

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION

PAR

PASCAL LACHANCE

L'APPROCHE SYSTÉMIQUE ET LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL :

LE CAS DE LA FUSION DES CENTRES D'HÉBERGEMENT

ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE DE LA

MRC DES ETCHEMINS

DÉCEMBRE 1992



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

REMERCIEMENTS

J'aimerais d'abord souligner l'apport important et toujours judicieux que m'ont donné mes collègues de travail, les directeurs généraux des établissements de la MRC des Etchemins, au cours de la réalisation de cette étude.

Dans le cadre universitaire, je dois aussi souligner l'excellente collaboration de deux titulaires patients et attentifs, MM. Carol Allaire et Gilles St-Pierre. La supervision interne de ma recherche a, quant à elle, été réalisée par le président du conseil d'administration du Foyer Ste-Justine, M. Marcel Giguère. J'adresse à ce dernier un merci sincère pour son appui constant et amical.

Je ne saurais oublier le soutien moral que m'a donné mon collègue et ami, M. Denis Martin, à qui j'adresse un merci spécial.

Merci aussi à Louise et à Clémence dont la collaboration appréciable m'a permis de travailler avec dévouement.

Enfin, j'exprime mes sincères remerciements à mon épouse Ginette ainsi qu'à nos trois enfants, Éric, Anne et Bernard. Sans leur appui indéfectible, ce travail n'aurait pu être accompli.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS	x
 INTRODUCTION	 1
 CHAPITRE I LE CONTEXTE LEGAL	 6
1. Les conseils d'administration	6
2. Les établissements et les centres de services	7
 CHAPITRE II LA RECHERCHE-ACTION PAR L'APPROCHE SYSTÉMIQUE	 9
1. Le contexte de la recherche	9
2. La recherche-action	10
3. L'approche systémique: une méthodologie de diagnostic organisationnel	13
4. Les objectifs de la recherche	16
 CHAPITRE III LE CONTENU DU MANDAT	 17
1. Présentation de l'organisation	17
2. Description des difficultés potentielles	20
2.1 La nomination du directeur général	21
2.2 Intégration ou la fusion des corporations propriétaires	22
2.3 Le plan d'organisation à mettre en place	23
2.4 L'implantation des changements	24

CHAPITRE IV	LES RÉALITÉS DE L'ORGANISATION (IMAGE RICHE)	26
1.	L'environnement	26
1.1	L'environnement général ou macro-environnement	27
1.1.1	L'aspect politique-légal	27
1.1.2	L'aspect économique	28
1.1.3	L'aspect culturel	30
1.1.4	L'aspect technologique	30
1.1.5	L'organisation sociale	31
1.2	L'environnement spécifique	33
1.2.1	Les fournisseurs	33
1.2.2	La clientèle	34
1.2.3	Les institutions financières	35
1.2.4	Les compétiteurs	36
2.	Les structures	36
2.1	L'organigramme des centres d'accueil d'hébergement	37
2.2	Le centre hospitalier	39
3.	Les tâches de planification, d'organisation, de direction et de contrôle	42
4.	Les règlements généraux	44
5.	L'organisation du travail	45
6.	Description des processus	45
6.1	Le sous-système «conseil d'administration»	47
6.2	Le sous-système «administration générale»	49
6.3	Le sous-système «soins infirmiers»	51
6.4	Le sous-système «ressources financières»	53
6.5	Le sous-système «ressources humaines»	55
6.6	Le sous-système «ressources professionnelles»	57
6.7	Le sous-système«ressources techniques»	59
7.	Les ressources	62
7.1	Les ressources humaines	62
7.2	Les ressources financières	64
8.	Le climat organisationnel	66
8.1	Les relations entre structures et activités	68
8.2	Le pouvoir dans l'organisation	69

CHAPITRE V	LA DÉFINITION DU PROBLÈME À ANALYSER	70
1.	L'unification	70
CHAPITRE VI	LE POINT D'ANCRAGE	74
1.	Introduction au point d'ancrage	74
2.	La définition du point d'ancrage	74
3.	La validation du point d'ancrage	75
CHAPITRE VII	LE MODÈLE CONCEPTUEL	77
1.	L'organisation	77
2.	Le plan	80
3.	Le plan d'organisation	83
CHAPITRE VII	DÉFINITION DE LA MISSION DE L'ORGANISATION	86
1.	La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée	86
2.	La mission d'un centre hospitalier	90
CHAPITRE IX	LES OBJECTIFS DU REGROUPEMENT	95
1.	Spécificités à l'égard de la clientèle	96
2.	Spécificités à l'égard de l'utilisation des ressources	97
3.	Spécificités à l'égard de la population de la MRC	97
CHAPITRE X	LES CHANGEMENTS OCCASIONNÉS	99
1.	Dans l'environnement	99
2.	Dans les ressources	100
2.1	Ressources scientifiques et cliniques	101
2.2	Ressources humaines, financières et techniques	103
2.3	Ressources familiales et intermédiaires	104

3.	Les contraintes internes et externes	105
3.1	Contraintes internes	105
3.2	Contraintes externes	107
CHAPITRE XI LE PLAN FONCTIONNEL		108
1.	La structure des programmes	108
2.	Les structures des services administratifs	110
2.1	La gestion des ressources financières	111
2.2	La gestion des ressources humaines	113
2.3	La gestion des ressources matérielles et techniques	114
2.4	Les droits et les plaintes des usagers, la gestion des risques et de la qualité	114
CHAPITRE XII L'IMPLANTATION DU PLAN D'ORGANISATION		121
1.	Les étapes de l'implantation	121
2.	Les coûts de l'implantation	123
CONCLUSION		126
ANNEXE I		130
ANNEXE II		137
ANNEXE III		139
ANNEXE IV		141
BIBLIOGRAPHIE		143
AUTRES DOCUMENTS CONSULTÉS		146

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 -	Nombre de lits au permis par type de clientèle au 31 mars 1992	19
Tableau 2 -	Le processus de gestion	42
Tableau 3 -	Ressources humaines au 31 mars 1992	63
Tableau 4 -	Ressources financières au 31 mars 1992	65
Tableau 5 -	Ressources matérielles et techniques au 31 mars 1992	66
Tableau 7 -	Calendrier d'implantation du plan d'organisation	121

LISTE DES FIGURES

Figure 1	-	Processus de la recherche-action	11
Figure 2	-	Méthodologie systémique de diagnostic organisationnel	14
Figure 3	-	Les forces de l'environnement	27
Figure 4	-	Carte du territoire de la MRC des Etchemins	32
Figure 5	-	Organigramme des centres d'accueil d'hébergement (Foyer Lac-Etchemin, 24 février 1990)	37
Figure 6	-	Synthèse des niveaux hiérarchiques des centres d'accueil d'hébergement (CAH)	38
Figure 7	-	Organigramme du centre hospitalier (Sanatorium Bégin, 1990)	40
Figure 8	-	Synthèse des niveaux hiérarchiques du centre hospitalier (CH)	41
Figure 9	-	Schéma des processus présents dans le centre hospitalier : environnement des sept sous-systèmes	46
Figure 10	-	Schéma du sous-système «conseil d'administration» et ses interrelations internes et externes	48
Figure 11	-	Schéma du sous-système «administration générale» et ses interrelations internes et externes	50
Figure 12	-	Schéma du sous-système «soins infirmiers» et ses interrelations internes et externes	52
Figure 13	-	Schéma du sous-système «ressources financières» et ses interrelations internes et externes	54
Figure 14	-	Schéma du sous-système «ressources humaines» et ses interrelations internes et externes	56
Figure 15	-	Schéma du sous-système «services professionnels» et ses interrelations internes et externes	58
Figure 16	-	Schéma du sous-système «services techniques» et ses interrelations internes et externes	60
Figure 17	-	Modèle intégré du climat organisationnel et des facteurs de réussite	67
Figure 18	-	Schéma de la problématique	73

Figure 19 -	Une vue systémique de l'organisation	78
Figure 20 -	Schéma du système dans son environnement	79
Figure 21 -	L'intégration des objets, niveaux et étapes de planification	82
Figure 22 -	L'approche systémique en planification	83
Figure 23 -	Schéma des missions du centre d'hébergement et de soins de longue durée de la MRC des Etchemins	94
Figure 24 -	Schéma organisationnel : aspects professionnels et cliniques	102
Figure 25 -	Proposition d'organigramme pour le CHSLD des Etchemins	117
Figure 26 -	Sommaire des niveaux hiérarchiques de l'organisation unifiée	118

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

CAH	: Centre d'accueil d'hébergement
CAR	: Centre d'accueil en réadaptation
CH	: Centre hospitalier
CHSCD	: Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD	: Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	: Centre hospitalier de soins prolongés
CII	: Conseil des infirmières et infirmiers
CILA	: Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CLSC	: Centre local de services communautaires
CMDP	: Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSSS	: Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSS	: Centre de services sociaux
CTMSP	: Classification par types en milieu de soins et de services prolongés
DSC	: Département de santé communautaire
MRC	: Municipalité régionale de comté
MSSS	: Ministère de la Santé et des Services sociaux
PROS	: Plan régional d'organisation de services
SPSS	: Service de placement dans le secteur de la santé et des services sociaux

INTRODUCTION

Le gouvernement du Québec, par l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (projet de loi n° 120) a permis au ministère de la Santé et des Services sociaux d'entreprendre une série de changements dans l'organisation de ses services. *

Depuis la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1985), en passant par la Commission des Affaires sociales (1989) jusqu'à l'adoption (1991) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, projet de loi n° 120, le réseau de la santé et des services sociaux était conscient que le Ministère préparait un virage important.

Adoptée par l'Assemblée nationale le 4 septembre 1991, cette loi vient confirmer que le réseau de la santé et des services sociaux devient la propriété des citoyens, qu'il s'oriente vers une régionalisation et qu'il entreprend une rationalisation des ressources disponibles. Cette réforme axée sur le citoyen touche l'ensemble du réseau, par la philosophie qui la sous-tend et par l'organisation des services. L'objectif de l'accessibilité universelle à des services personnalisés, continus et de qualité, formulé dans le rapport de la commission Rochon¹ est maintenu.

* Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

¹ Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1990, p. 686.

Nous pouvons affirmer qu'il existe aussi une ferme volonté du législateur de redonner au citoyen «payeur, décideur, consommateur»² une place de choix dans les décisions concernant les orientations, les objectifs et le contrôle associés à la distribution des services.

Le MSSS se veut plus «décentralisateur» par une plus grande régionalisation. Dans cette optique, les dix-sept régions socio-sanitaires reconnues par le gouvernement du Québec ont reçu des mandats et des fonctions qui nécessiteront que leur soit accordé plus de pouvoir de décision dans l'organisation et le contrôle des services à la population (art. 339 à 396).

Un des changements prévus par cette loi touche directement les centres d'accueil d'hébergement (CAH) et les centres hospitaliers de soins prolongés (CHSP).

Les établissements touchés par l'article 119 du projet de loi n° 120, sauf exception reconnue par le ministre, doivent enclencher un processus ayant pour but :

- 1- de nommer un conseil d'administration dans l'optique d'administrer l'ensemble des établissements identifiés à l'article 119;
- 2- d'administrer les établissements d'un territoire de MRC ou de CLSC, selon le cas;
- 3- de nommer un directeur général pour gérer l'ensemble des établissements regroupés.

La loi³ laisse peu de choix quant au regroupement de la hiérarchie supérieure des établissements.

² Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Une réforme axée sur le citoyen, 7 décembre 1990, Communiqué n° 1.

³ La loi désigne ici, et jusqu'à la fin du document, la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (projet de loi n° 120, 1991, chapitre 42). De même, lorsque nous renvoyons les lecteurs à un article de loi, il s'agit d'un article du projet de loi n° 120.

En ce qui concerne la survie des corporations propriétaires des immeubles dans lesquels logeaient ces établissements, la loi ne crée actuellement aucune obligation de les regrouper soit par fusion, soit par intégration de leur charte.

Le conseil d'administration unifié devra, dès ses premières réunions, examiner les effets de cette ouverture sur l'organisation des services et des activités des «centres de services».

La loi prévoit certaines obligations administratives pour les établissements, en ce qui a trait à l'organisation clinique et scientifique.

S'il veut réaliser l'ensemble des objectifs de la loi, assurer la continuité des services à la clientèle et remplir les obligations administratives inhérentes à la gestion d'un établissement, le conseil d'administration devra présenter un plan d'organisation.

Ce plan d'organisation devra prévoir l'intégration des services reliés aux activités cliniques, scientifiques et administratives.

Il devra aussi susciter une utilisation optimale des ressources et rencontrer les objectifs fixés en ce qui a trait aux résultats attendus.

C'est ce mandat que le comité de regroupement des établissements de la MRC des Etchemins nous a confié et qui devient le point central de la présente recherche.

Pour réaliser ce mandat, nous analyserons le projet de loi n° 120 et le fonctionnement interne des établissements en cause de même que leur environnement, dans le but de faire ressortir la problématique reliée au regroupement préconisé par la loi.

L'aspect légal et réglementaire fera partie intégrante de l'ensemble du document. La Loi sur les services de santé et les services sociaux est en quelque sorte à la base de tous ces changements anticipés. Nous consacrerons beaucoup d'espace à la compréhension de cette loi puisqu'elle a engendré ces changements structuraux et fonctionnels et qu'elle en contrôlera l'application.

Par la suite, nous proposerons un plan d'organisation fonctionnel qui puisse répondre à des critères d'efficacité et d'efficience, aux objectifs fixés par la loi, au climat organisationnel et à la mission du CHSLD des Etchemins.

C'est donc avec ces objectifs et dans cette optique que nous entreprenons cette recherche à la fois universitaire, pour répondre aux exigences du deuxième cycle en administration, et pratique, afin de réaliser le mandat que le comité du regroupement de la MRC des Etchemins nous a confié.

Concrètement, nous suivrons le cheminement suivant:

- 1- l'analyse des articles de la loi qui ont une influence sur les structures organisationnelles des centres concernés;
- 2- la description des structures, du fonctionnement et de l'environnement de ces centres, afin d'en donner un portrait global et précis;

- 3- la définition de la problématique eu égard aux modifications sous-tendues par la loi et au fonctionnement actuel des établissements;
- 4- la présentation des modifications à apporter, s'il y a lieu, aux structures fonctionnelles des établissements pour réaliser les exigences légales;
- 5- la proposition d'un calendrier d'implantation de ces changements afin de limiter le choc organisationnel qu'ils pourraient entraîner.

CHAPITRE I

LE CONTEXTE LÉGAL

La Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, sanctionnée le 4 septembre 1991, apporte des changements importants dans l'organisation des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins prolongés.

1. Les conseils d'administration

L'article 119 de cette loi relate l'obligation suivante:

Un conseil d'administration est formé pour administrer l'ensemble des établissements qui ont leur siège social dans le territoire d'une municipalité régionale de comté (MRC) et qui exploitent soit un centre d'hébergement et de soins de longue durée, soit à la fois un centre d'hébergement et de longue durée et un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de moins de 50 lits⁴.

Avant l'adoption de cette loi, la majeure partie des centres d'accueil et des centres hospitaliers étaient administrés par des conseils d'administration distincts.

Cet article de loi vient confirmer l'obligation pour les établissements concernés de n'avoir qu'un seul conseil d'administration.

⁴ Gouvernement du Québec, Assemblée nationale, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, projet de loi n° 120, Éditeur officiel du Québec, 1991, p. 36.

À ce titre, la MRC des Etchemins comprend quatre centres d'accueil d'hébergement et un centre hospitalier tels que les décrit l'article 119 de la loi.

2. Les établissements et les centres de services

L'article 94 de la loi donne la définition suivante: «Est un établissement toute personne ou société qui exerce des activités propres à sa mission»⁵.

L'établissement public se définit comme suit⁶ :

- 1- il est constitué en corporation sans but lucratif (selon la loi applicable à ce moment);
- 2- il est la résultante d'une fusion ou d'une conversion faite en vertu de la présente loi;
- 3- il exerce des activités propres à la mission de l'un ou de plusieurs des centres de services;
- 4- il est titulaire d'un permis;
- 5- son nom et son adresse sont indiqués dans les lettres patentes.

Le centre de services se définit selon les caractéristiques suivantes⁷:

- 1- point de services ou lieu principal de distribution de services de santé et de services sociaux exploité par un seul établissement;
- 2- centre de services exploité par un seul établissement;
- 3- le nom et l'adresse du point de services sont indiqués au permis d'exploitation.

⁵ Ibid, p. 29.

⁶ Association des Centres d'accueil du Québec, Condensé de la nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, 1991, p. 14.

⁷ Ibid, p. 14.

Nous avons cru bon d'inscrire cette distinction au départ, puisque dans l'optique de notre recherche nous serons à même de constater que cette distinction deviendra importante.

Les «établissements» que nous connaissons sous ce titre aujourd'hui seront confrontés à cette réalité puisque, selon la loi, un seul conseil d'administration et un seul directeur général seront désignés pour administrer ou gérer ces établissements.

De plus, ces établissements, qui possèdent chacun une corporation légalement constituée, devront continuer de jouer leurs rôles jusqu'à ce que se produise soit une intégration, soit une fusion acceptée et reconnue par le ministre concerné et l'Inspecteur général des institutions financières (art. 323 à 333).

Nous pouvons, à cette étape préliminaire, voir poindre des difficultés sinon des situations problématiques dans les secteurs suivants:

- 1- constitutions légales des établissements;
- 2- fusion ou intégration des établissements actuels;
- 3- gestion de ces établissements;
- 4- éléments structuraux à mettre sur pied;
- 5- intégration des cultures organisationnelles.

CHAPITRE II

LA RECHERCHE-ACTION PAR L'APPROCHE SYSTÉMIQUE

1. Le contexte de la recherche

La sanction de la loi que nous avons abordée dans le chapitre précédent, en plus de réaffirmer le grand objectif d'accessibilité universelle⁸, favorise la participation de la population à l'orientation et à l'administration des instances régionales et des établissements qui procurent ces services.

Le regroupement de certaines catégories d'établissements suscite beaucoup d'intérêt ainsi que beaucoup d'inquiétude. Ce regroupement s'effectue principalement dans les centres d'accueil et les centres hospitaliers de soins prolongés par territoire de MRC ou de CLSC (art. 119, 2^e paragraphe).

Les structures de ces établissements seront profondément bouleversées, leur nombre devant être considérablement réduit et leurs modes de fonctionnement sérieusement modifiés.

À travers leur propre réorganisation, les établissements concernés auront à procéder à un grand nombre de réaménagements de leurs ressources humaines et à modifier leurs façons d'utiliser les différentes ressources mises à leur disposition.

⁸ Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport de la Commission Rochon (p. 686).

2. La recherche-action

La recherche-action s'inscrit parfaitement bien dans cette perspective de réaliser un changement dans les organisations avec l'intervention des acteurs (Figure 1).

La recherche-action relève d'un processus scientifique qui demande à la fois la participation de chercheurs et d'acteurs.

La recherche est une investigation originale en vue d'acquérir de nouvelles connaissances scientifiques pour les appliquer à la résolution de problèmes techniques (recherche appliquée)⁹.

En ce qui a trait à l'action, Prévost précise que:

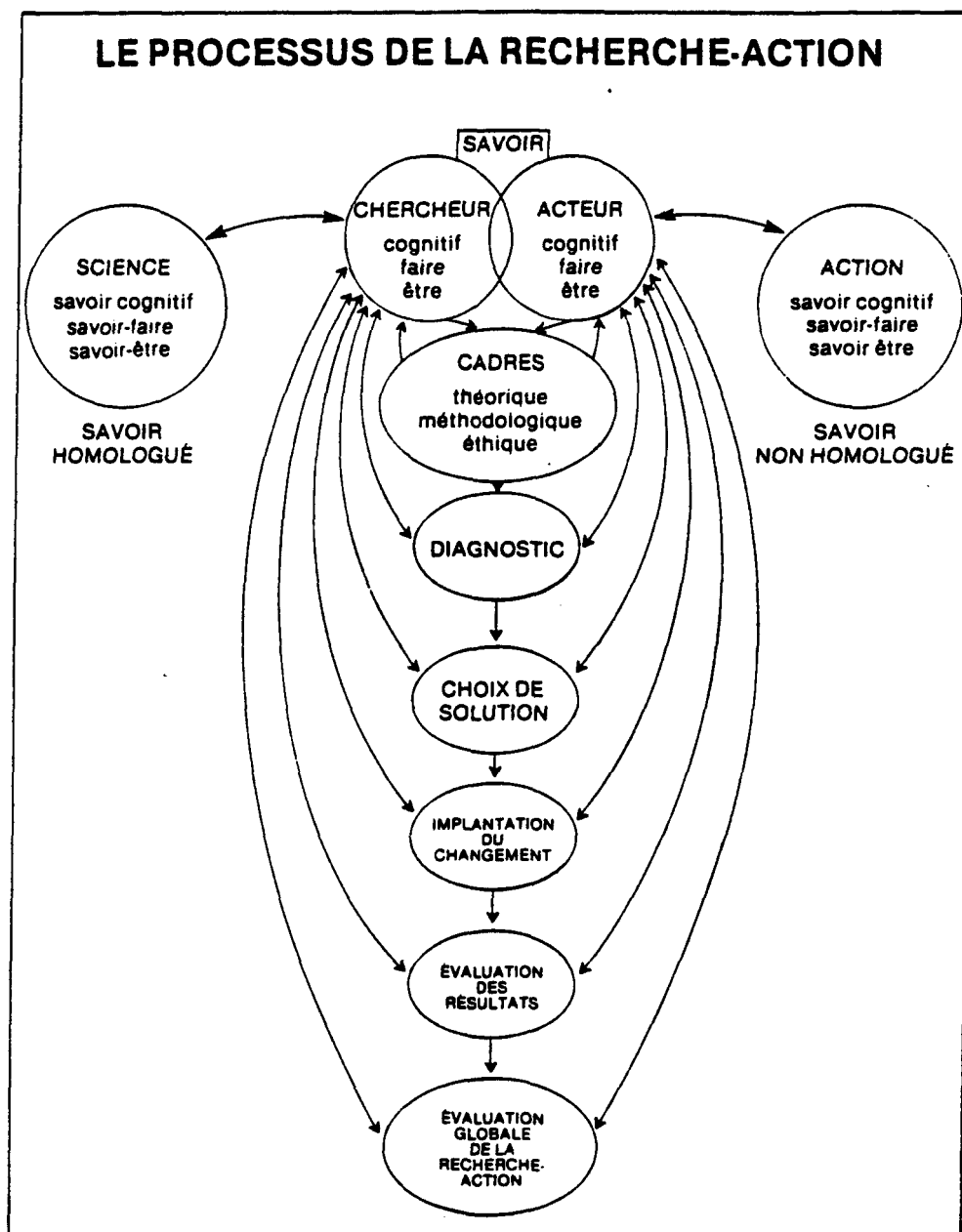
L'action est un ensemble de gestes produits en vue de transformer de façon intentionnelle une situation pré-existante dans le but de l'améliorer¹⁰.

