

## DE LA STRUCTURE AU DÉPLOIEMENT : MAXIMISER LES RETOMBÉES POSITIVES DE LA LOI 10



**ALAIN RONDEAU**  
Professeur honoraire  
et directeur associé



**CAROLINE PARENT**  
Coordonnatrice  
et chargée de projets



**MARIE-HÉLÈNE JOBIN**  
Professeure titulaire et directrice  
Pôle santé HEC Montréal

Depuis l'annonce du projet de loi 10 le 25 septembre dernier, le réseau de la santé et des services sociaux vit une grande période de turbulence. Cette loi vise à réduire les dépenses administratives en modifiant de façon significative la structure du système et en réduisant le nombre d'établissements par des regroupements. Ultimement, les ressources dégagées pourront être réinjectées directement dans les soins et services, ce qui est tout à fait louable.

Mais comment s'assurer que cette reconfiguration apporte de réelles retombées positives pour l'utilisateur ? A-t-on raison de croire que le fait de fusionner des établissements va produire d'office les effets escomptés ? Est-ce que cette réforme signifie une volte-face par rapport aux efforts entrepris depuis la réforme de 2005 ou s'inscrit-elle dans sa continuité ? Comment faire pour maximiser l'efficacité de cette réforme pour mieux servir l'utilisateur et alléger les dépenses en santé dans la même foulée ? Cet article propose une réflexion sur ce que pourrait être le déploiement de la loi 10 et présente un guide pour accompagner le réseau dans l'actualisation de cette loi.

### L'ÉTAT DU RÉSEAU AU TEMPS DE LA LOI 10

Le projet de loi 10 vise à modifier la structure de gouvernance du système et l'organisation de soins et services par l'abolition des Agences régionales et la réduction du nombre d'entités autonomes, passant de 182 à 34 établissements. Cette nouvelle organisation des services inclut 13 Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et 9 Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). L'intention est aussi de faire passer le système de santé québécois d'un réseau d'établissements à un réseau intégré de services aux patients. L'esprit de la loi est en effet d'assurer une meilleure continuité de soins et de services sur un territoire, notamment en centralisant la prise de décision par ce vaste mouvement de fusion. Par cette intégration administrative, on souhaite également accentuer la normalisation et ainsi assurer des services plus uniformes à la population.

Depuis l'annonce de ce changement structurel, un vent de désorganisation se fait cependant sentir chez le personnel administratif qui voit plusieurs emplois menacés par les nombreuses coupures de postes annoncées. Les projets amorcés sont abandonnés et tout le réseau est en attente. Par un étrange effet du sort, toute cette attention portée sur les structures administratives amène divers acteurs cliniques à considérer « ... qu'enfin, on les laisse tranquilles et qu'ils peuvent se concentrer sur les enjeux cliniques! »

À court terme donc, la loi 10 ne semble pas engendrer de répercussions négatives en regard de la qualité des soins et des services offerts aux usagers. Elle renforce même la perception négative du grand public à l'effet que les administratifs n'apportent que très peu de valeur au système.

Néanmoins, plusieurs dangers guettent le réseau. Tout d'abord, le désinvestissement dans l'administratif est comme une maladie chronique. Les effets sont pernicieux et peuvent handicaper le système à long terme. En dévalorisant la gestion au sein de la direction des établissements, l'investissement des personnes à haut potentiel sera improbable. La qualité de relève

pourrait en souffrir et entraver le système à mieux servir le patient ou l'utilisateur à long terme.

Par ailleurs, les tractations à court terme auront inévitablement l'effet d'engager un jeu politique malsain de repositionnement des acteurs administratifs pour permettre à ces derniers de reprendre du contrôle. Ces chassés croisés ont déjà cours actuellement. Il ne faut pas écarter le danger que ces efforts de positionnement stratégique relèguent à l'arrière-plan la mise en place de processus de soins et de services intégrés.

