Ce partenariat a-t-il été bénéfique pour votre partenaire public/privé ? De quelle façon ?
3. Avez-vous dû investir pour mener à bien cette entente ? De quelle façon ?
4. Avez-vous dû innover ou vous améliorer pour remplir cette entente ? De quelle façon ?
 - a. Comment l'innovation est-elle gérée au sein de votre organisation ?
5. Quelle est l'attitude par rapport à la prise de risque ? Calculez-vous que ce partenariat était risqué ? Avez-vous pris des mesures pour atténuer les risques ?

6. Cette entente s'est-elle conclue avec le rendement espéré ou avec le respect du budget estimé ? Pouvez-vous élaborer ?

AXE 4 : CULTURE ET CONFIANCE INSTITUTIONNELLE

1. Lorsque l'idée d'un partenariat public-privé a d'abord été évoquée, quelle a été votre première impression ? Comment cette impression a-t-elle évolué au cours du déroulement du partenariat ?
2. Comment décririez-vous la confiance entre le partenaire et vous au début du projet, lors de son déroulement et à sa conclusion ?
3. Qu'en est-il de l'impression des autres acteurs concernés ? Comment cette impression a-t-elle évolué au cours du déroulement du partenariat ?
4. Pouvez-vous nous parler de la culture de votre organisation, de votre partenaire public/public ? Comment cette culture a-t-elle joué un rôle dans le déroulement du partenariat ? [adéquation/inadéquation culturelle]

CONCLUSION

1. Selon vous, quels ont été les principaux facteurs de succès/conditions facilitantes au partenariat ?
2. Selon vous, quels ont été les principaux obstacles/freins au succès du partenariat ?
3. Quels ont été les moments clés, les points tournants du partenariat ? [une négociation, une rencontre]
4. Si c'était à refaire, que pourrait-on faire de façon différente ?
5. Avez-vous autre chose à ajouter ?