Dans leur proposition de définition de la recherche-action, Grell et Wery (1981: 124) mettent en évidence les aspects recherche, action et collaboration.

⁹ Paul Prévost, *Le diagnostic-intervention: une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action*, LEER, 1983, p. 75.

¹⁰ Ibid, p. 76.

Figure 1
Le processus de la recherche-action



Source: Paul Prévost, Le diagnostic-intervention, (2 PMO 802 - Diagnostic organisationnel), Leer, 1983.

Les objectifs de la recherche sont de contribuer à la solution de problèmes auxquels sont confrontés les modèles théoriques (...) La recherche est une oeuvre collective entre différents partenaires sociaux et le chercheur¹¹.

Cette recherche se fera d'abord en assimilant le contexte des changements exigés par la loi, en parvenant à une bonne compréhension du milieu à l'étude, en discernant les problèmes soulevés par cette situation et en favorisant l'émergence de solutions applicables au milieu, notamment en soumettant des recommandations quant à leur application.

Certains éléments du processus de la figure 1 ne seront pas abordés dans ce mémoire étant donné le report temporel de certains articles de loi¹².

Ces éléments sont:

- 1- l'implantation du changement;
- 2- l'évaluation des résultats;
- 3- l'évaluation globale de la recherche-action.

Le plan d'implantation du ministère de la Santé et des Services sociaux (août 1992) prévoit un dépôt du plan d'organisation pour avril 1993 ainsi qu'une analyse des postes d'encadrement, effectuée par la Direction des relations de travail du Ministère.

Ces reports provoquent une incompatibilité avec les exigences universitaires concernant le dépôt de ce mémoire (décembre 1992).

¹¹ P. Grell et A. Wery. (1981), «Problématiques de la recherche-action», in Revue internationale d'action communautaire. La recherche-action. Enjeux et pratiques, vol. 5, No 45, printemps 1981, p. 123-130.

¹² Ces articles concernent principalement l'entrée en vigueur des conseils d'administration unifiés ainsi que la nomination du directeur général et des cadres.

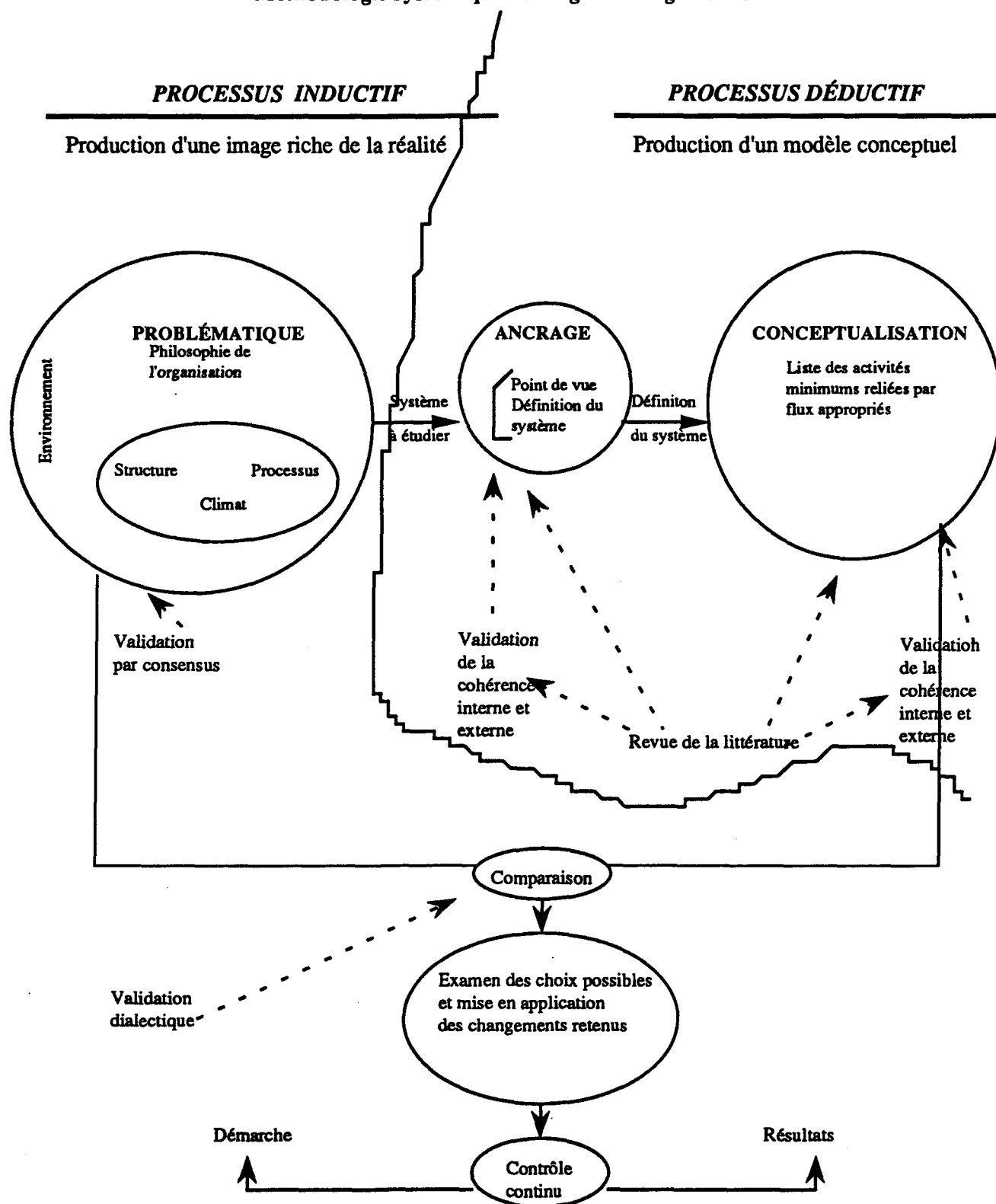
Cependant, il est permis de croire que l'auteur sera appelé à réaliser ces phases du processus dans ses fonctions ultérieures.

En ce qui a trait à l'implantation du plan d'organisation, nous formulerons des commentaires à la fin de ce document.

3. L'approche systémique: une méthodologie de diagnostic organisationnel

La méthodologie de diagnostic proposée est une adaptation des travaux de P.B. Checkland et a été élaborée dans le but avoué de faciliter l'attaque des problèmes complexes (Figure 2).

Figure 2
Méthodologie systémique de diagnostic organisationnel



Checkland suggère, en premier lieu, de prendre contact avec le milieu problématique à l'aide d'une description de ce dernier en termes de processus et de structure, de façon à obtenir une représentation «riche» de la situation.

Cette description doit permettre le choix d'un point d'ancrage à partir duquel un modèle conceptuel est élaboré à l'aide du langage systémique.

Les étapes suivantes consistent à utiliser le modèle conceptuel comme cadre théorique de référence et à le comparer avec la représentation riche pour établir les lieux de changement et tenter d'effectuer les modifications nécessaires.

L'approche de P.B. de Checkland comporte sept étapes:

- 1- l'élaboration de la problématique ou état de la situation;
- 2- l'ancrage;
- 3- la conceptualisation;
- 4- la comparaison;
- 5- l'examen des changements possibles et leur conception si nécessaire;
- 6- la mise en application des changements retenus;
- 7- le contrôle.

Ces phases méthodologiques seront reprises en détail au fur et à mesure de la recherche¹³.

¹³ Nous suivrons cette méthodologie tout au long de notre travail. Cependant, les points 6 et 7 ne pourront être réalisés pour des raisons expliquées à la page 12.

L'approche systémique se traduit comme «un moyen d'appréhender la réalité». Afin de réaliser une recherche-action, l'approche systémique est particulièrement bien adaptée.

La recherche-action (...) de par la nature des problèmes qu'elle aborde généralement et les buts qu'elle poursuit, une approche systémique lui convient davantage que tout autre. (...). La méthodologie des "systèmes souples" (soft systems) peut, à notre avis, répondre en bonne partie aux besoins de la recherche-action¹⁴.

4. Les objectifs de la recherche

Les objectifs de notre recherche peuvent être résumés comme suit:

- 1- décrire la réalité des «établissements» et le contexte légal qui s'y rattache;
- 2- identifier les problèmes inhérents au regroupement des sous-systèmes;
- 3- concevoir un plan d'organisation qui relie les sous-systèmes au système général;
- 4- proposer un modèle organisationnel réaliste et réalisable;
- 5- proposer un calendrier d'implantation de l'organisation remodelée.

¹⁴ Samuel Amegan et al. (1981), «La recherche-action: un processus heuristique de connaissance et de changement (État actuel de notre réflexion)», in Actes du Colloque recherche-action, Université du Québec à Chicoutimi, octobre 1981, p. 143-157.

CHAPITRE III

LE CONTENU DU MANDAT

1. Présentation de l'organisation

L'organisation à l'étude se subdivise en cinq établissements de santé et de services sociaux régis par la loi (L.R.Q. chap. S-5).

L'implantation du projet de loi n° 120 a été sanctionnée le 4 septembre 1991. Le réseau de la santé et des services sociaux procédera à la mise en application de l'ensemble de ces articles de loi avec la promulgation de la «loi d'application» selon l'échéancier déterminé par le ministre. Depuis janvier 1992, les conseils régionaux procèdent à la mise en place des conseils d'administration selon les règles de la loi. Dans ce secteur, pour le moment, nous travaillons avec le projet de loi n° 120 et le chapitre S-5 de la loi.

Selon le chapitre S-5 de la loi encore en vigueur, chacun des établissements est doté d'un conseil d'administration, d'un directeur général ainsi que des éléments fonctionnels autonomes.

Les biens meubles et immeubles de chacun sont la propriété d'une corporation sans but lucratif constituée selon la Loi sur les compagnies (3e partie) par des lettres patentes.

De ces cinq établissements, quatre sont identifiés comme «centres d'accueil» d'hébergement pour personnes âgées.

La mission de ces centres d'accueil est de recevoir des adultes en perte d'autonomie et de leur offrir le gîte, le couvert, des services de surveillance, des soins et de l'assistance. Ces centres offrent, de plus, des services de soutien tels que pastorale et thérapie occupationnelle (loisirs) de même que certains services spécialisés tels que physiothérapie et ergothérapie.

Les centres d'accueil d'hébergement pour personnes âgées offrent des services en pavillons à une clientèle affectée d'une légère perte d'autonomie physique ou psychique. En plus, ces centres offrent un programme d'activités de jour de nature thérapeutique et de réadaptation (centres de jour).

Le cinquième centre en cause est un centre hospitalier de soins prolongés (CHSP) offrant, en plus, un programme de santé mentale dans la région Beauce-Etchemins de même que des services de courte durée psychiatrique et de déficience intellectuelle dans la région Chaudière-Appalaches.

Les soins prolongés physiques sont principalement offerts à des adultes et à des personnes âgées en perte sévère d'autonomie.

Le programme de santé mentale comprend deux volets. Le premier offre des services d'hospitalisation de courte durée ainsi que des services diagnostiques. Le second volet est offert à une clientèle «chronique» ou à «long terme». Ce dernier étant un centre hospitalier au

sens de la loi, il offre également des services médicaux et paramédicaux (radiologie, laboratoire, physiothérapie, ergothérapie, électrocardiographie).

Nous sommes donc en présence de deux types d'organisations dont l'une est davantage axée sur l'aspect social (CAH) et l'autre sur l'aspect santé physique et mentale (CHSP multivocationnel).

Annuellement, ces établissements sont assujettis à l'obtention d'un permis d'exploitation indiquant la catégorie d'établissements à laquelle ils appartiennent, la clientèle qu'ils doivent desservir et le nombre de lits autorisés.

Voici un tableau reproduisant ces données pour chacun des établissements concernés.

Tableau 1
Nombre de lits au permis par type de clientèle au 31 mars 1992

<u>Établissements</u>	<u>Catégorie</u>	<u>Lits</u>	<u>Clientèle</u>
Foyer Lac-Etchemin	CAH	78	Adultes/pers. âgées
Foyer Ste-Justine	CAH	28	Adulte/pers. âgées
Foyer St-Magloire	CAH	33	Adultes/pers. âgées
Pavillon de l'Hospitalité (St-Prosper)	CAH	46	Adultes/pers. âgées
Sanatorium Bégin			
Psychiatrie courte durée	CHSP	24	Adultes
Longue durée psychiatrique et physique	CHSP	211	Adultes/pers. âgées
C. d'accueil d'hébergement	CAH	38	Adultes/pers. âgées
C. d'accueil en réadaptation	CAR	60	Adultes
	Total:	518	

Le Foyer St-Magloire et le Pavillon de l'Hospitalité de St-Prosper ont respectivement la responsabilité administrative d'un pavillon pour adultes et personnes âgées de 14 lits et 26 lits.

Le Foyer Ste-Justine administre un centre de jour pour adultes et personnes âgées qui procure des services à l'ensemble de la population de la MRC des Etchemins. Ces services sont dispensés dans quatre points de services sur l'ensemble du territoire. Le Sanatorium Bégin, en plus de ses installations de centre hospitalier, a la responsabilité, de concert avec le CSS, de quelque 25 familles d'accueil totalisant 125 clients psychiatriques sur le territoire des Etchemins ainsi que d'un centre de consultations externes en psychiatrie situé à Saint-Georges de Beauce.

Tels sont, sommairement, les cinq établissements qui font l'objet d'une intégration de leur conseil d'administration et qui, dans un avenir rapproché, auront un seul directeur général.

2. Description des difficultés potentielles

Le conseil d'administration «unifié» se voit doté d'une autorité sur les cinq établissements (CHSLD), incluant un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de moins de 50 lits.

Le regroupement de plusieurs établissements sous une même autorité au sein d'un territoire de MRC donné vise l'intégration de tous les services en un ensemble complet et cohérent.

L'articulation des services régis par un seul conseil d'administration dans un territoire constitue l'un des principaux défis à relever pour le conseil d'administration «unifié».

Les principales difficultés qu'aura à rencontrer le conseil d'administration «unifié» seront:

- 1- la nomination d'un directeur général;
- 2- l'intégration ou la fusion des corporations propriétaires;
- 3- l'élaboration et la mise en place d'un plan d'organisation;
- 4- l'implantation des changements.

2.1 La nomination du directeur général

L'un des premiers mandats qu'aura à réaliser le conseil d'administration sera celui de choisir un directeur général afin de gérer les établissements regroupés (art. 614).

La loi est muette sur cette nomination quant à sa procédure, sauf l'obligation pour les directeurs généraux actuellement en poste d'être accrédités par l'entremise du Centre de référence (art. 193).

Le directeur général d'un établissement public est nommé par le conseil d'administration. Il est, lorsque le conseil d'administration administre plus d'un établissement, le directeur général de chacun des établissements.

Un établissement ne peut nommer directeur général qu'une personne dont les qualifications sont attestées par le Centre de référence des directeurs généraux et des cadres...

Cependant, le conseil d'administration unifié, sauf dans le cas d'une intégration d'un ou de plusieurs établissements par un autre établissement, aura le choix de trois procédures possibles décrites dans le décret 661-89.

Ainsi, le conseil d'administration unifié pourra:

- 1- décider de choisir et de nommer un directeur général parmi les directeurs généraux occupant déjà cette fonction pour les établissements regroupés sous le conseil d'administration unifié (art. 7);
- 2- procéder à un affichage et effectuer la nomination dans le cadre d'un concours de sélection (prévu aux articles 3 et 14 à 19 inclusivement);
- 3- confier le poste à quelqu'un, sur une base intérimaire.

Actuellement, chacun des centres en voie d'intégration est géré par un directeur général et lié à son établissement par un contrat d'engagement reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En ce qui concerne les directeurs généraux non sélectionnés, l'article 69 du même décret mentionne qu'ils doivent recevoir un avis d'abolition de leur poste 90 jours avant le fait.

2.2 L'intégration ou la fusion des corporations propriétaires

Chaque établissement garde sa personnalité morale distincte et les droits, obligations et actes de cet établissement «conservent leurs effets dans la mesure où ils sont compatibles avec la présente loi» (art. 540).

Dans cette optique, le conseil d'administration «unifié» devra choisir entre la fusion ou l'intégration des structures corporatives existantes. Aussi, selon le choix effectué, il devra prévoir le «quand» et le «comment» du changement puisque les répercussions légales et administratives peuvent être importantes pour l'avenir de l'organisation.

Il faut cependant souligner que la loi favorise clairement un regroupement des divers établissements dans une structure corporative commune.

2.3 Le plan d'organisation à mettre en place

L'organisation interne de l'établissement comprend tous les postes, politiques, organigrammes, comités, structures et autres véhicules dont le conseil d'administration devra se doter pour définir les rôles et contributions attendus de chacun et coordonner leurs actions vers la réalisation des missions.

L'organisation interne devra comprendre:

- 1- les règlements de régie interne de l'établissement unifié;
- 2- le plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique;
- 3- un plan d'action pour le développement du personnel (art. 231);
- 4- un code d'éthique (art. 233).

L'organisation interne du regroupement, telle qu'elle est proposée dans la présente recherche, devra prévoir la présence d'un centre hospitalier multivocationnel, et ce dans le but de respecter les vocations déjà établies (CHCD, CAR, CHSLD).

2.4 L'implantation des changements

C'est à cette étape que le conseil d'administration «unifié» devra être vigilant et s'accorder le temps d'analyser les conséquences possibles de ses gestes et de ses décisions.

À cette étape, il faudra être attentif au fait que le conseil d'administration «unifié» n'est pas un employeur au sens juridique et que, par voie de conséquence, les rapports employés-employeurs devront continuer d'être aménagés en fonction du maintien juridique des établissements prévu par les articles 540 et suivants de la loi.

Dans les relations de travail, il faudra tenir compte:

- 1- des employés syndiqués;
- 2- des employés non syndiqués mais syndicables;
- 3- du remplacement et du service de placement dans le secteur de la santé et des services sociaux (SPSSS);
- 4- des unités d'accréditation et du Code du travail;
- 5- de la mobilité géographique;
- 6- des arrangements locaux.

De plus, la répartition et l'équité budgétaires interprogrammes et interétablissements, compte tenu de l'autonomie juridique des établissements, seront des facteurs importants à prendre en considération.

Le conseil d'administration devra résolument accepter que l'implantation soit:

- 1- réalisée d'une façon graduelle;
- 2- communiquée dans tous ses changements;
- 3- analysée en relevant les leviers et les obstacles potentiels;
- 4- soutenue par les membres ou groupes composant la nouvelle organisation;
- 5- effectuée en relation avec l'instauration d'une nouvelle culture organisationnelle.

Telles sont brièvement les difficultés opérationnelles à résoudre pour le conseil d'administration unifié dans la perspective d'assimiler la réforme proposée par la loi.

Le chapitre suivant décrira les réalités des établissements concernés. Il est, à notre avis, important de bien comprendre cet état de fait avant de suggérer quelques changements que ce soit.

CHAPITRE IV

LES RÉALITÉS DE L'ORGANISATION (L'IMAGE RICHE)

1. L'environnement

L'environnement est généralement défini comme étant «les forces ou facteurs incontrôlables influençant l'organisation¹⁵». Kast et Rosenzweig (1985) distinguent deux niveaux à l'environnement¹⁶ :

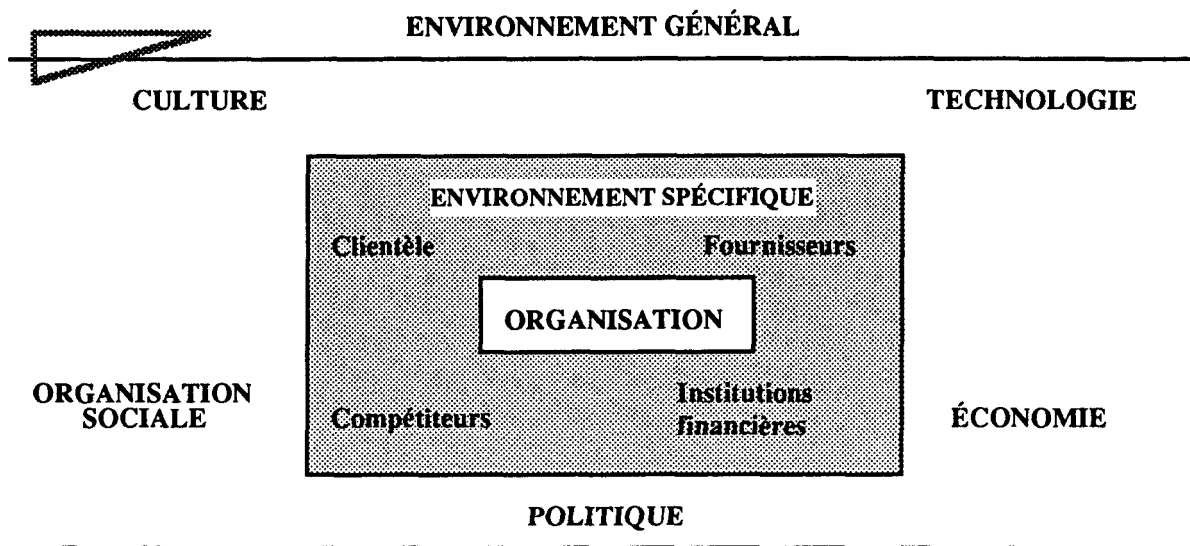
- 1- l'environnement général (macro-environnement);
- 2- l'environnement spécifique (immédiat).

La figure suivante (Figure 3) présente le contenu de ces «environnements». Le micro-environnement, qui décrit la situation interne de l'organisation, est utilisé par d'autres auteurs. Cependant, nous y ferons référence dans la 4^e section du chapitre IV concernant les processus de travail.

15 F.E. Kast et J.E. Rosenzweig (1985), Organization and Management: A Systems and Contingency Approach, New York, McGraw-Hill.

16 Ibid.

Figure 3
Les forces de l'environnement



Source: Yves Bertrand et P. Guillemet, Les organisations: une approche systémique, 1991, p. 100.

1.1 L'environnement général ou macro-environnement

Dans le cas présent et compte tenu de la proximité géographique des cinq établissements à l'étude, nous examinerons les aspects environnementaux d'une façon globale.

1.1.1 L'aspect politico-légal

Les lois régissant les établissements de santé et de services sociaux nous proviennent du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ont été adoptées par le gouvernement du Québec à l'Assemblée nationale.

Le Ministère détermine, par ses orientations, ses politiques et ses règlements, le fonctionnement général du réseau des établissements et les services offerts par ces derniers.

Le budget de fonctionnement de chacun des établissements est adopté par le Conseil du trésor et transmis séparément à chacun des établissements par le Ministère. Actuellement, le conseil régional n'a aucun rôle dans la détermination des budgets alloués aux établissements. Ceux-ci ont cependant l'obligation de transmettre au conseil une copie des rapports financiers ainsi que leur budget détaillé, dans le but de lui permettre de faire un suivi, à tout le moins statistique, des activités qui ont cours sur l'ensemble du territoire.