Il est d'ailleurs facile de concevoir comment la normalisation des services financiers va mobiliser des énergies phénoménales; comment la mise à niveau des conventions collectives et l'avalanche de griefs qui s'ensuivra vont cristalliser l'attention; comment la normalisation des technologies aux services de paie, d'achats ou d'ententes de gestion, va engendrer un déplacement des efforts sans grande valeur ajoutée pour l'amélioration de la performance clinique du système.

En somme, le déploiement de la loi 10 risque d'entraîner le réseau de la santé et des services sociaux du Québec dans une « structurite aigüe », ce qui pourrait faire de l'utilisateur, à court et à moyen terme, le grand perdant de cette réforme. Pour autant, cette réforme ne sera pas inutile, d'autant plus qu'elle viendra compléter les travaux entrepris avec la réforme du système de santé et services sociaux de 2005. Dix ans plus tard, nous remettons sur le métier notre ouvrage et tentons de redresser les pans de la réorganisation du réseau de santé qui n'ont pas encore été mis totalement en place.

## RETOUR SUR LA RÉFORME DE 2004 ?

Avec la création des 95 réseaux locaux de services (RLS) en 2004, l'objectif était de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus en misant sur les trois piliers fondamentaux de la réforme qu'étaient la *responsabilité populationnelle*, la *gestion par programme* et l'*organisation réseau*.

Aujourd'hui, dix ans plus tard, il est clair que cette réforme a fait progresser l'organisation des soins et services malgré de nombreuses ratées. Avant 2004, pour la majorité des établissements, les soins et services étaient organisés dans une logique d'offre de services propre à chaque établissement et non selon une meilleure compréhension des besoins réels de la population d'un territoire donné, ce que seul les CLSC analysaient jusqu'alors.

La mise en place par les CSSS de la *responsabilité populationnelle* a été longue et ardue à réaliser car on devait repenser l'organisation des services autour des besoins des bénéficiaires et non seulement autour des dispensateurs de services. On devait aussi apprendre à prioriser les services selon les besoins et à déployer une première ligne forte, ce qui ne s'est pas fait sans anicroche. En ce sens, la réforme actuelle n'est qu'une continuité de la précédente et vise à intégrer plus avant les services sur un même territoire.

Cette *responsabilité populationnelle* a aussi nécessité la mise en place d'une *gestion par programme*, c'est-à-dire une organisation des soins et services plaçant le bénéficiaire au cœur du soin et prenant en compte son état global plutôt que

de simplement le faire circuler d'un service à l'autre, d'une activité clinique à l'autre. Certes, encore une fois, cette gestion par programme a été réalisée à géométrie variable selon les territoires, mais cela a constitué un premier effort concerté pour déployer des soins et services selon une logique de processus où l'utilisateur est pris en charge et non selon une logique de dispensation de services où il est laissé à lui-même pour circuler dans les dédales d'un système complexe.

Les piétinements de la mise en place de la *gestion par programme* se sont traduits par une organisation de soins souvent trop lourde et mal adaptée à la diversité des clientèles. On en vient aujourd'hui à reconnaître la valeur d'une organisation des services autour de trajectoires beaucoup plus précises et raffinées, fondées sur une meilleure prise en compte de l'expérience-patient.

L'apprentissage le plus important à tirer de la réforme de 2004 est sans aucun doute lié au troisième pilier de cette réforme : l'*organisation réseau*. À cette époque, le législateur était bien conscient que pour assurer une fluidité dans les services, il importait de faire travailler les établissements en réseau et non plus en silo. La formule déployée alors consistait à négocier des « contrats de services » entre établissements demeurés autonomes, par ailleurs. Bien que l'organisation des soins et services soit aujourd'hui davantage réfléchie en termes d'organisation réseau, il n'en demeure pas moins que la collaboration entre les différentes composantes du système se fait toujours difficilement. Pour paraphraser De Gaulle : « Comment voulez-vous gouverner un réseau où il y a 184 établissements! »

La réforme de 2004 a cependant fait progresser le modèle de soins et services au Québec d'une façon notable et il ne faudrait pas que la loi 10 se traduise par des reculs dans l'évolution de ce modèle. Au contraire, il est souhaitable que la mise en place de cette loi constitue une occasion de consolider les acquis de la réforme. De fait, si le déploiement de cette loi permet aux CISSS et aux CIUSSS de clarifier plus efficacement les trajectoires de soins et de services et de mieux les intégrer à travers des établissements fusionnés, cela pourrait revitaliser le système.