Selon les orientations de la loi, l'allocation budgétaire des établissements sera sous la responsabilité des régies régionales à compter de son application.

En plus de la Loi sur la santé et les services sociaux, plusieurs autres lois, décrets ou codes influencent largement le fonctionnement des établissements de ce secteur. Notons en exemple la Loi de l'assurance-maladie du Québec, la Loi de l'assurance-hospitalisation, la Loi de l'assurance sociale, le Décret sur les conditions de travail des cadres ainsi que le Code des professions, le Code du travail et les diverses conventions collectives. Ces lois, décrets et codes interagissent dans le fonctionnement des établissements et viennent établir des règles et procédures touchant soit les aspects financiers, soit l'organisation professionnelle des centres d'hébergement et de longue durée ainsi que des centres hospitaliers psychiatriques.

1.1.2 L'aspect économique

L'absence de concurrence formelle dans le secteur public concerné entraîne peu de conséquences directes. Cependant, depuis le début des années 1980, le Ministère accentue la pression, par le biais des processus budgétaires, afin de freiner l'augmentation des dépenses allouées aux établissements de ce secteur. Par conséquent, les établissements se retrouvent

coincés entre l'augmentation de la demande de services par la population qu'ils desservent et les restrictions budgétaires imposées par le Ministère. L'opération de rationalisation du nombre de lits en hébergement, entreprise par le Ministère par le biais du conseil régional, vient accentuer les mesures de restriction.

Ce phénomène provoque, actuellement, dans la MRC des Etchemins une diminution obligatoire du nombre de lits d'hébergement pour adultes et personnes âgées en relation avec la norme Désy (ratio: lits d'hébergement/adultes et personnes âgées du territoire). (Voir Annexe I.)

Aussi, il existe une orientation avouée de la part du Ministère vers les services de maintien à domicile pour cette clientèle (Rapport Pelletier, nov. 1991), ainsi qu'un mouvement important de réinsertion sociale de la clientèle en déficience intellectuelle et psychiatrique légère (Plan régional d'organisation de services (PROS) en santé mentale).

L'aspect économique influence d'une façon importante les orientations gouvernementales qui ont à leur tour une influence significative sur les orientations et le développement des centres de services de santé et de services sociaux.

L'aspect économique est donc relié directement aux orientations gouvernementales et non aux principes de concurrence du marché comme c'est le cas dans l'entreprise privée. Un exemple de ce fait: le budget global des établissements à l'étude de la MRC des Etchemins connaîtra une croissance budgétaire de 0 % pour l'année 1992-1993.

On envisage également une diminution planifiée de 194 lits d'hébergement et de longue durée dans le même territoire entre 1992 et 2001. (Voir annexe I.)

1.1.3 L'aspect culturel

L'aspect culturel influence considérablement le comportement interne de l'organisation. Le contexte rural engendre une stabilité et une fidélité organisationnelle envers les ressources humaines moins scolarisées ou moins spécialisées.

Par ailleurs, les possibilités qu'offre la ville, sur le plan culturel, attirent la population jeune et scolarisée. Ce phénomène peut causer des difficultés importantes de rétention de la main-d'oeuvre qualifiée.

1.1.4 L'aspect technologique

Sur le plan administratif, la technologie informatique et bureautique s'est développée d'une façon similaire à celle utilisée dans l'ensemble du réseau. La formation de la main-d'oeuvre est élémentaire, compte tenu des facilités qui se sont créées à l'intérieur de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

Ainsi, dans la MRC des Etchemins, la totalité des établissements concernés est rattachée à une firme spécialisée en traitement informatique, que ce soit pour la paie, la comptabilité ou l'emploi d'autres logiciels spécialisés.

La différenciation à faire se situe principalement sur le plan du traitement local ou en «lot» effectué par la firme informatique. L'autonomie de trois des cinq établissements est un fait à souligner.

La technologie de diagnostic médical est essentiellement concentrée au Sanatorium Bégin (par exemple: laboratoire, radiologie, électrocardiographie...).

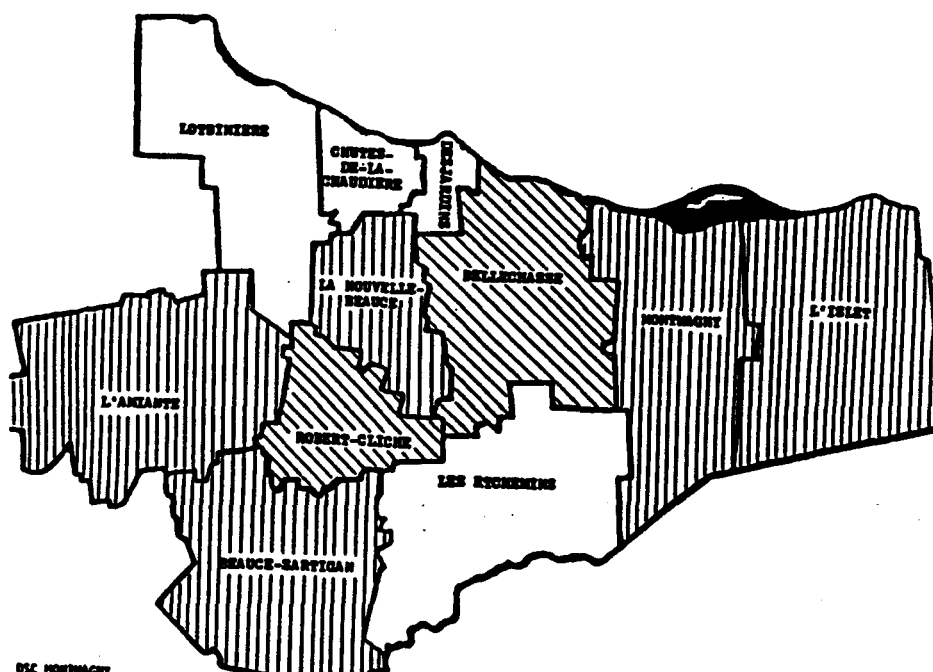
1.1.5 L'organisation sociale

- **L'aspect géographique**

La MRC des Etchemins est bordée par quatre MRC, soit les MRC de Montmagny, de Bellechasse, de Robert-Cliche et de Beauce-Sartigan. Au sud-est, elle est délimitée par la frontière canado-américaine.

La MRC des Etchemins comprend 14 municipalités et s'étend sur une superficie de 1 806 kilomètres carrés.

Figure 4
Carte du territoire de la MRC des Etchemins



- **L'aspect démographique**

La population totale de la MRC des Etchemins est en baisse constante depuis 1981. Elle est passée de 19 965 habitants en 1981 à 18 668 en 1991, soit une baisse de 6,5 % (ex. Statistique Canada, juin 1991). (Voir Annexe II.)

La baisse la plus significative se situe dans les strates 5-19 ans, soit 14,6 % et 0-4 ans, soit 10,3 %.

L'augmentation la plus remarquée se situe dans la strate des 65 ans et plus, soit 10,5 %. (Voir Annexe III.)

- **L'aspect économique**

Les axes économiques de la MRC sont l'agro-alimentaire, la foresterie, la transformation industrielle et les services (publics et parapublics).

Le revenu moyen personnel ainsi que celui des ménages se retrouvent aux 10^e et 11^e rang respectivement dans l'ensemble de la région Chaudière-Appalaches. (Voir Annexe IV.)

- **L'aspect social**

L'organisation sociale compte de nombreux clubs à caractère social. Toutes les couches de la société de la MRC sont desservies (par exemple: Club optimiste, Clubs de l'Âge d'or, Chevaliers de Colomb, Filles d'Isabelle, etc.).

L'organisation de la santé et des services sociaux, outre les cinq établissements à l'étude, comprend un CLSC, un organisme communautaire (Nouvel Essor) et cinq familles d'accueil privées conventionnées recueillant 19 résidents.

De plus, un centre de jour et un service adapté aux habitudes de travail (SAHT) procurent des services à des personnes en déficience intellectuelle.

Un service ambulancier régional dessert l'ensemble du territoire des Etchemins. Enfin, trois cliniques médicales privées dispensent des services à la population du territoire.

1.2 L'environnement spécifique

Tout comme nous l'avons fait pour l'environnement général, nous procéderons à l'analyse de l'environnement spécifique, dans un processus global et pour l'ensemble des établissements concernés.

1.2.1 Les fournisseurs

Les fournisseurs de produits sont principalement regroupés au sein d'une organisation (Partagec inc.) qui négocie et signe des ententes ou des contrats d'achat.

Partagec inc. est une corporation sans but lucratif qui est inscrite dans la loi dans le but de réaliser des achats en commun pour l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux des régions 03 et 12 (Québec et Chaudière-Appalaches).

Environ 60 % de tous les produits achetés par les établissements transigent par cette corporation¹⁷. Les autres 40 % sont achetés localement ou, à quelques exceptions, à des entreprises spécialisées (par ex.: produits de laboratoire, de radiologie, de pharmacie...). Les services informatiques, juridiques, de vérification comptable, d'ingénierie et autres de même nature sont achetés individuellement à des groupes de professionnels spécialisés dans chacun de ces domaines.

L'achat de quelques produits ou services fait l'objet d'ententes interétablissements. Par exemple, l'achat de produits et de services pharmaceutiques pour deux centres d'accueil fait l'objet d'une entente intrarégionale (16 CAH).

Les services et produits de buanderie des centres d'accueil (sauf un) sont offerts par le centre hospitalier.

Les établissements se procurent les équipements nécessaires par des mandats d'achat régional ou directement, auprès des entreprises spécialisées

1.2.2 La clientèle

En ce qui a trait aux centres d'accueil d'hébergement, la clientèle provient à 82 % (277/338) du territoire de la MRC des Etchemins et est âgée à 84 % (283/338) de personnes de 65 ans et plus¹⁸.

¹⁷ Selon des renseignements verbaux recueillis auprès de Partagec inc.

¹⁸ Selon les rapports statistiques produits par les établissements.

C'est une clientèle qui nécessite une moyenne de trois heures-soins par jour. Cette clientèle requiert principalement des soins infirmiers, des soins médicaux non spécialisés, une saine alimentation et des services de réadaptation fonctionnelle dans le but de conserver son autonomie. Le besoin de sécurité fait aussi partie des besoins à combler.

Pour les services psychiatriques, la clientèle est issue principalement des trois MRC de Beauce, de la MRC des Etchemins et des MRC de Montmagny et de Bellechasse.

Cette clientèle reçoit des services de consultation externe, des soins en phase aiguë, des services d'hébergement à long terme ainsi que des services de réadaptation.

L'âge de la clientèle nécessitant des services psychiatriques est très varié. Il se répartit parmi les 18 ans et plus et les services s'adressent aux personnes des deux sexes.

1.2.3 Les institutions financières

Sur le territoire de la MRC, chacune des municipalités est desservie par une caisse populaire Desjardins. Deux succursales de la Banque Nationale sont installées sur le territoire, soit à Lac-Etchemin et à Saint-Prosper.

Les cinq établissements concernés transigent avec les caisses populaires de leur municipalité respective.

1.2.4 Les compétiteurs

Parmi les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, il existe une complémentarité de services offerts à la clientèle. La concurrence est inexistante. Cependant, la volonté de la clientèle ou encore le besoin peuvent faire en sorte qu'une personne soit admise dans un établissement plutôt qu'un autre.

Le domaine privé est perçu comme étant complémentaire puisqu'il s'adresse à une clientèle plus «légère» en termes de besoins à combler.

Aucun hôpital privé n'existe sur le territoire. Le plus près se situe à Saint-Georges de Beauce et il n'a que peu d'effet sur la clientèle de la MRC des Etchemins.

2. *Les structures*

La structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre les tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches¹⁹.

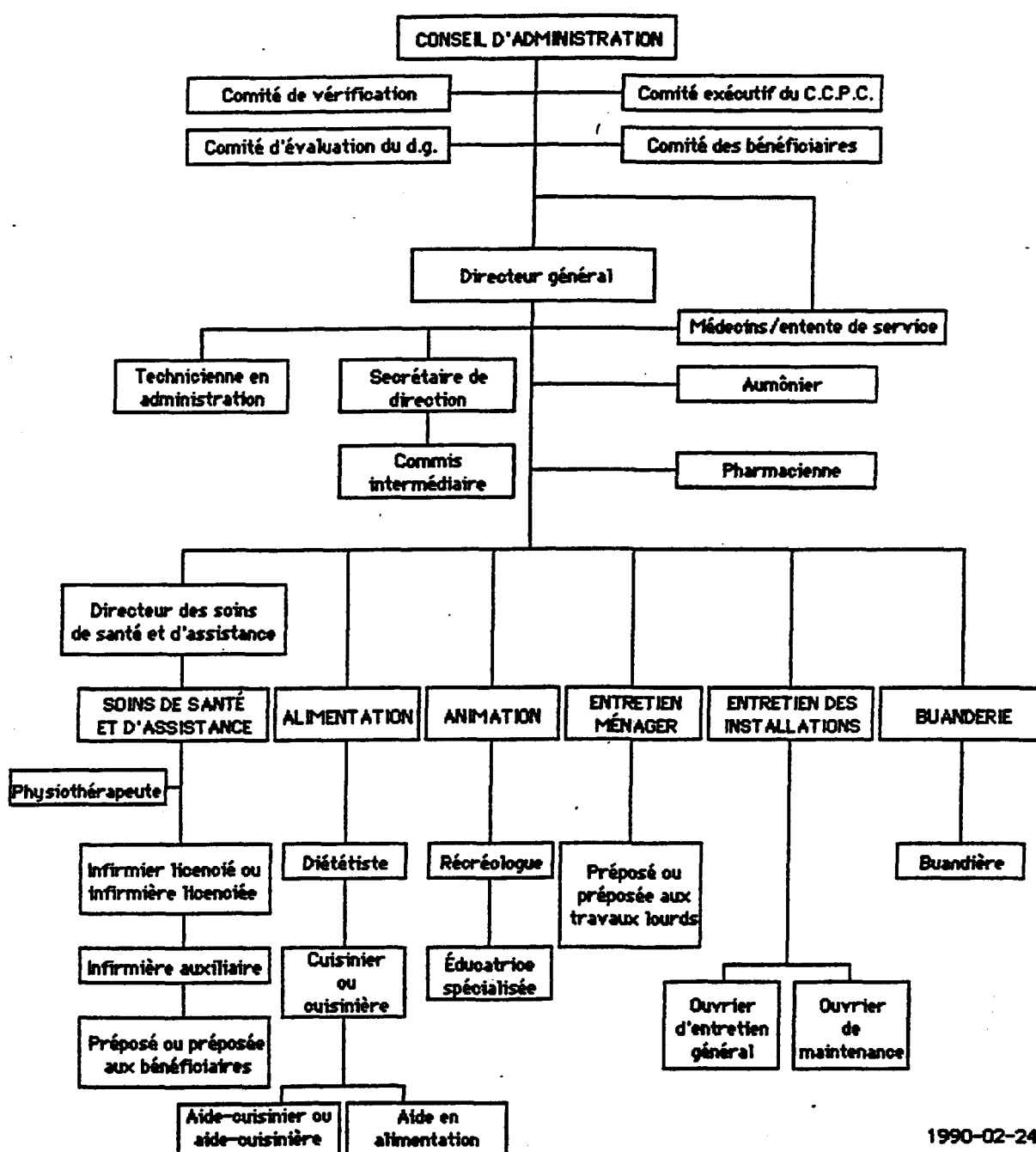
Dans cette section, nous nous attarderons à décrire les structures formelles en indiquant les liens hiérarchiques et d'autorité fonctionnelle.

Afin de ne pas alourdir le processus d'analyse, nous étudierons en première partie les structures des quatre centres d'accueil dans un processus unique et, par la suite, le centre hospitalier. Puisque les centres d'accueil présentent une similitude de fonctionnement, nous ne spécifierons que les écarts significatifs, s'il y a lieu.

¹⁹ H. Mintzberg (1982), Structure & dynamique des organisations, Agence d'Arc Inc, p. 18.

2.1 L'organigramme

Figure 5
Organigramme des centres d'accueil d'hébergement
(Foyer Lac-Etchemin, 24 février 1990)



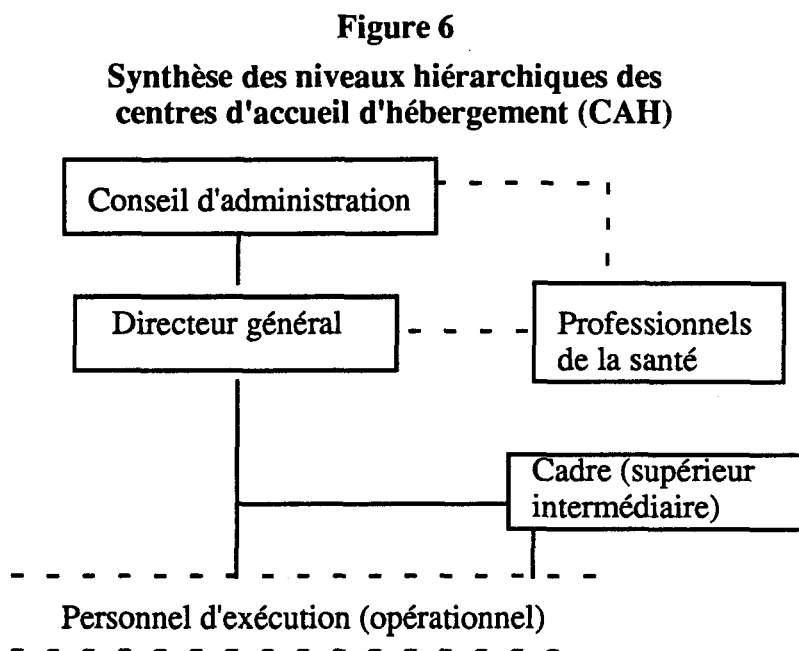
1990-02-24

Dans la figure précédente, nous reproduisons un organigramme du centre d'accueil ayant le plus grand nombre de membres de personnel et de bénéficiaires inscrits au permis d'exploitation (Foyer du Lac-Etchemin).

Dans les trois autres centres, nous devons inscrire une personne seulement au secrétariat. Le service des soins infirmiers est supervisé par une personne ayant le titre de responsable des soins infirmiers (infirmière autorisée). L'entretien ménager et l'entretien des installations sont effectués par deux préposés: aux travaux légers et aux travaux lourds.

Les quatre centres d'accueil ont un maximum de deux cadres, soit un cadre à la direction générale (considérée hors-cadre) et un cadre supérieur ou intermédiaire à la direction des soins.

Si nous reprenons cette figure (5), sur le plan hiérarchique, nous obtenons l'image suivante.



L'organisation hiérarchique des quatre centres d'accueil peut être considérée comme simple et aplatie avec trois niveaux hiérarchiques. La coordination des activités se fait généralement par supervision directe et au moyen de communications informelles.

C'est aussi une structure bureaucratique souple, compte tenu de ses normes et standards. La planification et le contrôle de l'ensemble des activités s'effectuent par le sommet stratégique, c'est-à-dire par le conseil d'administration et le directeur général, et par consultation du cadre supérieur ou intermédiaire.

Le travail du centre opérationnel (exécutant) est de nature routinière et demande peu de formation spécialisée.

Les professionnels qui travaillent dans ces centres (les médecins) sont nommés par le conseil d'administration avec des privilèges de pratique et sont rémunérés à l'acte, à salaire ou à vacation, tel que le prescrit la Loi de l'assurance-maladie du Québec.

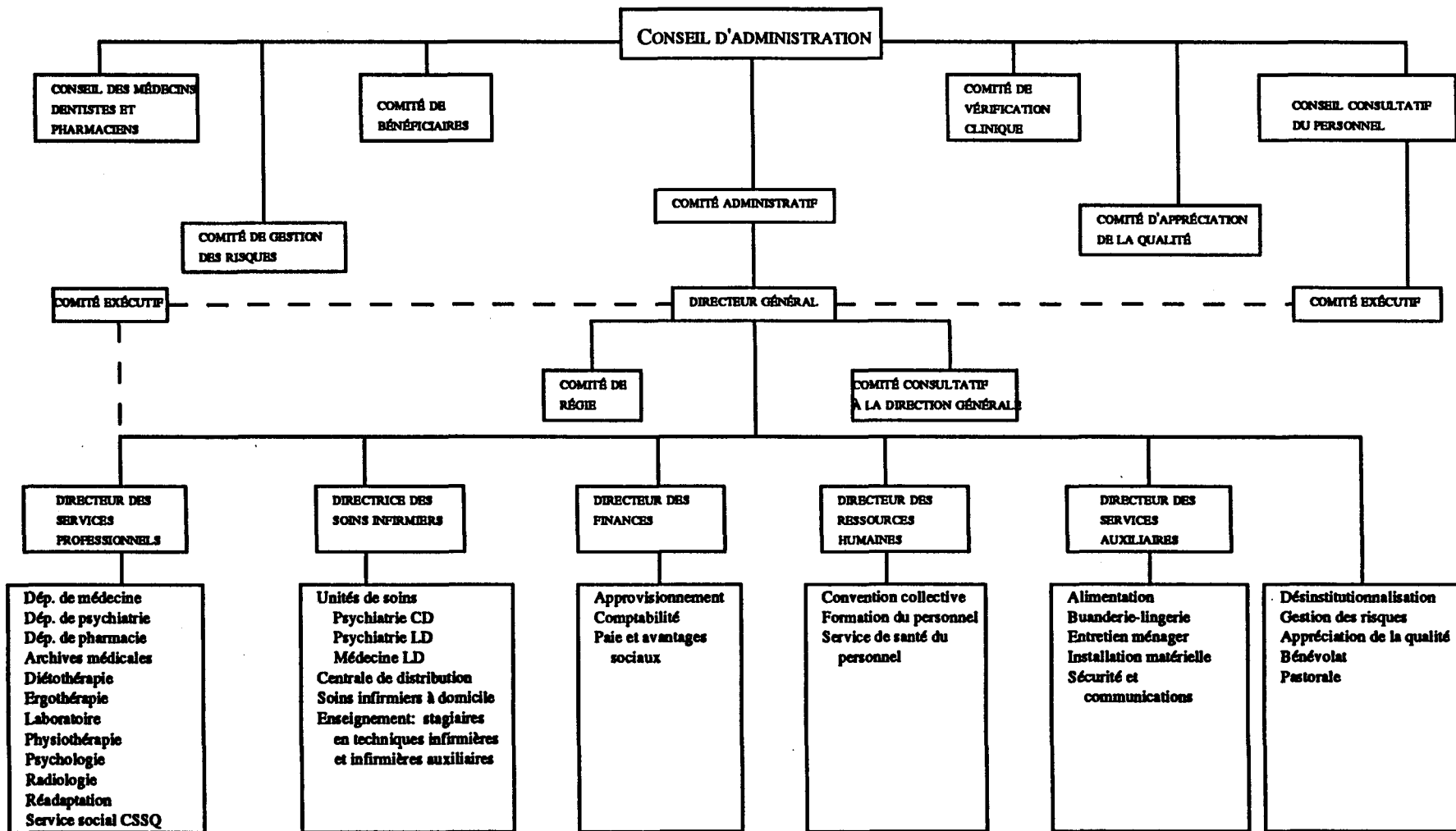
Les autres professionnels (physiothérapeutes, diététistes, récréologues) sont considérés comme salariés, syndiqués au sens du Code du travail, et n'ont aucune autorité formelle sur les autres employés. De par leurs connaissances spécialisées, il faut les inclure dans le personnel-conseil.

Les services du centre de jour relèvent administrativement du Foyer Sainte-Justine. Ils possèdent une structure simple, avec un coordonnateur (cadre intermédiaire) et du personnel d'exécution. Ce coordonnateur est en ligne d'autorité directe avec le directeur général du centre susmentionné.

2.2 Le centre hospitalier

L'organigramme du centre hospitalier est plus complexe et hiérarchisé. La figure 7 nous le fera mieux voir.

Figure 7
Organigramme du centre hospitalier (Sanatorium Bégin 1990)

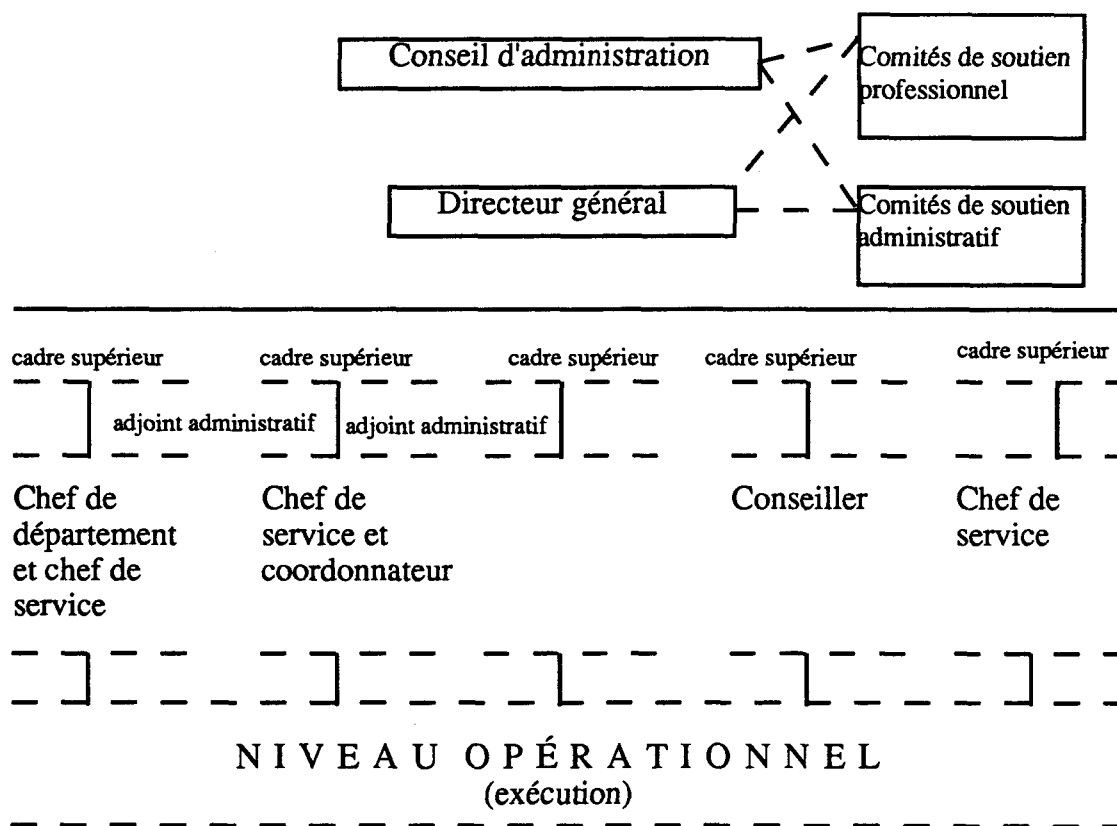


Dans cet organigramme, nous constatons une plus grande spécialisation des tâches ainsi qu'une organisation médicale plus importante.

Le comité administratif, même s'il apparaît en ligne d'autorité avec le directeur général, est en fait un comité formé par le conseil d'administration et constitué par l'exécutif de ce dernier et le directeur général pour prendre des décisions en urgence. Ces décisions se doivent d'être entérinées par le conseil d'administration.

Dans le schéma suivant, nous dénombrons quatre niveaux hiérarchiques d'autorité.

Figure 8
Synthèse des niveaux hiérarchiques du centre hospitalier (CH)




3. Les tâches de planification, d'organisation, de direction et de contrôle

La gestion, selon Pierre G. Bergeron, se résume à des actes administratifs à quatre paliers. Ce dernier nous dit:

La gestion peut se définir comme le processus qui permet de planifier, diriger, organiser et contrôler les ressources d'une organisation afin d'atteindre des buts précis²⁰.

Tableau 2
Le processus de gestion

PRINCIPALES RESSOURCES	LES FONCTIONS DE LA GESTION				BUTS VISÉS
	PLANIFICATION	ORGANISATION	DIRECTION	CONTROLE	
Ressources humaines	Objectifs	Organigramme	Délégation	Comparaison	
	Politique	Fonctions	Motivation	Évaluation	
	Programmes	Définition des	Formation	Suggestion	
Ressources financières	Budgets	tâches	Discipline	Interprétation	
	Échéances	Évaluation des	Participation	Correction	
	Standards	tâches	Rétroaction	Analyse	
Ressources physiques	Prévisions	Recrutement	Pénalité	Observation	
	Procédures	Autorité	Coopération	Rendement	
	Buts	Responsabilité	Récompense	Rapports	
Information	Plans	Hiérarchie	Leadership		

Source: Pierre G. Bergeron, La gestion dynamique, concepts, méthodes et applications, 1986.

Dans les quatre centres d'accueil d'hébergement, ces fonctions sont effectuées par le directeur général et le responsable des soins infirmiers. Le conseil d'administration réalise principalement les fonctions de planification et de contrôle en relation avec la mission, les objectifs annuels et l'encadrement de la loi qui régit ces établissements.

²⁰ Pierre G. Bergeron, La gestion dynamique, concepts, méthodes et applications, Gaëtan Morin, 1986, p. 184.

Certaines fonctions d'organisation et de contrôle interne sont déléguées à la personne qui occupe le poste de secrétaire de direction ou de commis senior.

En ce qui a trait au centre hospitalier, les membres du conseil d'administration réalisent les mêmes fonctions de planification, d'organisation, de direction et de contrôle (PODC) que leurs collègues des centres d'accueil. Il faut cependant mentionner que la planification y est plus complexe et le champ d'application plus large compte tenu de l'organisation interne (structure et programmes) de l'établissement. Le rôle de la direction générale dans les fonctions de gestion est principalement de superviser et d'orienter ses cadres supérieurs dans le sens des objectifs que l'établissement s'est donnés, de la mission et du respect du cadre législatif dans lequel évolue l'établissement. Le directeur général de centre hospitalier se doit d'avoir une vision globale de son organisation et d'exercer un contrôle régulier sur l'ensemble des opérations. Les mouvements et l'évolution de l'environnement doivent être des préoccupations constantes.

Les cadres supérieurs ont, eux aussi, des fonctions de gestion (PODC) dans leurs secteurs d'activités spécifiques. Ils se doivent de coordonner l'ensemble des activités de leur secteur selon les objectifs et les résultats attendus. Le contrôle fait partie de leur gestion quotidienne.

À tous les niveaux de la hiérarchie, les fonctions de gestion sont présentes et s'appliquent. Elles s'appliquent cependant sur un terrain plus large ou plus restreint selon la position que l'on occupe.

Ainsi, que l'on soit dans un centre hospitalier ou dans un centre d'accueil, toutes ces fonctions de gestion se réalisent dans une complexité et une ampleur différentes.

4 . Les règlements généraux

Tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec sont assujettis à l'adoption de règlements généraux* sur «l'organisation et l'administration des établissements».

Ces règlements sont adoptés par des résolutions du conseil d'administration en vertu de l'article 6 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

Toutes ces règles ou ces règlements font partie du fonctionnement obligatoire à suivre par les établissements. Ces règlements sont en relation directe avec l'application de la loi en vigueur et n'empêchent pas les établissements d'adopter des règles d'application internes de ces dits règlements.

Les textes portent en particulier sur la mission du centre, l'organisation et la distribution des services à la clientèle, la répartition et le contrôle budgétaires ainsi que l'organisation professionnelle.

* Les textes intégraux de ces règlements sont disponibles dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

5. L'organisation du travail

Dans l'ensemble des établissements à l'étude, l'organisation du travail s'effectue par la coordination des tâches. Cette coordination se fait le plus souvent par une supervision directe, une standardisation des procédés et un ajustement mutuel.

Dans le centre hospitalier, ces procédés sont davantage appliqués par la spécialisation des tâches, par secteur d'activités et par programme.

Nous verrons, dans le chapitre suivant, l'application de ce processus d'organisation du travail en analysant chacun des sous-systèmes de l'organisation.

6. Description des processus

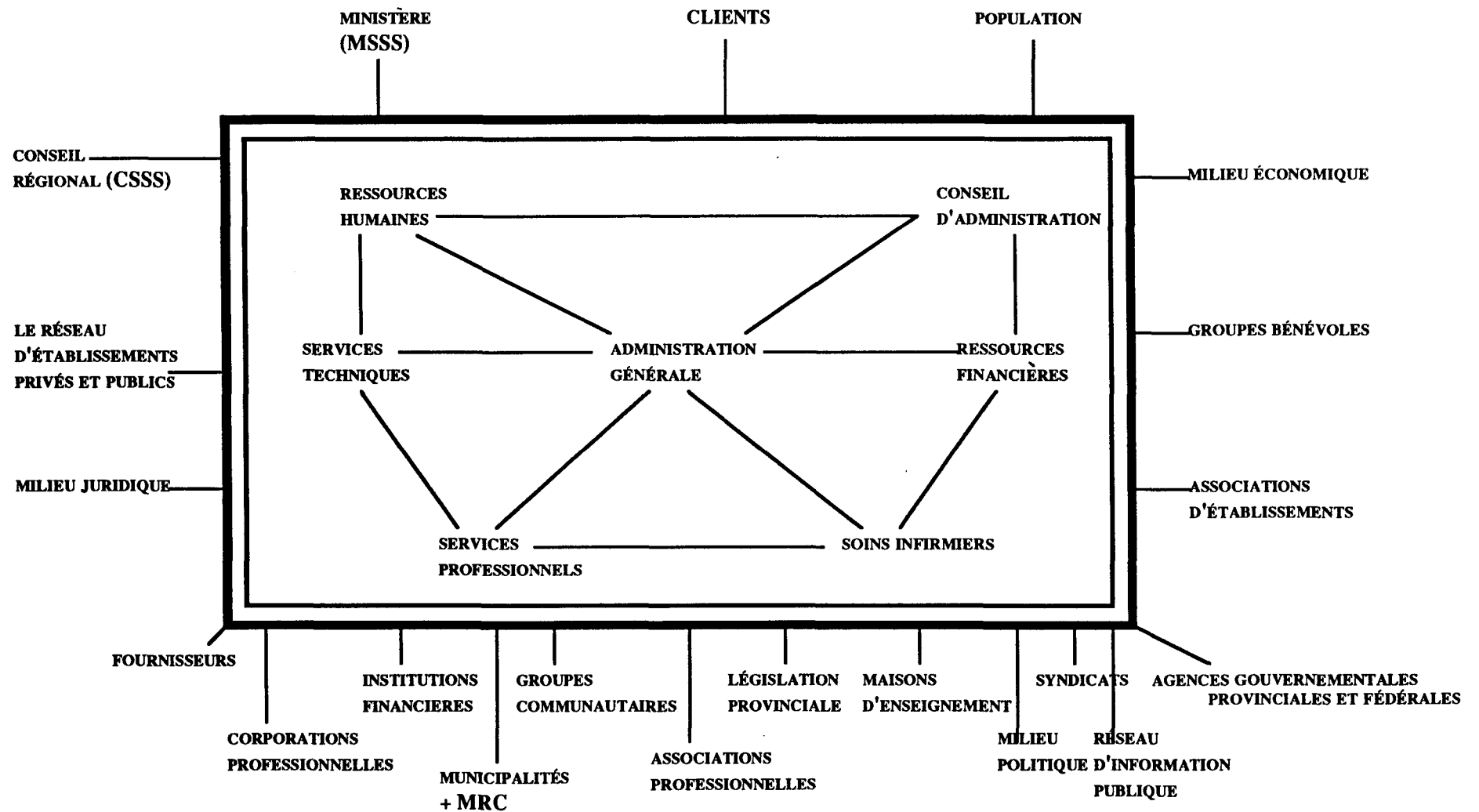
Cette description nous permettra de mieux identifier les responsabilités dévolues à chacun des secteurs d'activités de l'organisation. Nous identifierons aussi les interrelations qui existent entre ces secteurs (situation à l'interne) et l'environnement (contexte externe). Compte tenu de la complexité de la tâche, nous mettrons en lumière les processus existant dans le centre hospitalier et nous ferons une différenciation pour les centres d'accueil lorsqu'elle sera nécessaire.

Dans l'organisation à l'étude, nous pouvons identifier sept sous-systèmes distincts et interdépendants dont nous identifierons les rôles et responsabilités généraux.

Le schéma suivant nous en donne un aperçu général.

Figure 9

**Schémas des processus présents dans le centre hospitalier:
environnement des sous-systèmes**



6.1 Le sous-système «conseil d'administration»

Sommaire des rôles et responsabilités

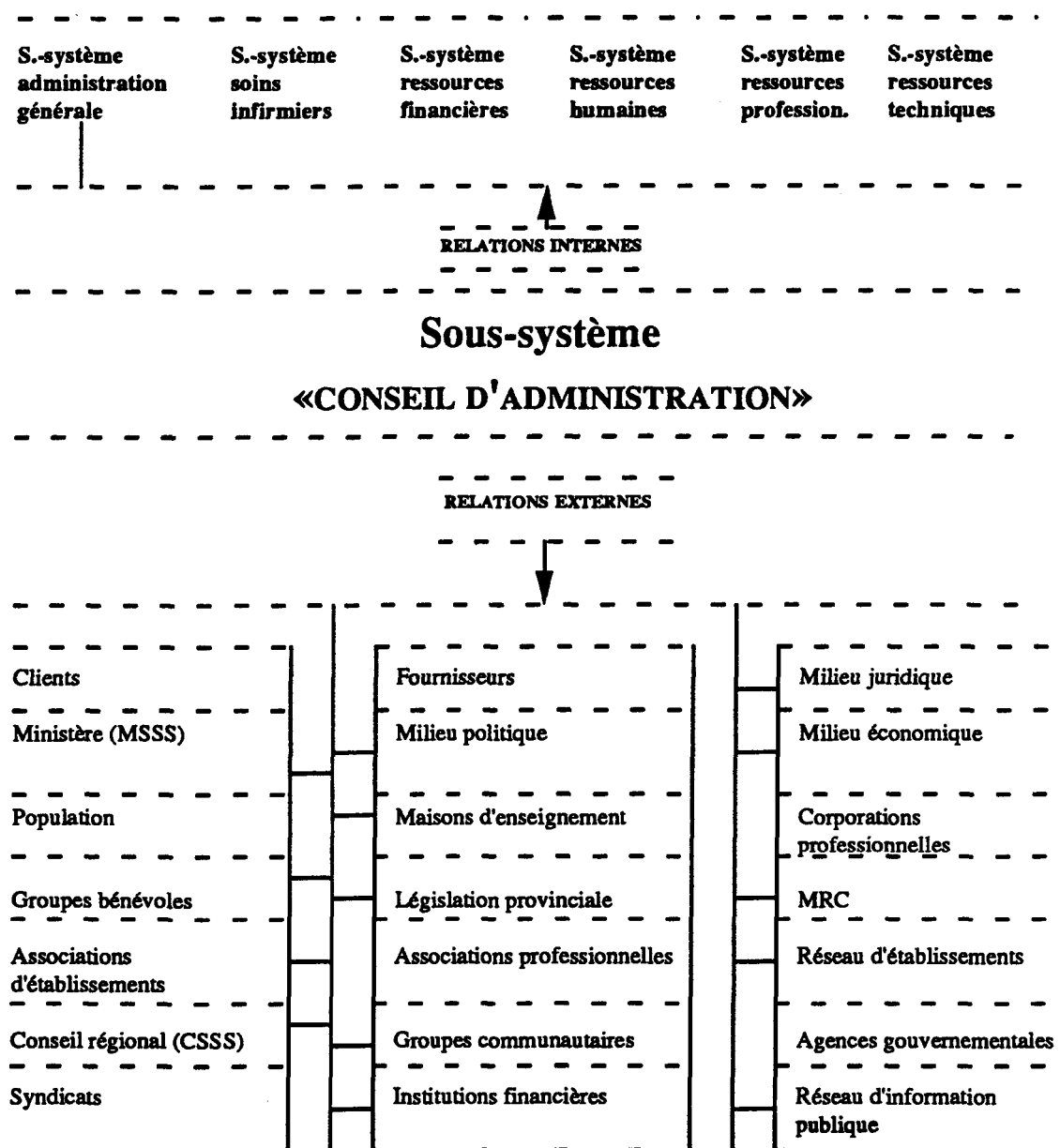
Les rôles et responsabilités du sous-système «conseil d'administration» sont les suivants:

- 1- demander et obtenir le permis d'exploitation nécessaire;
- 2- établir les orientations et les priorités de l'établissement selon sa mission;
- 3- nommer le directeur général et les cadres supérieurs;
- 4- nommer les médecins, dentistes et pharmaciens (statuts et privilèges);
- 5- approuver le plan d'organisation;
- 6- approuver le plan de distribution des ressources (humaines, financières et matérielles);
- 7- approuver les règlements généraux et internes;
- 8- assurer la formation de ses membres;
- 9- assurer la qualité et la quantité des services;
- 10- informer le public;
- 11- s'assurer du suivi des lois, règlements et normes en vigueur;
- 12- contrôler les résultats et l'atteinte des objectifs²¹.

²¹ Articles 170 à 181.2 de la loi.

Le schéma suivant indique les interrelations du sous-système «conseil d'administration».

Figure 10
Schéma du sous-système «conseil d'administration» et ses interrelations internes et externes



6.2 Le sous-système «administration générale»

Sommaire des rôles et responsabilités

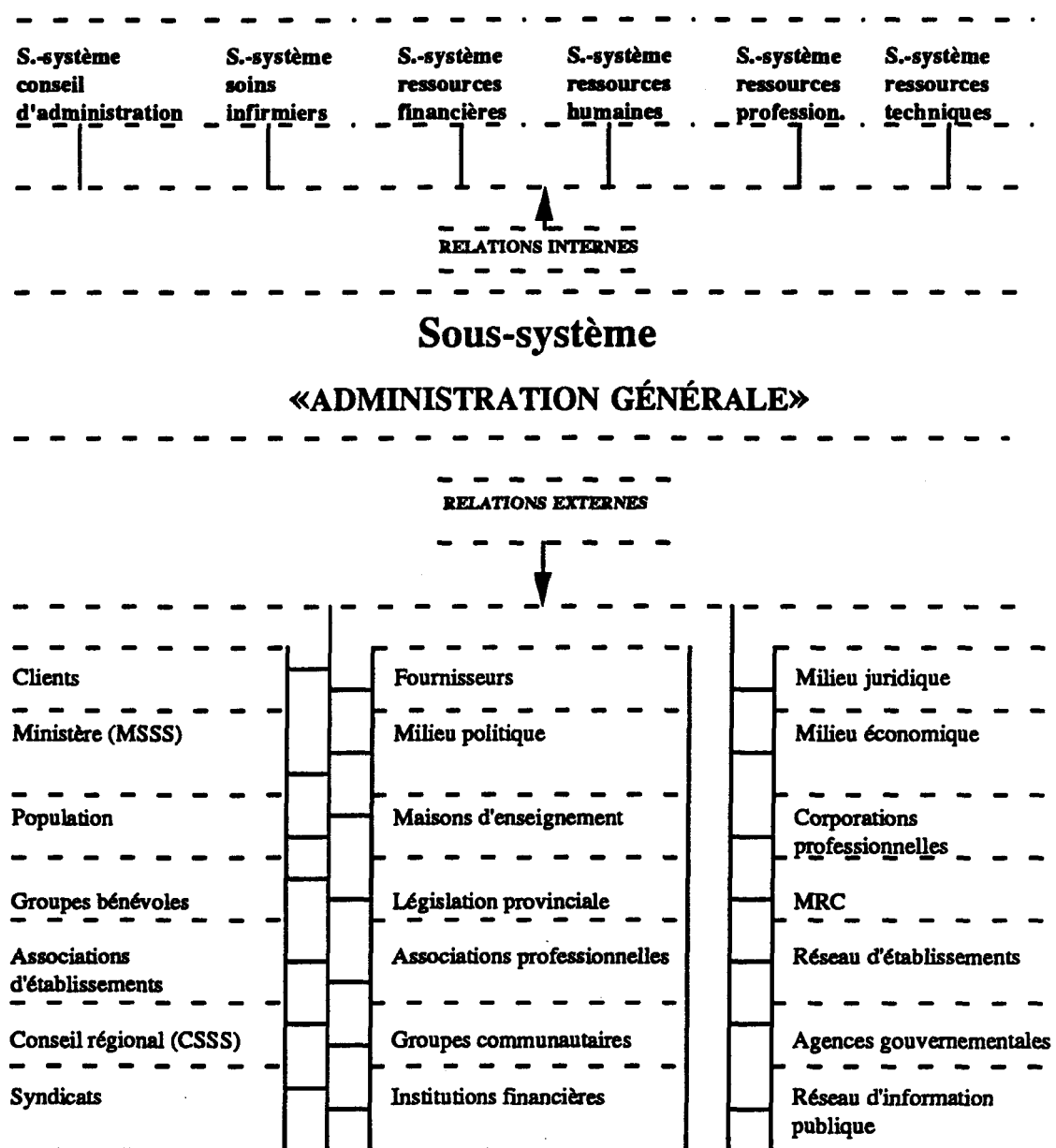
Les rôles et responsabilités du sous-système «administration générale» sont les suivants:

- 1- assumer la responsabilité de la réalisation de la mission et des objectifs de l'établissement;
- 2- planifier, organiser, coordonner et évaluer l'utilisation des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles de l'établissement afin d'offrir à la clientèle des services de qualité, efficaces et efficients;
- 3- assurer l'intégration cohérente des dimensions cliniques et de services, des dimensions administratives et des dimensions opérationnelles dans l'établissement;
- 4- rechercher et faciliter la concertation et la complémentarité avec les partenaires du réseau et hors réseau;
- 5- représenter l'établissement auprès des diverses instances externes²².