Établissons au départ que ce n'est pas la structure d'un système qui en détermine la performance. C'est plutôt l'efficacité des processus de soins et services qui détermineront la capacité du système à atteindre la qualité souhaitée dans les services dispensés. En d'autres termes, les nouveaux dirigeants des établissements devront mettre rapidement l'accent sur la mise en place et l'amélioration de leurs trajectoires de soins et de services. Le temps consacré à l'établissement de structure et d'organigramme n'améliorera pas la performance du système. Cette tâche est nécessaire, mais elle n'engendrera pas à elle seule la performance. Les bénéfices ne se feront sentir que lorsque les acteurs stratégiques auront comme objectifs de travailler à l'intégration des processus cliniques et de services.

Par leur taille et par la simplification de la structure de gouvernance, les CISSS (ou CIUSSS) ont en main les atouts pour permettre une meilleure intégration des continuums de soins et services, ce que les ententes de gestion entre établissements autonomes n'ont pas réussi. Il faut cependant savoir donner

1. De Gaulle avait déclaré en 1962 « Comment voulez-vous gouverner un pays où il existe 258 variétés de fromages? » <http://www.dicocitations.com/citations/citation-6783.php#PE2flvbJ6gwgtzxv0.99>.

du sens à cette fusion et en faire un outil d'amélioration de la performance.

## PENSER LE DÉPLOIEMENT : QU'EST-CE QUI DONNE AUX FUSIONS LEUR VALEUR RÉELLE ?

Comme le démontre généralement la recherche en gestion dans le domaine des fusions d'organisations, la valeur ajoutée d'une fusion tient rarement à de seuls enjeux financiers mais comporte de nombreuses composantes liées à la complémentarité des instances et à l'organisation sociale du travail (Staub, 2007)<sup>2</sup>. Appliquée au déploiement de la loi 10, il importe donc que la mise en place des CISSS et CIUSSS ne vise pas que de simples objectifs budgétaires mais s'avère bénéfique au client qui en utilise les services. La fusion d'établissements doit se faire autour de la complémentarité clinique des diverses installations qui composent les CISSS ou CIUSSS aux continuums de soins. Il faut éviter que l'attention des décideurs soit centrée uniquement sur des questions administratives, mais qu'au contraire, elle soit l'occasion d'une meilleure intégration clinique.

Dans cette perspective, la mise en place des CISSS et des CIUSSS doit servir de nouveau tremplin aux trois piliers de la réforme de 2005. La *responsabilité populationnelle* devra continuer d'être un élément central de la réforme. C'est en travaillant à mieux connaître les populations desservies sur leur territoire que les nouveaux établissements donneront de la légitimité à une action clinique intégrée. En outre, c'est par un raffinement de la *gestion par programme* que les parcours cliniques se colleront davantage sur l'expérience-patient. Enfin, la réelle valeur des CISSS et des CIUSSS sera de favoriser un réseautage plus rigoureux entre installations soumises à une même normalisation.

## UN GUIDE DE DÉPLOIEMENT : QUELQUES PRINCIPES À RESPECTER

Tout en reconnaissant l'incertitude et l'insécurité associées au déploiement de la loi 10, les pistes d'action proposées ici veulent mettre en garde les décideurs contre une focalisation sur les questions administratives. La démarche de fusion entreprise doit se mesurer à l'aune des objectifs du système : accessibilité, continuité et qualité des soins et services. Pour ce faire, diverses actions pourraient baliser ce processus.