²² Répertoire: Description des fonctions types du personnel d'encadrement: Secteur de la Santé et des Services sociaux: Gouvernement du Québec A-1 Code: 100.

Le schéma suivant indique les interrelations du sous-système «administration générale».

Figure 11
Schéma du sous-système «administration générale» et ses
interrelations internes et externes



6.3 Le sous-système «soins infirmiers»

Sommaire des rôles et responsabilités

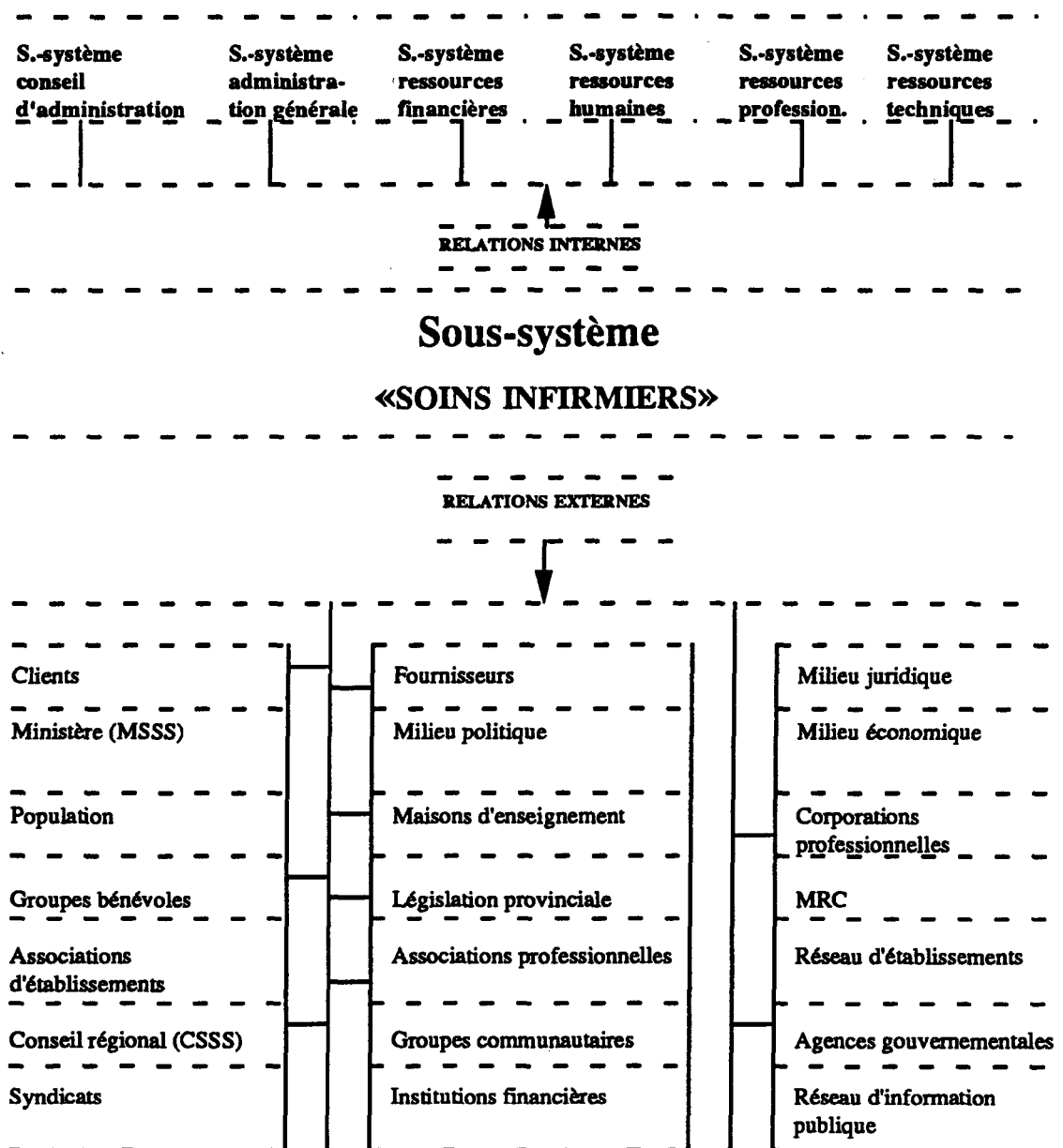
Les rôles et responsabilités du sous-système «soins infirmiers» sont les suivants:

- 1- assumer la planification, la coordination, la distribution et l'évaluation des soins infirmiers en fonction des besoins du centre, dans le respect de l'individualité et de l'intimité des usagers;
- 2- assurer le développement, l'élaboration, l'évaluation et les choix de politique et de programmes portant sur des secteurs d'activités de soins diversifiés, spécialisés et ultraspécialisés;
- 3- assumer la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles selon le plan d'organisation²³.

²³ Ibid., A-5 Code: 210.

Le schéma suivant indique les interrelations du sous-système «soins infirmiers».

Figure 12
Schéma du sous-système «soins infirmiers» et ses
interrelations internes et externes



6.4 Le sous-système «ressources financières»

Sommaire des rôles et responsabilités

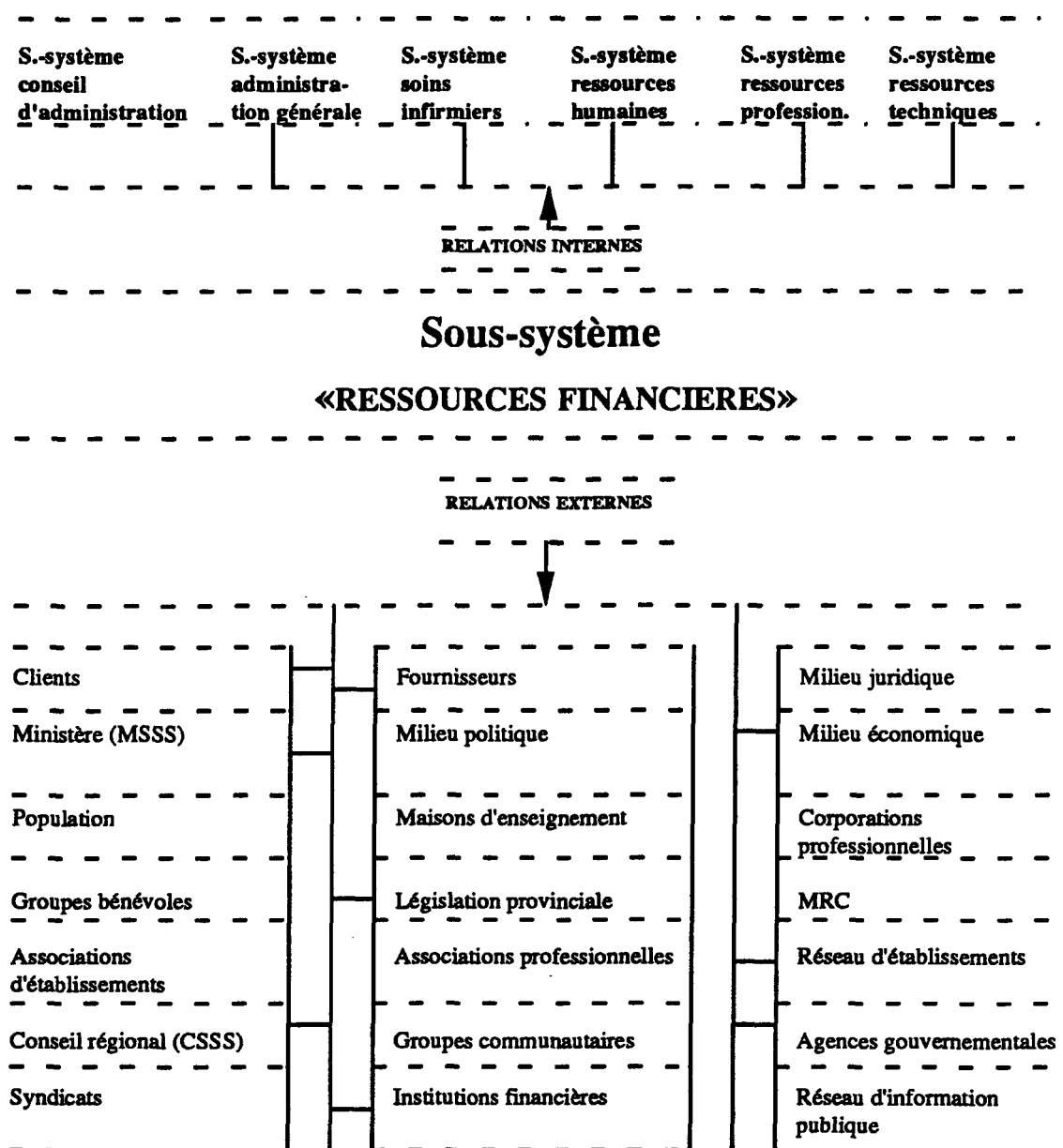
Les rôles et responsabilités du sous-système «ressources financières» sont les suivants:

- 1- assumer la distribution des services financiers et des programmes-cadres de gestion financière dans l'établissement;
- 2- assurer l'élaboration et la mise en place des contrôles internes et faire le suivi du processus budgétaire de l'établissement;
- 3- assurer au vérificateur externe les renseignements relatifs à la réalisation de son mandat;
- 4- assumer la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles selon le plan d'organisation²⁴.

²⁴ Ibid, A-5 Code: 210.

Le schéma suivant indique les interrelations du sous-système «ressources financières».

Figure 13
Schéma du sous-système «ressources financières» et ses interrelations internes et externes



6.5 Le sous-système «ressources humaines»

Sommaire des rôles et responsabilités

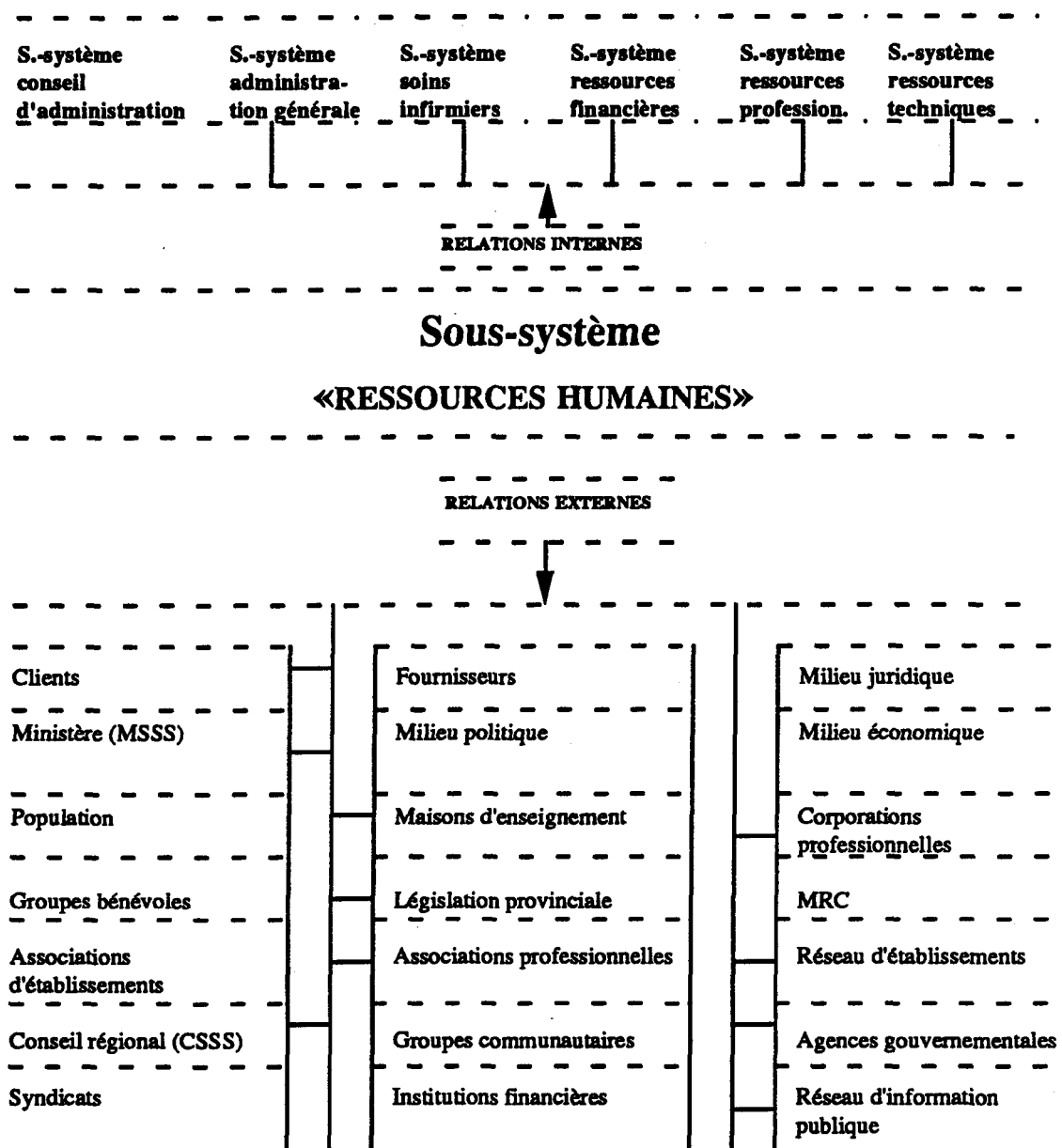
Les rôles et responsabilités du sous-système «ressources humaines» sont les suivants:

- 1- assurer le développement, l'élaboration et l'évaluation des politiques et des programmes reliés à la gestion des ressources humaines;
- 2- fournir les services-conseils reliés à la discipline;
- 3- développer et administrer des programmes de santé et de sécurité au travail et de médecine de gestion;
- 4- conseiller les gestionnaires sur la conception du plan d'action annuel pour le développement du personnel et sa réalisation;
- 5- assumer la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles selon le plan d'organisation²⁵.

²⁵ Ibid, A-6 Code: 200.

Le schéma suivant indique les interrelations du sous-système «ressources humaines».

Figure 14
Schéma du sous-système «ressources humaines» et ses
interrelations internes et externes



6.6 Le sous-système «ressources professionnelles»

Sommaire des rôles et responsabilités

Les rôles et responsabilités du sous-système «ressources professionnelles» sont les suivants:

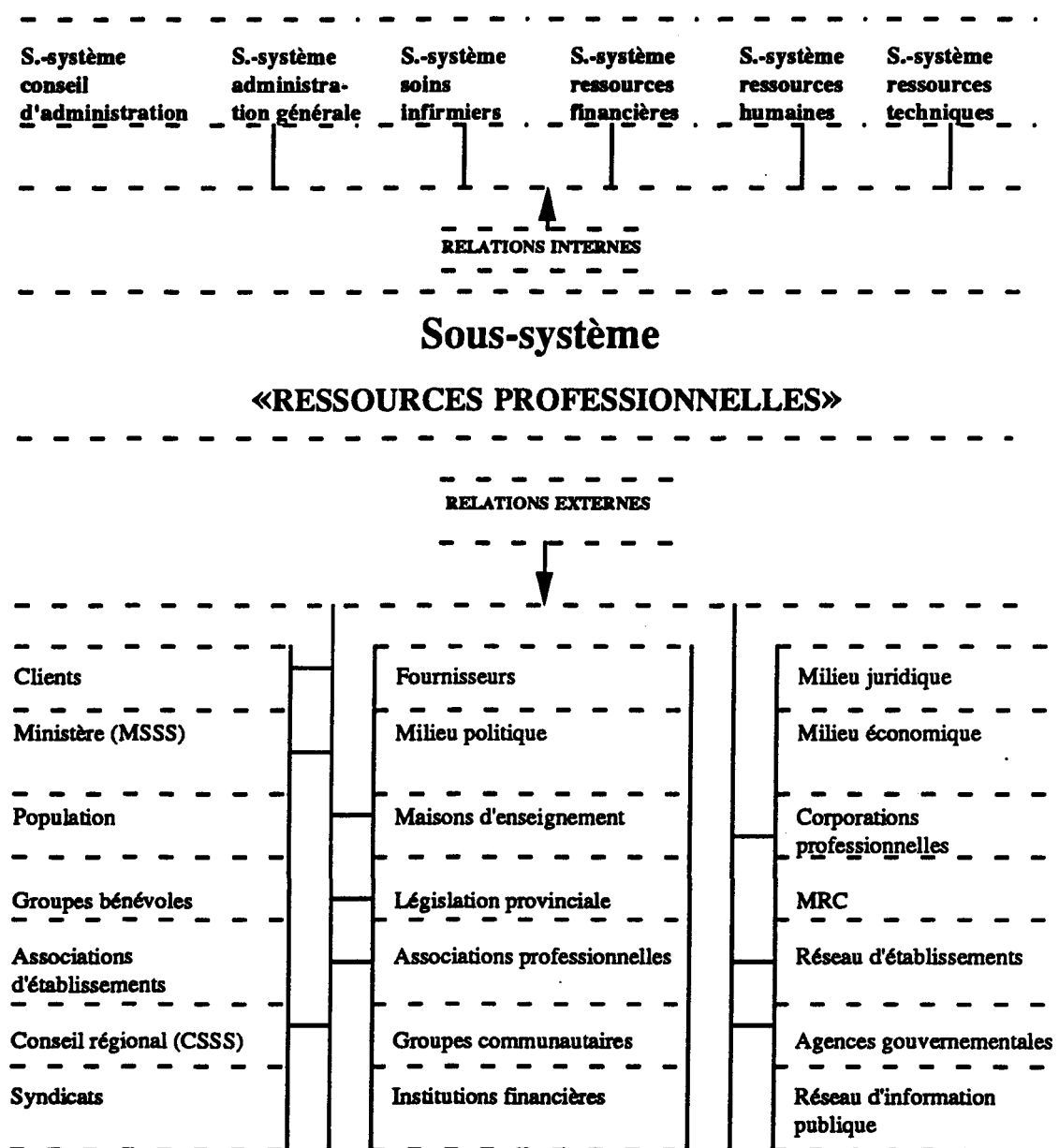
- 1- assurer la distribution et la qualité des soins et services médicaux offerts aux usagers dans l'établissement, eu égard aux responsabilités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- 2- assumer la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles pour les départements et services selon le plan d'organisation;
- 3- diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique;
- 4- coordonner avec les autres sous-systèmes concernés, l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement, sous réserve du plan d'organisation;
- 5- surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- 6- faciliter l'intégration des médecins, des dentistes et des pharmaciens aux diverses activités de l'établissement²⁶.

²⁶ Ibid, A-15 Code: 310.

Le schéma suivant indique les interrelations du sous-système «ressources professionnelles».

Figure 15

Schéma du sous-système «ressources professionnelles» et ses interrelations internes et externes



6.7 Le sous-système «ressources techniques»

Sommaire des rôles et responsabilités

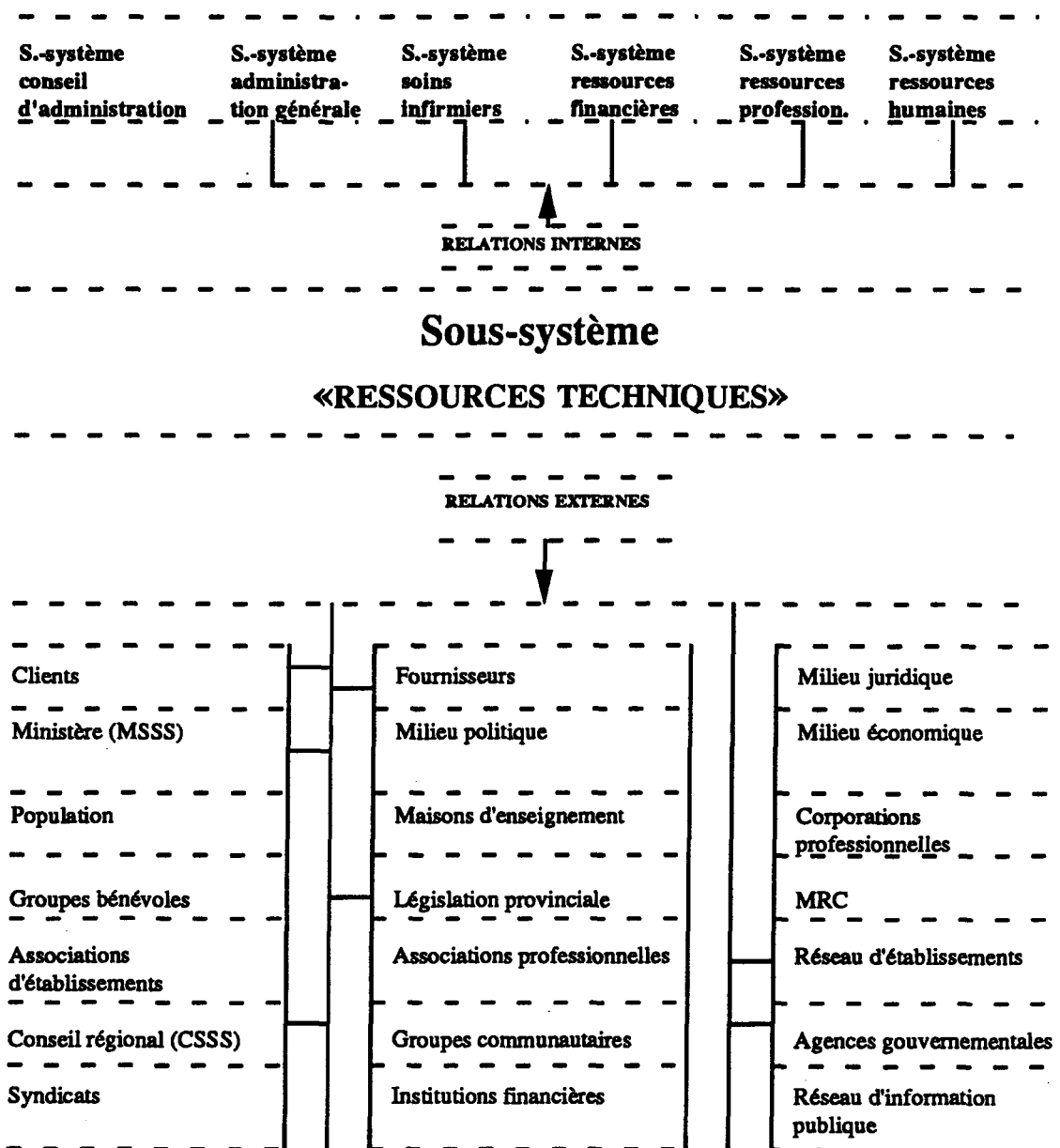
Les rôles et responsabilités du sous-système «ressources techniques» sont les suivants:

- 1- administrer les activités en vue d'assurer un environnement confortable et sécuritaire;
- 2- maintenir l'intégrité des bâtiments et des équipements de l'établissement;
- 3- assurer, selon le plan d'organisation, le fonctionnement des services relatifs aux ressources énergétiques, à l'entretien des bâtiments, aux équipements et terrains, à la buanderie et à la lingerie, à l'entretien sanitaire, à la sécurité, aux communications, au service de génie biomédical et au service de diététique ou d'alimentation;
- 4- assumer la gestion de projets reliés aux immobilisations;
- 5- assumer la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles selon le plan d'organisation²⁷.

²⁷ Ibid, A-30 Code: 590.

Le schéma suivant indique les interrelations du sous-système «ressources techniques».

Figure 16
Schéma du sous-système «ressources techniques» et ses interrelations internes et externes



Tous ces processus administratifs et de gestion font partie intégrante du fonctionnement du centre hospitalier qui est géré par 1 directeur général, 5 cadres supérieurs, 28 cadres intermédiaires, des adjoints administratifs et quelque 407 employés réguliers.

Les centres d'accueil ont les mêmes obligations de gestion et d'administration. Cependant, il faut faire une pondération évidente, en ce qui les concerne, entre le niveau de complexité des tâches à effectuer et l'ampleur des fonctions à réaliser.

Dans les centres d'accueil à l'étude, il n'existe que trois sous-systèmes.:

- 1- le conseil d'administration;
- 2- l'administration générale;
- 3- les soins infirmiers.

L'administration générale réalise l'ensemble des processus administratifs et de gestion en ce qui a trait aux responsabilités reliées aux domaines des finances et des ressources humaines, techniques et matérielles.

L'aspect «ressources professionnelles» est limité aux ressources médicales qui proviennent du secteur privé ou du secteur public (entente de services-CLSC). Les autres catégories de professionnels font l'objet d'un partage de services entre les centres de la MRC ou de la région Beauce-Etchemins.

7. Les ressources

7.1 Les ressources humaines

Chacun des établissements faisant partie de l'organisation à l'étude est administré par un conseil d'administration. Les conseils d'administration des centres d'accueil sont formés de 13 membres incluant le directeur général.

Pour le centre hospitalier, nous devons ajouter un membre nommé par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

En ce qui concerne les ressources humaines opérationnelles (d'exécution), le tableau suivant donne le bilan au 31 mars 1992, selon le rapport statistique annuel produit par chacun des établissements.

Tableau 3
Ressources humaines au 31 mars 1992

Établissements:	Lac-Etchemin	Ste-Justine	St-Magloire	St-Prosper	Sanatorium Bégin	Total
Fonctions:						
Directeur général	1	1	1	1	1	5
Omnipraticien (note 1)	3*	1*	2*	3*	7	16
Psychiatre	0	0	0	0	5	5
Pharmacien (note 2)	1*	1*	1*	1*	2	6
Infirmiers	5	0	0	1	30	36
Infirmiers auxiliaires	5	6	7	7	51	76
Diététiste (note 3)	1*	1*	1*	1*	1	5
Psychothérapeute (note 3)	1*	1*	1*	1*	4	8
Ergothérapeute	0	0	0	0	1	1
Travailleur social (note 4)	0	0	0	0	2	2
Préposés et autres employés	29	14	13	22	299	377
Total employés (note 5)	46	25	26	37	407	548
Total inscrits à la paye	70	36	33	51	559	749

Source: Rapport statistique AS-479.

Note 1

Les médecins omnipraticiens des CAH de Lac-Etchemin et de St-Magloire travaillent au CLSC des Etchemins. Au moyen d'ententes de services, ces derniers contribuent aux services médicaux des centres d'accueil.

Le Foyer Ste-Justine obtient les services médicaux d'un médecin à vacation (3 heures/semaine). Le Pavillon de l'Hospitalité reçoit les services médicaux de trois médecins rémunérés à l'acte. Le Sanatorium Bégin a une équivalence de sept médecins rémunérés à temps complet.

Note 2

Pharmaciens: Les CAH de Ste-Justine et de St-Magloire prennent part à un regroupement de centres d'accueil pour l'obtention des services de pharmacie. Les CAH de St-Prosper et de Lac-Etchemin achètent des services de pharmaciens d'une officine privée.

Note 3

Les services de diétothérapie et de physiothérapie sont obtenus, dans les CAH, par l'entremise d'un budget de «services spécialisés». Ces services sont octroyés à chacun des centres au prorata du nombre de bénéficiaires.

Note 4

Les techniciens en assistance sociale sont des employés du Centre de services sociaux. Ils dispensent des services aux bénéficiaires du Sanatorium Bégin, et ce principalement en psychiatrie, à l'interne et à l'externe.

Note 5

La différence entre le nombre total d'employés inscrits à la paie et le nombre total d'employés indique le nombre d'employés inscrits sur la liste de rappel de l'établissement.

7.2 Les ressources financières

Les établissements publics du secteur de la santé et des services sociaux fonctionnent au moyen d'un budget. Ce dernier est consenti par le Ministère (MSSS) et constitue un budget de dépenses brutes autorisées.

Le tableau suivant indique le budget final approuvé au 31 mars 1992 pour chacun des établissements concernés.

Tableau 4
Ressources financières au 31 mars 1992

Dépenses autorisées	Foyer Lac-Échemin \$	Foyer Ste-Justine \$	Foyer St-Magloire \$	Foyer St-Prosper \$	Sanatorium Bégin \$	Total \$
Hébergement	1 988 356	746 514	871 041	1 154 566	7 051 443	11 811 920
Psychiatrie					10 577 165	10 577 165
Centre de jour		198 765				198 765
Pavillon			161 854	282 208		444 062
Services spécialisés	109 662					109 662
Total	1 098 018	945 279	1 032 895	1 436 774	17 628 608	12 141 574

7.3 Les ressources matérielles et techniques

(Immobilisations)

Nous pouvons dénombrer deux principales ressources, soit: les ressources informatiques et les ressources médicales. Nous donnerons dans un schéma le poids financier de ces ressources, ce qui pourra nous indiquer leur valeur dans le bilan immobilier de chacun des établissements analysés.

Les données du schéma suivant sont tirées du rapport financier de chacun des centres au 31 mars 1992 (formulaire AS-471).

Tableau 5
Ressources matérielles et techniques au 31 mars 1992

Établissements:	Foyer Lac-Échemin \$	Foyer Ste-Justine \$	Foyer St-Magloire \$	Foyer St-Prosper \$	Sanatorium Bégin \$	Total \$
Informatique	69 047	18 561	5 714	2 500	258 042	353 864
Mobilier et équipement	152 693	91 709	74 006	118 900	805 663	1 242 971
Équipements médicaux	30 456	11 190	1 356	10 156	340 367	393 525
Transport	-----	47 000	920	-----	79 930	127 850
Total:	252 196	168 460	81 996	131 556	1 484 002	2 118 210

Source: Rapports financiers des centres, 31 mars 1992: l'inscription de ces données dans le bilan financier peut varier d'un établissement à l'autre. Le bilan réel ou l'inventaire peuvent s'éloigner quelque peu des chiffres ci-haut.

8. Le climat organisationnel

Selon la théorie de Lewin (1951)²⁸, le climat organisationnel est surtout défini comme une mesure perceptive des attributs organisationnels.

Ainsi, il est possible de déterminer deux aspects importants dans la conceptualisation du climat organisationnel.

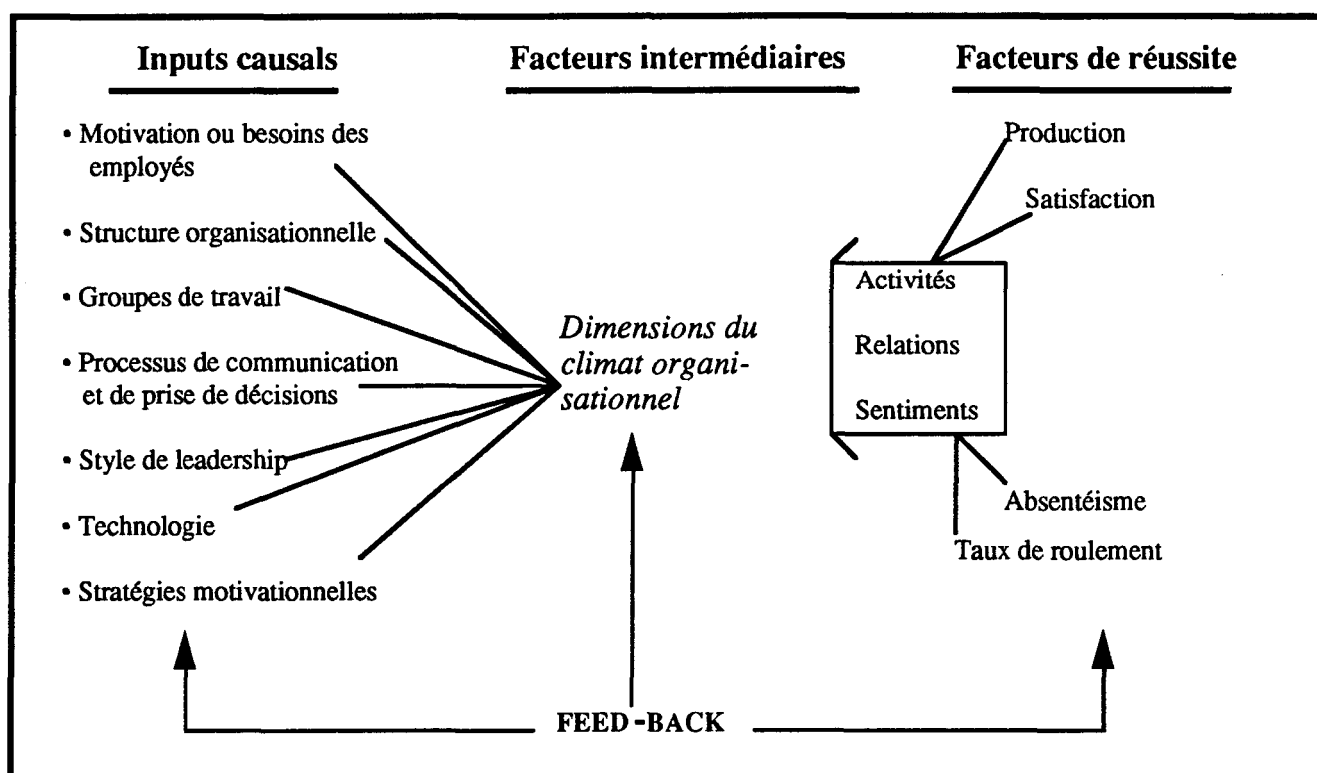
Le premier considère le climat organisationnel comme une série d'attributs qui décrivent une organisation, qui la distinguent d'une autre organisation, qui sont relativement stables dans le temps et qui influencent le comportement des membres de l'organisation.

²⁸ Note de cours ENAP, Analyse du climat organisationnel.

Un deuxième aspect considère que le climat organisationnel émerge des systèmes et des procédures comme le style de gestion, les politiques organisationnelles et les procédures générales de fonctionnement tels qu'ils sont perçus par les employés.

Gibson et al. nous permettent de visualiser dans un schéma le climat organisationnel.

Figure 17
Modèle intégré du climat organisationnel et des facteurs de réussite



Source: Gibson et al.(1973), p. 328.

Dans ce schéma, nous pouvons percevoir que l'on mesure le climat organisationnel davantage en relation avec les mesures perceptives des attributs organisationnels qu'avec celles des attributs individuels.

En ce qui a trait à l'organisation à l'étude, nous n'examinerons que les attributs organisationnels qui permettent de situer le climat organisationnel, soit:

- 1- les relations entre les structures et les activités;
- 2- les relations de pouvoir dans l'organisation.

8.1 Les relations entre les structures et les activités

La structure simple et aplatée qui existe dans les CAH permet d'ajuster rapidement les activités de ces centres aux besoins de la clientèle. Les flux de communication entre les niveaux opérationnel et hiérarchique supérieur n'ont pratiquement aucun intermédiaire sauf pour les soins infirmiers.

Environ 45 % des activités des centres se produisent au sein du sous-système «soins infirmiers». La structure s'est adaptée à cette activité professionnelle en confiant cette responsabilité à une personne spécialisée dans le domaine.

Les responsabilités administratives dans ce domaine sont effectuées conjointement par la direction générale et la direction des soins infirmiers.

Les autres activités des centres sont gérées directement par l'administration générale avec le soutien technique d'une personne (comptabilité, paie et secrétariat).

Les employés des centres d'accueil sont affiliés à l'une ou l'autre centrale syndicale reconnue au Québec. Il est à noter qu'aucun grief n'est en suspens au 31 mars 1992 (source: directeurs généraux).

La convention collective négociée à l'échelle nationale est appliquée en concordance avec les unités d'accréditation.

En ce qui concerne le CH, malgré une complexité structurale et fonctionnelle plus élevée, les activités sont bien soutenues par une structure adaptée.

À la lumière des quelques entrevues effectuées auprès des employés cadres et non cadres et selon certains documents consultés tels que les comptes rendus des comités, nous pouvons conclure que le climat de travail au CH est «satisfaisant».

Note: 56 griefs sont en suspens.

8.2 Le pouvoir dans l'organisation

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, le pouvoir réel de décider est largement diminué par l'encadrement général que donnent les lois, règlements, normes et directives édictés par le MSSS.

Le pouvoir qui incombe à la direction des établissements est généralement partagé entre le conseil d'administration, la direction générale et le personnel d'encadrement. À cet effet, plusieurs comités sont prévus pour conseiller ou influencer la direction dans les décisions ou les orientations à prendre.

CHAPITRE V

LA DÉFINITION DU PROBLÈME À ANALYSER

1. L'unification

L'unification des cinq conseils d'administration actuels et la création d'une l'administration générale unique pour les cinq établissements constituent des éléments déclencheurs et soulèvent des questions importantes d'organisation et de fonctionnement.

Aussi, le fait que les corporations propriétaires prolongent leur existence pendant que les activités et les services demeurent les mêmes peut certainement soulever quelques problèmes d'application de la loi relativement à différents articles:

- A. 540 - (Employeur - employé - accréditations syndicales);
- A. 93 - (Titulaire d'un permis d'exploitation);
- (Charte) Propriétaire du parc immobilier.

Ces éléments provoquent un questionnement quant au fonctionnement organisationnel et structural des établissements actuels.

Question 1: Dans une administration unifiée comportant un seul conseil d'administration et un seul directeur général, peut-on conserver l'autonomie des activités de travail telle qu'on la vit actuellement?

Question 2: Tenant compte des objectifs de la loi que sont la rationalisation et l'optimisation des ressources humaines et financières, serait-il avantageux de maintenir l'organisation des établissements telle que nous la connaissons actuellement?

Question 3: Le problème causé par l'existence des corporations propriétaires après l'application de la loi entraîne-t-il l'impossibilité d'intégrer les services?

Voici quelques questions que le comité de regroupement et les conseils d'administration actuels se sont posé.

Il en est ressorti un consensus à l'égard des réponses suivantes:

Réponse 1: Il serait souhaitable d'intégrer les activités de travail des cinq établissements par une centralisation des processus. Cependant, cette centralisation devra être compatible avec une gestion efficace et efficiente de même qu'avec la réalité quotidienne, c'est-à-dire qu'elle devra être réaliste et réalisable.

Réponse 2: Les objectifs poursuivis par la loi nous obligent à intégrer l'ensemble des activités. Il existe une incompatibilité importante entre les objectifs de rationalisation de la loi et l'autonomie intégrale des établissements.

Réponse 3: En ce qui concerne l'existence des corporations propriétaires, cette réalité n'étant pas incompatible avec l'unification des activités, il devra y avoir négociation ultérieure entre les corporations propriétaires et le conseil d'administration unifié

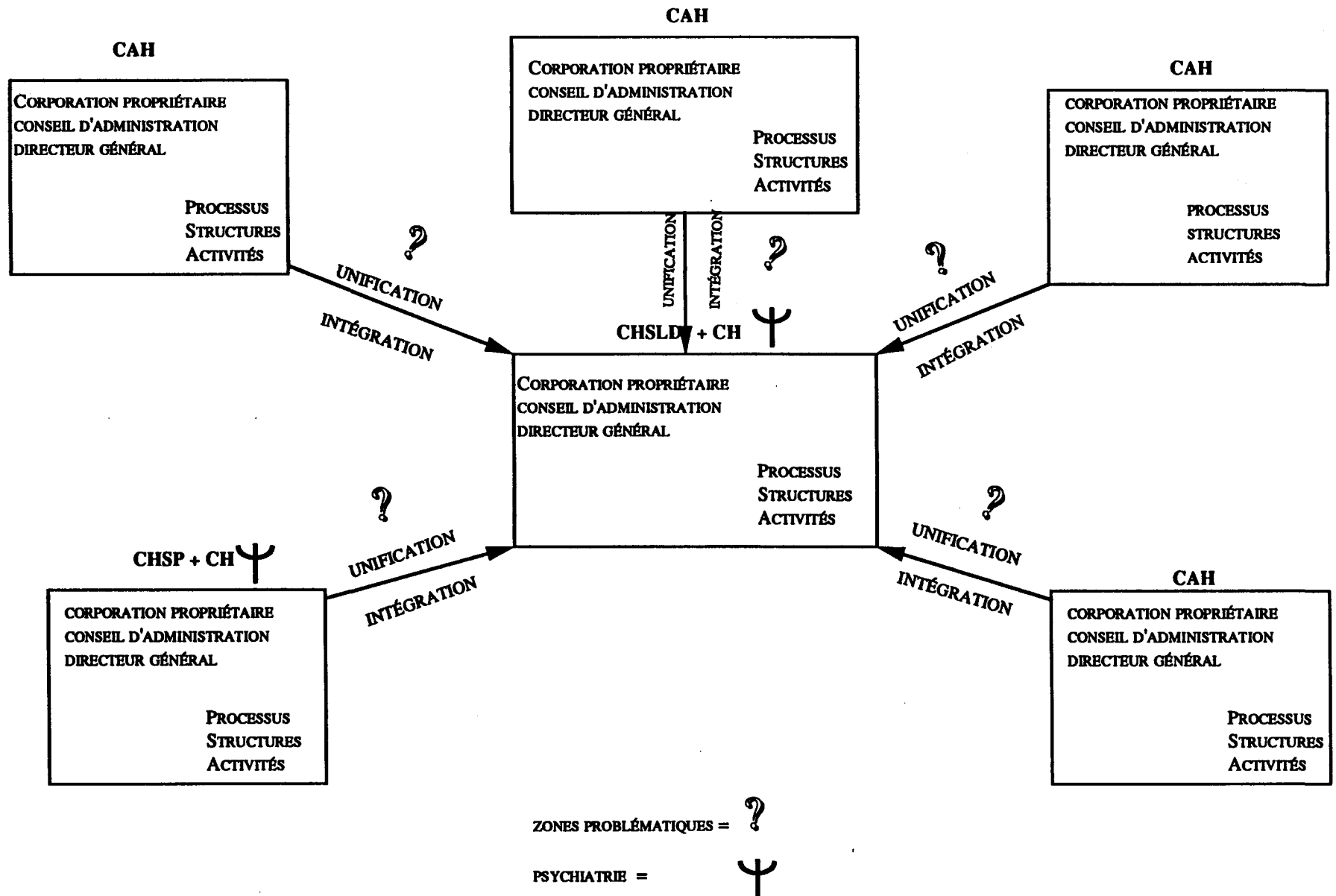
afin de régulariser la situation et principalement d'éviter des «irritants» à l'intégration.

Au moment opportun, les groupes concernés pourront analyser l'intérêt et la pertinence d'une «fusion» par rapport à une «intégration» des corporations.

Les réponses ci-haut énumérées font ressortir une seule problématique soit: ***intégrer les structures et les activités*** des cinq établissements de la MRC des Etchemins.

Dans le schéma suivant, nous illustrons cette problématique.

Figure 18
Schéma de la problématique



CHAPITRE VI

LE POINT D'ANCRAGE

1. Introduction au point d'ancrage

Cette étape consiste à définir le but poursuivi, la méthodologie utilisée et les parties de l'organisation engagées dans les changements proposés.

Le point d'ancrage détermine la perspective sous laquelle la problématique sera étudiée et fixe les paramètres essentiels du système d'activités humaines devant servir de référence pour étudier la situation problématique qui a été définie²⁹. Dans les pages qui suivent, nous établirons les préalables à l'implantation du plan d'organisation et expliquerons notre point de vue sur cette question.

2. La définition du point d'ancrage

La conception d'un plan d'organisation est un ensemble d'activités qui visent à prévoir dans le temps les unités administratives, la répartition des responsabilités et les relations existant entre elles de façon à assurer la mission de l'organisation.

²⁹ Paul Prévost (1983), Le diagnostic-intervention: une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action, LEER, p. 45.

Cette stratégie conceptuelle vise à rationaliser le partage des rôles entre les différentes unités administratives de l'organisation ainsi que les liens organiques et formels qui les unissent.

De plus, cette stratégie a pour but d'assurer qu'à l'intérieur de chacun des sous-ensembles, toutes les responsabilités soient assumées et qu'à ce niveau les liens d'intercomplémentarité soient définis avec précision.

Enfin, le plan d'organisation permet de décrire les caractéristiques majeures des principaux postes de direction supérieure et intermédiaire de même qu'il permet d'établir la répartition des responsabilités entre ceux-ci.

3. La validation du point d'ancrage

La méthode utilisée pour ce diagnostic-intervention (méthodologie de Checkland, 1972) nécessite une validation du point d'ancrage.

Pour ce faire, il s'agit de vérifier la présence de tous les éléments dont nous avons besoin pour poursuivre notre démarche (PECTAP).

Propriétaire du système: Le conseil d'administration unifié.

Environnement: Les autres sous-systèmes de l'organisation et l'environnement externe à l'organisation, plus particulièrement la régie régionale et le MSSS.

Clients:	La direction générale, les cadres et les employés de l'organisation intégrée.
Transformation:	Intégrer les ressources des cinq établissements par la conception d'un plan d'organisation et prévoir son implantation.
Acteurs:	Les administrateurs, les dirigeants et les employés du CHSLD-CH de la MRC des Etchemins.
Point de vue:	Doter le conseil d'administration unifié d'un plan d'organisation structural et fonctionnel, afin d'administrer les établissements sous sa responsabilité, en conformité avec sa mission et dans le respect de la loi et des règlements sur la santé et les services sociaux.