### **Maintenir l'usager au cœur de la transformation**

L'une des grandes forces de la réforme de 2004 a été la mise en place de la *responsabilité populationnelle*. De cette façon, le législateur d'alors affirmait l'importance d'un soin centré sur les besoins du patient et non sur les préoccupations des dispensateurs. Afin de continuer dans cette même orientation, les nouveaux CISSS et CIUSSS devraient être appelés à raffiner non seulement le portrait des besoins de leur territoire élargi, mais aussi des ressources dont ils disposent pour les traiter. Ici, il importe de ne pas établir ces portraits pour chaque établissement fusionné, mais bien d'établir un portrait intégré des besoins et des ressources à disposition, sans égard aux pratiques traditionnelles. Comme l'a démontré la mise en place récente de cliniques temporaires pour traiter la grippe, l'offre de service d'un CISSS ou CIUSSS pourrait

être modulée pour s'ajuster de façon flexible aux besoins émergents et non être le simple prolongement de l'action des établissements qui les composent.

### **Responsabiliser les CISSS ou CIUSSS dans des continuums de soins et services plus raffinés**

Une idée novatrice de la réforme de 2004 fut l'établissement d'une gestion par programme mettant l'accent sur des continuums de soins et services centrés sur des clientèles spécifiques. Cependant, l'expérience acquise a démontré que ces continuums étaient souvent trop larges et mal intégrés. En outre, la coordination des efforts autour de ces continuums se faisait sans réelle autorité sur leur déploiement entre les établissements.

Comme les CISSS et CIUSSS disposeront de multiples installations et points de service, ils auront intérêt à adopter une structure matricielle de gestion des soins qui reconnait une autorité réelle aux propriétaires de continuums. Ces derniers devront mettre l'accent sur la continuité et la fluidité des services à travers les continuums dont ils sont responsables, mais devront également assurer la continuité et la fluidité des services entre les continuums de l'établissement.

### **Virtualiser les soins**

La concentration du pouvoir aux mains d'un nombre restreint de joueurs et la simplification des structures administratives est un atout intéressant pour favoriser l'intégration massive des technologies de l'information en soutien aux soins et aux processus administratifs. Actuellement, le réseau est en très piètre état d'un point de vue technologique. Les équipements sont désuets, les systèmes sont inefficaces et non intégrés, les capacités d'analyse et d'extraction des données sont anémiques. Certes, les choix des établissements d'investir dans les soins et services plutôt que dans des éléments de soutien ne sont pas étrangers à cet état de fait, mais l'addition des années de négligences et de chicanes stériles sur les projets majeurs entrepris dans le réseau ont fait en sorte qu'aujourd'hui, le système est à l'âge de pierre. Un coup de barre majeur doit être donné pour accélérer l'introduction des technologies, en soutien aux soins.

### **Développer une culture d'innovation continue**

Le dernier chantier qui se dresse est celui de l'innovation. Le réseau peine à innover. La recherche est anémique mais il est surtout déplorable de constater que la diffusion des innovations et des améliorations est entravée par des enjeux administratifs, des règles syndicales ou simplement la protection de l'identité territoriale. La simplification des structures amenée par la loi 10 apparaît donc comme un levier intéressant qui pourrait favoriser la diffusion des innovations plus harmonieuse et efficace. Au lieu d'entamer une lutte où la culture de l'établissement le plus fort prend le dessus sur les autres, les CISSS et les CIUSSS devront travailler à faire évoluer la culture de leur nouvel établissement vers une culture d'amélioration continue et d'innovation.

En définitive, s'il s'avère possible d'axer le déploiement de la loi 10 sur les enjeux cliniques et non sur les seuls enjeux administratifs, cette transformation pourrait atteindre son objectif de faire passer le système de santé québécois d'un réseau d'établissements à un réseau intégré de services aux patients. ///

2 Staub, T. (2007). Reasons for Frequent Failure in Mergers and Acquisitions - A Comprehensive Analysis. Deutscher Universitäts-Verlag.