CHAPITRE VII

LE MODÈLE CONCEPTUEL

Dans les chapitres précédents, nous avons analysé les points majeurs de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (projet de loi n° 120), en fonction de leur incidence sur l'organisation des établissements de la MRC des Etchemins. Étant donné les objectifs et le mandat de notre recherche, nous avons par la suite examiné les acquis et la réalité des établissements concernés et défini la problématique soulevée par l'intégration des processus, en tenant compte de la structure et des activités des centres. Nous devons maintenant projeter cette organisation unifiée en concevant un plan d'organisation réaliste et réalisable.

Le présent chapitre porte sur le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit cette projection. Ce cadre nous permettra de préciser les concepts reliés à la notion de «plan d'organisation».

1. L'organisation

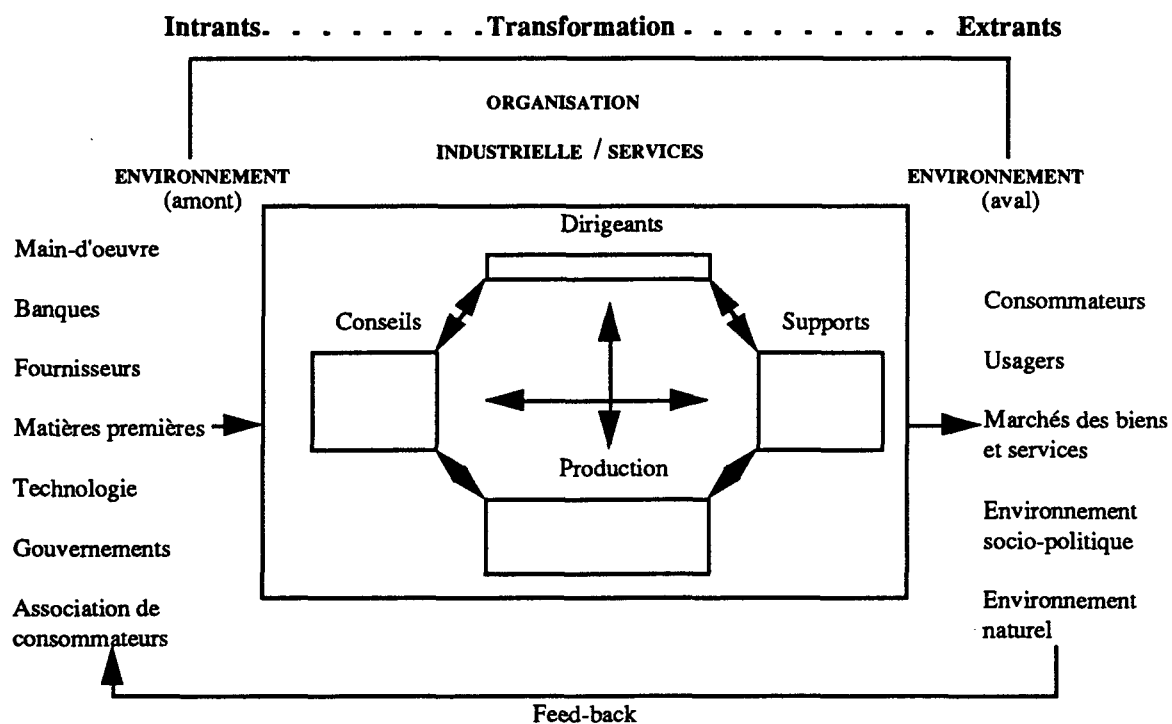
L'organisation est souvent décrite comme un système dont la raison d'être est de répondre aux besoins des clients, en leur fournissant des biens ou des services.

Pour Aktouff (1989), la vision de l'entreprise en tant qu'organisation n'a pas d'autre choix que de passer par l'approche systémique, dérivée de la théorie générale des systèmes³⁰.

³⁰ Omar Aktouff (1989), *Le management entre la tradition et le renouvellement*: Gaëtan Morin, p. 146.

Ce dernier nous propose «une vue systémique de l'organisation» dans le schéma suivant.

Figure 19
Une vue systémique de l'organisation



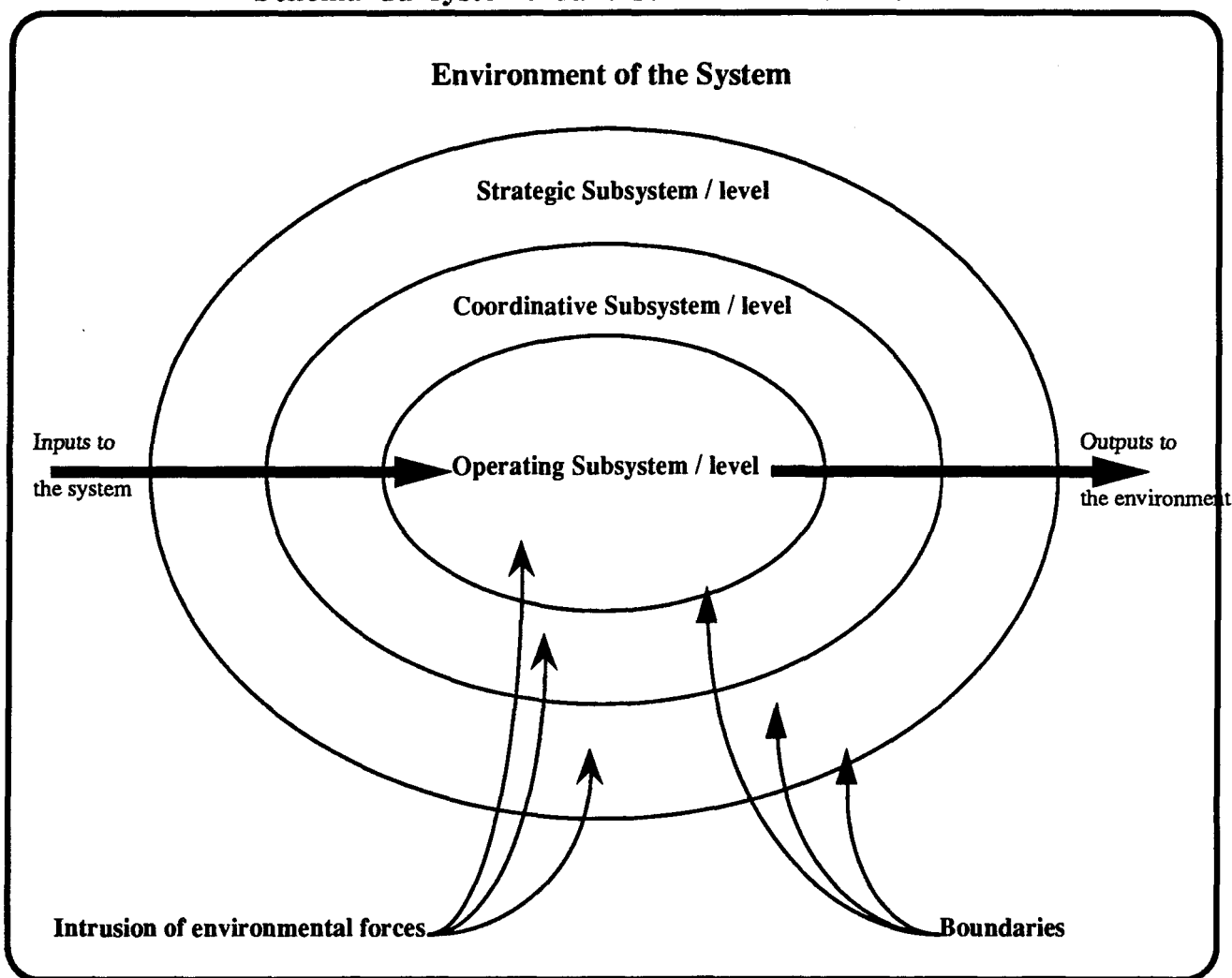
Source: Omar Aktouff, Le management entre la tradition et le renouvellement, Gaëtan Morin, 1989, p. 146.

Kast et Rosenzweig viennent ajouter à cette vision systémique de l'organisation en notant que:

L'organisation est un tout organisé, composé de deux ou de plusieurs parties interdépendantes (sous-systèmes), délimité de son suprasystème environnemental par des frontières identifiables³¹.

Ces derniers illustrent les sous-systèmes qui composent l'organisation de la façon suivante:

Figure 20
Schéma du système dans son environnement



Source: Kast et Rosenzweig, Organization and Management: A Systems and Contingency Approach, p. 107.

³¹ Fremont C. Kast et James C. Rosenzweig, Organization and Management: A Systems and Contingency Approach, New-York: McGraw-Hill Book Compagny, p. 107.

2. Le plan

À l'origine du terme planification, nous retrouvons le mot «plan» qui vient du latin *planus* signifiant «sans aspérité ni inégalité» et renvoyant à la notion de surface plane.

Le sens que l'on donne à ce terme avec le contenu renvoyant à l'acte de planifier, n'apparaît que vers le XVII^e siècle. Il signifie alors: projet élaboré, comportant une suite ordonnée d'opérations destinées à atteindre un but³².

Élaborer un plan ou planifier peut signifier «organisation selon un plan» selon le même auteur.

La littérature reconnaît trois niveaux de planification:

- 1- la planification stratégique;
- 2- la planification structurelle;
- 3- la planification opérationnelle.

La planification structurelle (Desjardins 1973, Nadeau 1973) devient pour certains auteurs la «planification tactique»³³.

La planification stratégique s'intéresse davantage à «l'identification des problèmes, à la fixation des buts et à l'établissement des priorités de l'entreprise ou de l'organisme»³⁴. C'est ce niveau de planification qui doit fixer les orientations et les activités futures de l'organisation (entreprise).

³² Omar Aktouff (1989), Le management entre la tradition et le renouvellement, Gaëtan Morin, p. 102.

³³ R. Pineault et C. Daveluy (1986), La planification de la santé concepts, méthodes et stratégie, Montréal, Agence d'Arc, 480 p.

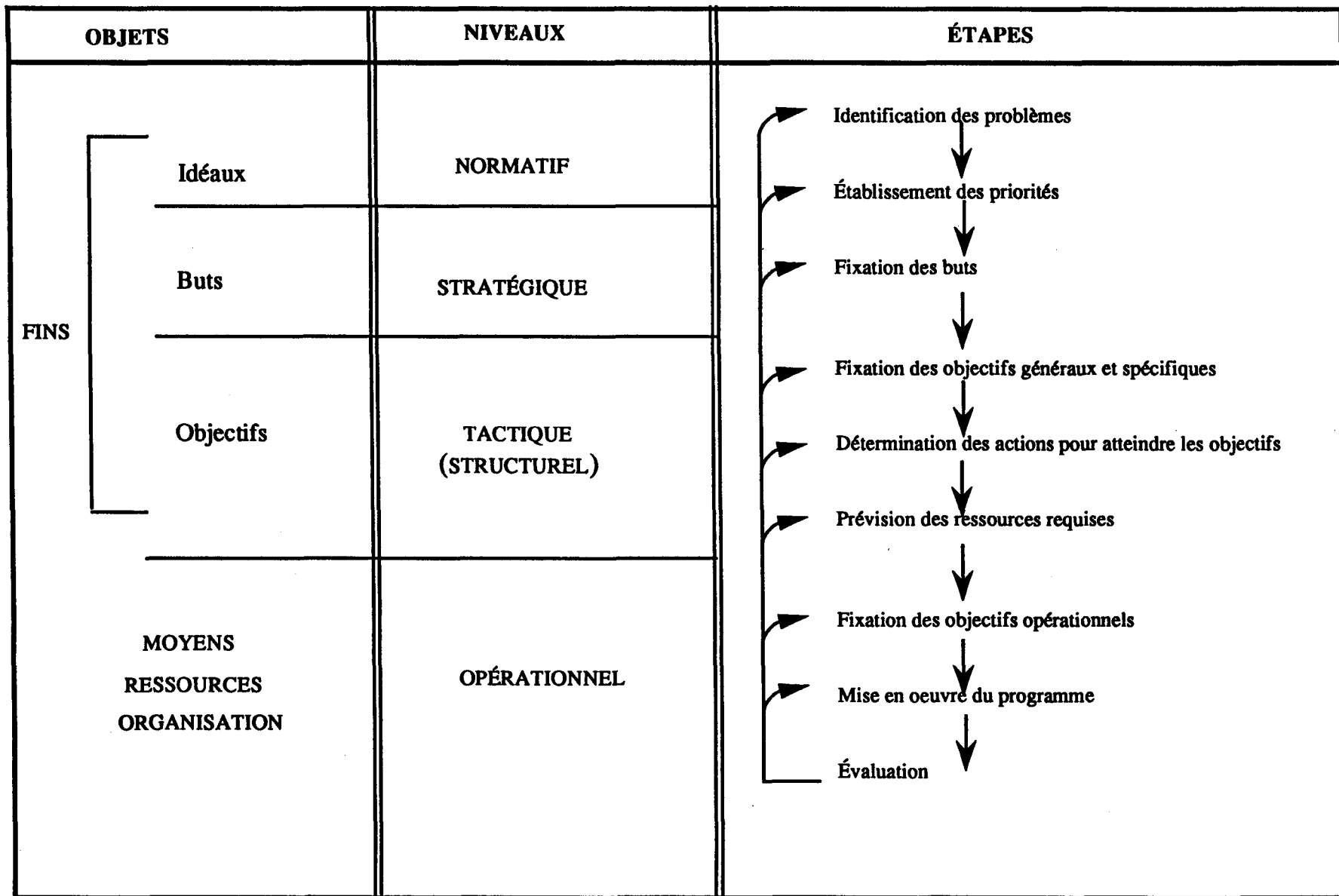
³⁴ Adaptation de la définition de Pineault et Daveluy.

La planification structurelle ou tactique s'intéresse principalement aux moyens et à l'agencement de ces moyens pour atteindre les buts fixés.

Enfin, la planification opérationnelle indique les façons concrètes d'agir, tâche par tâche et au jour le jour.

Schématiquement, Pineault et Daveluy nous montrent les objets, niveaux et étapes de la planification de la façon suivante (voir Figure 21).

Figure 21
L'intégration des objets, niveaux et étapes de planification



Source: élaboré à partir des figures 1.9 et 1.18 de Pineault et Daveluy, p. 39 et 59, tiré de Michelle Auclair (1989), Un cadre méthodologique pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan d'organisation de services aux personnes âgées.

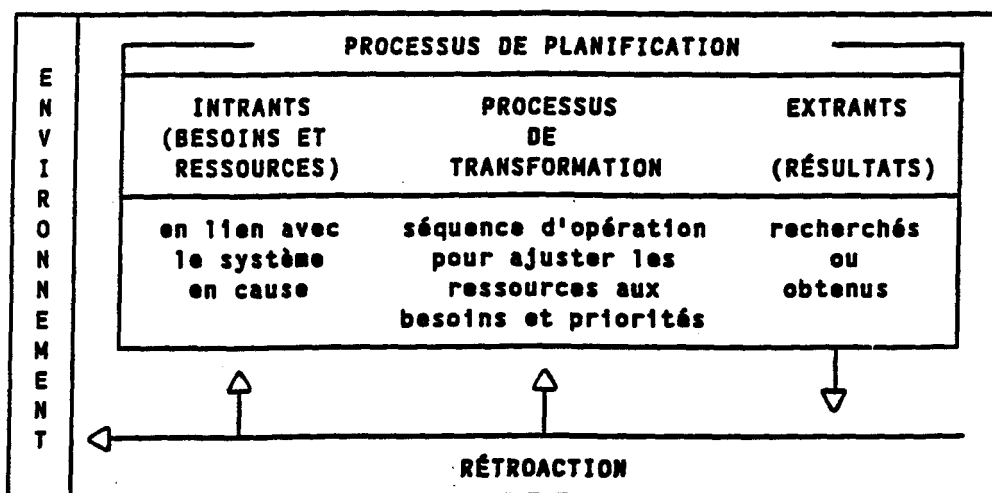
3. Le plan d'organisation

Aux étapes 1 et 2 il faut ajouter l'approche systémique sur laquelle se base notre mémoire.

L'approche systémique en planification préconise une vision globale des problèmes axés sur les interrelations existant entre les diverses composantes du problème et leur environnement, lui-même considéré comme une multitude de forces facilitantes ou contraignantes. (Riverin, 1984; Harnois, 1985; Pineault et Daveluy, 1986; Thouez, 1987.)

Le MSSS (1989 b, p.6) illustre ainsi l'approche systémique en planification.

Figure 22
L'approche systémique en planification



Source: tiré d'une figure non identifiée du MSSS (1989b, p. 6) à partir de la figure proposée par Harnois (1985).

Nous pouvons donc conclure que le plan d'organisation est basé sur la planification à la fois stratégique, structurelle ou tactique et opérationnelle.

Compte tenu que notre mandat est de réaliser ce plan pour les niveaux hiérarchiques supérieur et intermédiaire, il n'est pas dans notre intention de planifier les opérations quotidiennes ou au jour le jour.

Nous nous attarderons plutôt à la définition de la mission du nouvel organisme, aux objectifs poursuivis par le regroupement des établissements, aux moyens et à leur agencement pour atteindre les objectifs inscrits dans la loi et ses règlements.

Nous examinerons aussi les sous-systèmes et le suprasystème environnemental dans leurs interrelations.

Le modèle conceptuel et le cadre théorique déjà établis devront nous permettre de répondre aux besoins des structures fonctionnelles du nouvel organisme: le CHSLD (CH) de la MRC des Etchemins.

Après avoir passé en revue l'organisation actuelle, nous devons projeter celle-ci dans une «intégration» réalisable.

Les chapitres suivants se consacreront à remodeler l'organisation actuelle en une organisation unifiée.

Connaissant les principes d'accessibilité universelle ainsi que les objectifs d'efficacité et d'efficience contenus dans la loi, et ayant par ailleurs une bonne connaissance du milieu (de ses forces et de ses faiblesses), nous possédons les éléments nécessaires pour concevoir un plan d'organisation du CHSLD (CH) de la MRC des Etchemins.

En faisant appel aux éléments essentiels de la planification stratégique et tactique et en adoptant l'approche systémique, base théorique de notre recherche, nous procéderons aux opérations suivantes:

- 1- définir la mission d'un CHSLD (CH);
- 2- identifier les objectifs de l'organisation;
- 3- évaluer les changements occasionnés dans l'environnement et les ressources;
- 4- identifier les contraintes internes et externes;
- 5- établir un plan opérationnel par l'identification des tâches, leur coordination et les liens hiérarchiques;
- 6- vérifier la cohérence et la viabilité du plan.

Par la suite, nous établirons une stratégie d'implantation en proposant un échéancier. Notre objectif principal étant de concevoir un plan d'organisation qui intègre tous les éléments significatifs de l'environnement et de l'organisation elle-même, nous souhaitons que cette recherche puisse répondre aux attentes du milieu concerné.

CHAPITRE VIII

DÉFINITION DE LA MISSION DE L'ORGANISATION

1. La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée

L'article 83 de la loi nous fournit les paramètres, en termes services et de clients, selon lesquels un centre d'hébergement et de soins de longue durée doit investir ses ressources.

La mission d'un CHSLD est d'offrir, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage. (Art. 83)

Par définition, la mission est la «raison d'être» d'une organisation, en vertu de laquelle les décideurs orientent les objectifs, les programmes de services et l'utilisation des ressources.

Pour bien saisir l'ampleur de cette mission, nous procéderons à l'analyse détaillée des éléments clés de cette définition.

- **Offrir d'une façon temporaire ou permanente**

Ceci implique que la personne admise qui a reçu des services appropriés et une restauration de son autonomie peut retourner dans son milieu de vie naturel. Aussi, les services doivent être orientés vers cette possibilité. Toutefois, si l'autonomie souhaitée n'est

pas retrouvée, l'établissement doit prévoir un milieu de vie de qualité et le plus près possible du milieu naturel.

- **Les services offerts**

- 1° **Hébergement:** on entend généralement des services d'alimentation, de buanderie-lingerie et d'entretien ménager.
- 2° **Soutien:** service thérapeutique de loisirs, diététique, physiothérapie, ergothérapie, pastorale, etc.
- 3° **Surveillance:** service rattaché aux soins infirmiers et à la sécurité.
- 4° **Réadaptation:** service destiné à aider la personne à retrouver son autonomie physique ou son équilibre psychique ainsi que social.
- 5° **Psychosocial:** service qui aide la personne à fonctionner «normalement» dans son environnement social.
- 6° **Infirmier:** comprend la gamme de services infirmiers.
- 7° **Pharmaceutique:** médicaments et services professionnels afférents.
- 8° **Médical:** suivi médical de traitements, examens, consultations, prescriptions par des professionnels de cette discipline.

- **À une clientèle adulte**

On entend par adulte toute personne âgée d'au moins 18 ans. La clientèle adulte qui peut bénéficier des services offerts en CHSLD est cependant restreinte par ce qui suit.

Cette clientèle est en perte d'autonomie fonctionnelle et psychosociale et (qui) ne peut plus demeurer dans son milieu de vie naturel malgré le support de son entourage.

Cette distinction, dans la clientèle potentielle d'un CHSLD, est précisée par une évaluation d'ordre médical et psychosocial laquelle (CTMSP)³⁵ indique les besoins de la personne, son degré d'autonomie et les services qu'elle requiert. Après cette évaluation, la personne est référée à un type d'établissement en mesure de répondre à ses besoins.

Un facteur supplémentaire relatif à la clientèle, non traité dans la loi mais souvent respecté par le réseau des établissements d'hébergement, est celui de la proximité du CHSLD du milieu de vie naturel du bénéficiaire et de l'établissement qui l'accueille.

- **Perte d'autonomie fonctionnelle et psychosociale**

Une perte d'autonomie fait référence à l'incapacité physique ou psychologique de faire face, en tout ou en partie, à ses obligations personnelles ou sociales.

- **Ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage**

Cette clientèle est jugée inapte, physiquement ou psychologiquement, à demeurer au domicile ou dans une ressource «légère» du réseau malgré le soutien accordé par les aidants, le réseau de services à domicile des CHSLD ou le centre de jour.

Le CHSLD des Etchemins devra orienter ses services vers cette clientèle et ce, pour l'ensemble du territoire couvert.

Aussi, pour palier des hospitalisations prolongées sans raison, pour permettre aux familles de soutien de faire face à certaines obligations ou besoins, ou encore pour éviter

³⁵ Classification par types en milieu de soins et de services prolongés.

l'aggravation d'une maladie, les CHSLD peuvent être appelés à offrir un service de dépannage, d'évaluation ou de convalescence. Ce service est offert dans le cadre de l'hébergement temporaire.

Des conditions environnementales et démographiques laissent présager que les CHSLD auront une clientèle en perte d'autonomie plus sévère, variée et présentant des besoins plus nombreux.

L'augmentation des services de maintien à domicile et la diminution prévue du nombre de lits d'hébergement viennent valider ces prévisions.

Le CHSLD peut également exploiter, en plus de ses installations, un centre de jour ou un hôpital de jour. Tenant compte de la volonté accrue des personnes à demeurer à domicile et de l'emphase mise sur ce programme par le Ministère, nous pouvons envisager une augmentation substantielle des services offerts par le centre de jour, principalement en ce qui concerne les services psychosociaux et de réadaptation physique.

Pour ce qui est de l'hôpital de jour, nous ne développons pas le sujet puisque les services n'existent pas actuellement et que sa mise en marche n'est prévue qu'à très long terme.

2. La mission d'un centre hospitalier psychiatrique

La loi ne fournit aucune explication de la mission psychiatrique d'un centre hospitalier. Pour en avoir une définition approximative, nous devons nous référer à la définition de la mission (générale) d'un centre hospitalier.

La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. (Art. 81)

Pour analyser à fond cette mission, nous nous référons au plan régional d'organisation de services (PROS) en santé mentale qui spécifie la clientèle et les services à offrir par le centre hospitalier (Sanatorium Bégin).

- **Clientèle**

Personnes de 18 ans et plus ayant des troubles mentaux sévères et persistants.

- **Services de courte durée**

- Participer au système territorial d'accueil, d'intervention et de suivi de crise, accessible 24/7, en offrant un service d'urgence psychiatrique en CH pour la clientèle en phase aiguë.
- Dispenser des services d'accueil, d'évaluation psychiatrique et d'orientation auprès des personnes ayant des troubles mentaux transitoires ou persistants et celles en phase aiguë.

- Assurer un traitement spécialisé, dans un contexte de multidisciplinarité, auprès des personnes ayant des troubles mentaux transitoires, persistants et en phase aiguë par des activités thérapeutiques de moyen et de long terme, exercées soit à l'externe, soit à l'interne (hospitalisation de courte durée).
- Offrir des services de réadaptation thérapeutique aux personnes ayant des troubles mentaux transitoires ou persistants, tant à l'interne qu'à l'externe.
- Rendre disponible un service de consultation-liaison auprès des départements des CH, des CHSCD sans département de psychiatrie, des CLSC et des différents établissements et organismes communautaires engagés auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de celles ayant une problématique dite particulière ou associée.
- Contribuer au maintien dans la communauté des personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants et nécessitant parfois une hospitalisation de plus de 90 jours.
- Participer à l'élaboration et à l'application du plan de services individualisés (PSI).
- collaborer au système d'accès au traitement de longue durée psychiatrique et aux services de réadaptation et réintégration sociale.
- Offrir des services spécialisés pour personnes déficientes intellectuelles présentant des troubles mentaux sévères et résidant dans la région 12.
- Rendre accessibles des services de réadaptation thérapeutique en centre de jour et de soir et en milieu de travail.
- Offrir des services de réadaptation par les ressources intermédiaires et dans les ressources résidentielles du secteur communautaire aux personnes en processus d'intégration ou de réintégration sociale.

- Rendre accessibles des personnes-ressources en santé mentale dans le cadre des programmes de formation en déficience intellectuelle (volet santé mentale).
- **Service de longue durée**
 - Élaborer et amorcer son plan de désinstitutionnalisation.
 - Assurer un traitement spécialisé, dans un contexte de multidisciplinarité, auprès des personnes adultes ayant des troubles mentaux sévères et persistants et résistant au traitement spécialisé habituellement accessible en CHSCD.
 - Offrir des services de réadaptation thérapeutique, à l'interne, aux personnes adultes ayant des troubles mentaux sévères et persistants.
 - Offrir des services de traitement spécialisé, dans un contexte de multidisciplinarité, aux personnes âgées ayant des troubles mentaux sévères et persistants avec troubles majeurs du comportement.
 - Participer à l'élaboration et à l'application du plan de services individualisé (PSI), notamment auprès des personnes concernées par le plan de désinstitutionnalisation.
 - Participer au système d'accès aux traitements de longue durée psychiatrique et aux services de réadaptation et réintégration sociale.
 - Dispenser des services de réadaptation à l'interne et à l'externe (foyer de groupe) aux personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants.
 - Offrir des services d'hébergement à l'interne et en pavillon à l'intention des personnes prises en charge par l'établissement et présentant des troubles mentaux persistants et nécessitant un encadrement trop important pour les ressources communautaires.

Les services qui sont inclus dans la mission d'un centre hospitalier doivent être orientés vers une clientèle psychiatrique dans le contexte de cette recherche.

La clientèle atteinte de déficience intellectuelle précitée fait l'objet d'une «désinstitutionnalisation» en collaboration avec le centre Victor-Cloutier de Saint-Georges de Beauce.

Il faut cependant préciser que cette clientèle particulière est subdivisée en deux catégories soit:

- atteinte de déficience légère;
- atteinte de déficience sévère.

La désinstitutionnalisation ne touche que les clients atteints de déficience «légère».

Les services hospitaliers que le centre doit offrir à sa clientèle en conformité avec sa mission et sa classe sont les suivants:

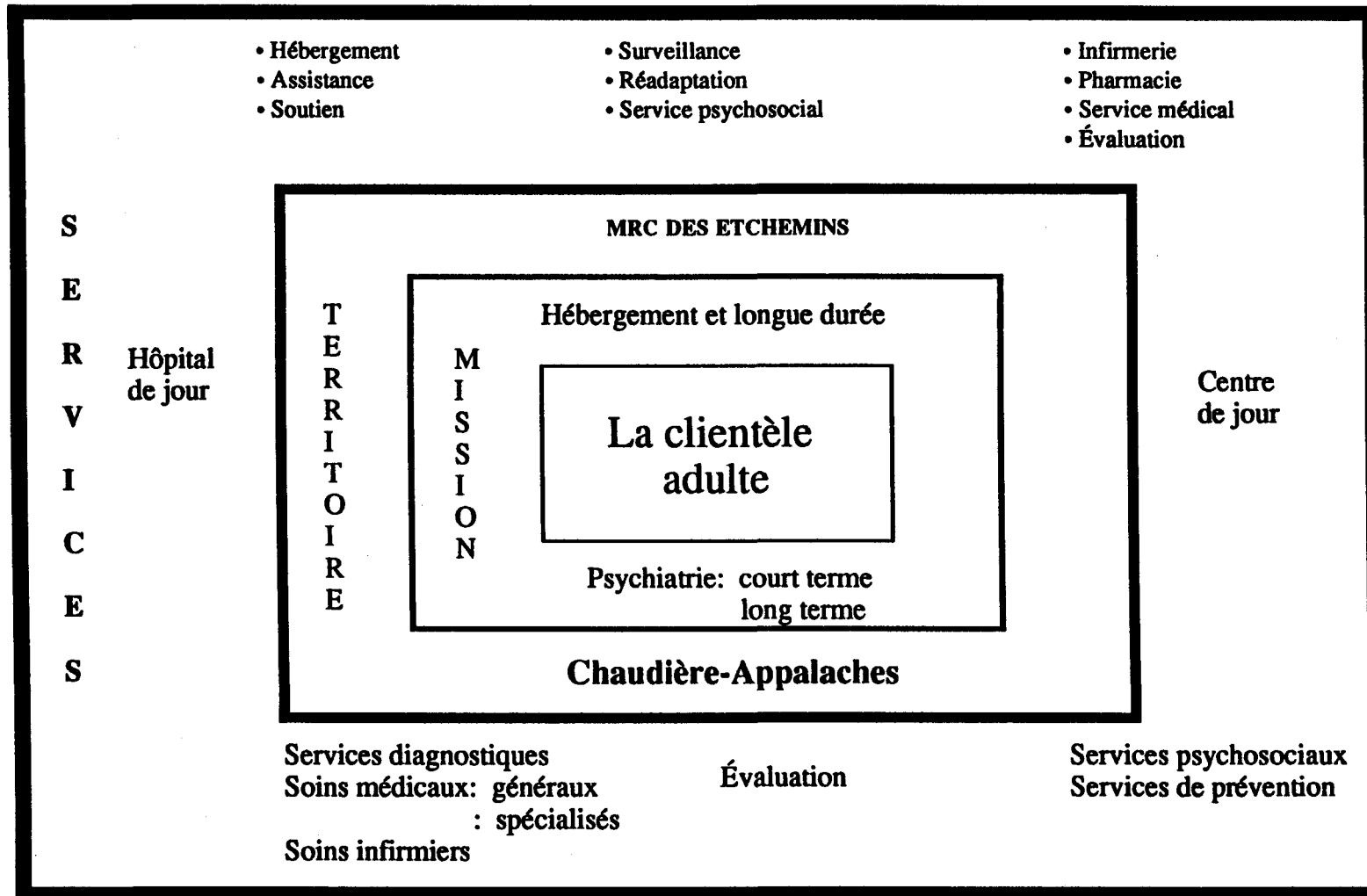
- services diagnostiques: laboratoire, radiologie, électrocardiographie, etc.;
- services médicaux et spécialisés: la gamme de services rendus par des médecins omnipraticiens et par les médecins spécialisés en psychiatrie;
- soins infirmiers: gamme de services professionnels en relation avec le traitement, le soutien et le suivi;
- services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation: psychologie, services sociaux et services de réhabilitation au travail et à la vie de groupe;
- services d'évaluation: nécessite une équipe multidisciplinaire pour orienter l'utilisateur selon des besoins identifiés.

Tels sont, de façon générale, la clientèle à laquelle devra répondre le CHSLD-CH de la MRC des Etchemins et les services qui devront lui être offerts.

Le schéma suivant illustre l'ensemble de cette mission CHSLD (CH).

Figure 23

**Schéma des missions du centre d'hébergement et de soins de longue durée
de la MRC des Etchemins**



CHAPITRE IX

LES OBJECTIFS DU REGROUPEMENT

Dans la loi, le législateur nous indique plusieurs objectifs poursuivis, les moyens d'atteindre ces objectifs et les grandes lignes qui ont guidé ses actions. (Art. 1, 2 et 3.)

Nous percevons nettement que la loi est orientée vers des objectifs de santé pour l'ensemble de la population. La «personne» en tant qu'individu payeur, décideur et consommateur de services est au centre de cette orientation.

La centralisation du réseau sur des objectifs de résultats ouvre la porte à une gestion plus efficace et efficiente des ressources. L'orientation très claire de la loi en faveur d'une gestion décentralisée fait partie des objectifs majeurs de la loi et porte à penser que le législateur veut responsabiliser les régions face à la capacité de payer de l'État et à ses responsabilités en regard de la santé de sa population.

Les priorités de services aux personnes les plus diminuées telles les personnes âgées, les jeunes en difficulté, les personnes handicapées, alcooliques et toxicomanes et les services aux nations autochtones sont très visibles autant dans la loi que dans la politique de santé et de bien-être du Ministère³⁶.

³⁶ Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, La politique de la santé et du bien-être, 2e trimestre 1992.

En plus d'adopter les objectifs, les orientations et les priorités contenus dans la loi, le Comité de regroupement des établissements de la MRC des Etchemins s'est doté de quelques spécificités décrites ci-après.

1. Spécificités à l'égard de la clientèle

Le Comité de regroupement des établissements de la MRC des Etchemins entend:

- Intégrer la philosophie d'intervention issue du modèle de Lee H. Bowker³⁷ :

L'approche globale de type bio-psychosocial considère la personne dans son ensemble, comme un tout intégrant les dimensions interreliées des composantes physiologiques, psychologiques et sociales, qui fait d'elle un être humain unique...

- réaliser des interventions de prévention, de maintien ou de réadaptation de l'autonomie bio-psychosociale de la personne en misant sur ses capacités, ses forces et le fruit de ses expériences antérieures d'adaptation au changement;
- favoriser, s'il y a lieu, le maintien ou la réintégration de la personne dans son milieu de vie naturel, notamment lorsque ses capacités fonctionnelles sont temporairement perturbées;
- assurer la mise en place des conditions nécessaires pour lui fournir la meilleure qualité de vie possible et un état de bien-être acceptable;
- développer le concept de «qualité totale» dans les services offerts;
- doter l'établissement d'un code d'éthique et de déontologie;
- intégrer au fonctionnement général un processus qui permette aux usagers le dépôt et le suivi des plaintes ainsi que le respect des droits des usagers;

³⁷ Association des centres d'accueil du Québec (1991), Cadre de référence, Les services gérontologiques en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour adultes en perte d'autonomie, juillet, p. 10.

- adopter les finalités et les buts généraux inscrits dans le PROS en santé mentale.

2. Spécificités à l'égard de l'utilisation des ressources

Le Comité entend également:

- réduire l'impact du regroupement sur les ressources humaines;
- procéder à l'intégration des activités par priorités de secteur;
- établir un comité consultatif «d'implantation» de la réforme;
- utiliser les ressources disponibles pour répondre adéquatement aux objectifs de la loi;
- adopter une philosophie de gestion qui s'oriente vers un processus de décentralisation adapté aux besoins;
- favoriser la gestion participative;
- implanter une structure fonctionnelle qui permette l'atteinte des objectifs de résultats.

3. Spécificités à l'égard de la population de la MRC

Le Comité entend en outre:

- offrir la gamme complète de services en conformité avec les ressources disponibles et les missions établies (d'hébergement et de psychiatrie);
- rechercher, en concertation avec ses partenaires, l'adaptation constante des ressources de l'établissement et du milieu environnant à l'évolution des besoins perçus;
- favoriser l'intégration de la personne admise ou inscrite à la vie de la communauté extérieure ou à celle de son entourage et promouvoir la participation de la communauté ou de son entourage à la vie de la personne admise ou inscrite.

Nous avons énuméré plusieurs objectifs en relation avec la clientèle, les services et leur accessibilité. Les décideurs auront à préciser les priorités et les ressources à y consacrer.

Il serait important que la structure de l'établissement puisse intégrer certains objectifs au secteur de la programmation et de la planification; ceci permettrait d'une part, d'assurer une concertation quant aux actions à entreprendre et aux ressources à attribuer et, d'autre part, d'assurer une supervision des résultats attendus.

Note: Les objectifs précités sont extraits des sources suivantes:

- Loi sur la santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (projet de loi n° 120);
- diverses publications de l'Association des centres d'accueil du Québec (1991-1992);
- Politique de santé et de bien-être, MSSS, 1992;
- documents du Comité de regroupement des établissements de la MRC des Etchemins.

CHAPITRE X

LES CHANGEMENTS OCCASIONNÉS

1. Dans l'environnement

Dans le chapitre IV, nous avons analysé l'environnement général et spécifique des cinq établissements de la MRC des Etchemins faisant l'objet de cette recherche.

Il appert que la Loi sur les services de santé et les services sociaux (projet de loi n° 120) vient modifier certaines relations dans l'environnement général des établissements. Quant à l'environnement spécifique, sauf en ce qui a trait à l'élargissement de la clientèle psychiatrique, la situation demeure inchangée.

Les relations entre le MSSS, la régie régionale et les établissements subiront quelques changements importants. Il s'agit de penser aux fonctions reliées à l'allocation des ressources financières qui, sous le chapitre S-5 de la loi, provenaient directement du Ministère et qui sous la loi qui nous occupe parviendront aux établissements par la régie régionale. La régie régionale aura comme rôles et responsabilités la mise en oeuvre et le contrôle, quant aux orientations, des services à la clientèle de la région.

Le Ministère, par la loi, oriente davantage ses actions vers l'établissement de politiques et de programmes et approuve les plans régionaux d'organisation de services répartis équitablement entre les régions, les ressources, etc.

Nous percevons ici clairement le mouvement de régionalisation qui a pour but de responsabiliser les régions et les établissements.

Ceci implique que les régies régionales auront davantage de pouvoir de décision et de contrôle ainsi qu'obligatoirement une présence accrue auprès des établissements. C'est ce qui nous laisse entrevoir des changements importants dans les relations trilatérales Ministère-régie-établissements.

L'intégration des activités des centres et la centralisation de certaines activités administratives occasionneront aussi des bouleversements dans le micro-environnement. Nous les aborderons dans le chapitre portant sur le «plan fonctionnel».

2. Dans les ressources

Dans cette section, nous nous garderons volontairement de revenir sur les modifications apportées au conseil d'administration et à la direction générale. Nous avons déjà indiqué plus haut que ces ressources devenaient «unifiées» pour administrer et gérer les cinq établissements.

Nous nous attarderons plutôt aux modifications apportées, par la loi et par l'intégration des activités, aux ressources suivantes:

- ressources scientifiques et cliniques;
- ressources humaines, financières, matérielles et techniques;

- ressources familiales et intermédiaires.

2.1 Ressources scientifiques et cliniques

La loi fait mention de particularités et d'obligations qui touchent la conception d'une structure organisationnelle scientifique et clinique, dont voici la liste:

- **Centre hospitalier**

- Prévoir un plan d'organisation professionnel et clinique (art. 183);
- prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques (art. 184);
- prévoir les effectifs médicaux, généraux et spécialisés (art. 184);
- prévoir un département de médecine générale à la demande du ministre (art. 185);
- nommer un chef par département clinique (art. 188);
- nommer un directeur des services professionnels (art. 202);
- nommer un directeur des soins infirmiers (art. 206);
- prévoir un comité de médecins, dentistes et pharmaciens (art. 213);
- prévoir un comité des infirmiers et infirmières (art. 219);
- prévoir un conseil multidisciplinaire (art. 226).

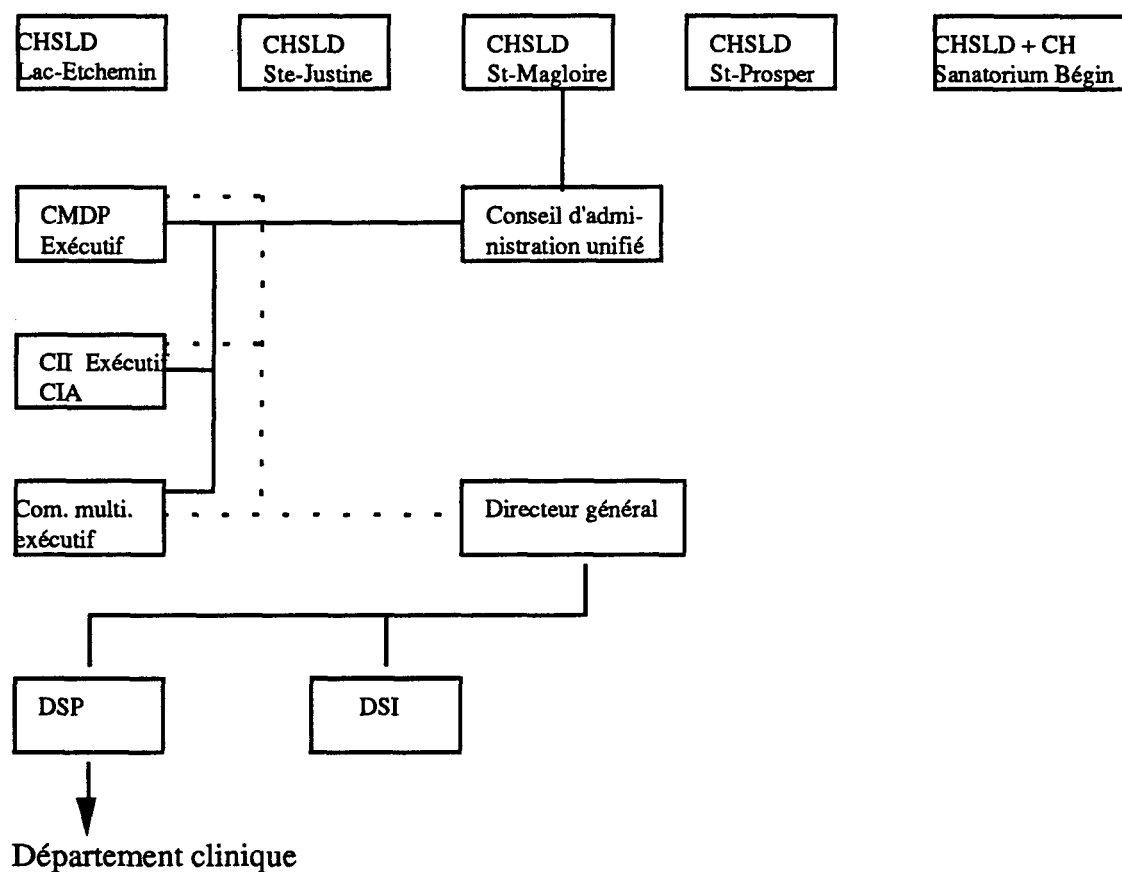
- **Centre d'hébergement et de soins de longue durée**

- Prévoir un plan d'organisation professionnel et clinique;
- prévoir la possibilité d'un directeur des services professionnels et d'un directeur des soins infirmiers tel qu'il a été mentionné précédemment;

- prévoir les comités (CMDP, CII, Conseil multidisciplinaire).

La présence des deux catégories d'établissements (CHSLD et CH) et la loi nous proposent les liens hiérarchiques suivants:

Figure 24
Schéma organisationnel: aspects professionnels et cliniques



Ce schéma nous montre les liens hiérarchiques et conseils que prévoit la loi dans son aspect professionnel et clinique.

Dans ce schéma, la loi fixe les liens qui correspondent à des responsabilités envers l'établissement, le Ministère, ses pairs, la régie régionale ainsi qu'envers les clients.

Nous compléterons ce schéma dans le chapitre portant sur le plan d'organisation fonctionnelle en ce qui concerne les cadres supérieurs et intermédiaires. À cette occasion, nous formulerons une hypothèse d'organigramme et de structure fonctionnelle globale.

2.2 Ressources humaines, financières, matérielles et techniques

Ressources humaines

Le regroupement des établissements fera passer le nombre d'accréditations syndicales de 8 à 13.

L'article 231 de la loi exige un plan de développement du personnel et l'établissement d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues du personnel.

Ressources financières

Avant le 1er avril de chaque année, la régie régionale fait connaître à chaque conseil d'administration des établissements visés aux articles 119 à 125 le montant total des sommes qu'elle affecte aux budgets de fonctionnement des établissements que chacun de ces conseils administre. (Art. 285)

Ceci nous indique que le conseil d'administration des établissements regroupés devra établir un budget de fonctionnement pour chacun des établissements ou «centres de services» qu'il administre.

Le contrôle budgétaire et le plan de redressement, s'il y a lieu, devront se faire sur la même base.

Cette façon de procéder au plan budgétaire est rendue nécessaire puisque les établissements sont et demeurent légalement la propriété d'une corporation aussi longtemps qu'il n'y aura pas fusion ou intégration.

En plus de l'aspect budgétaire, l'intégration des activités financières des établissements regroupés apportera une nécessaire centralisation dans les secteurs de la paie, de la comptabilité et des achats.

Ressources matérielles et techniques

Aucune modification légale n'est envisagée. L'intégration des activités apportera une augmentation du volume d'activités sur le plan de la planification et du contrôle.

2.3 Ressources familiales et intermédiaires

Un établissement public peut recourir aux services d'une ressource intermédiaire aux fins de réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite. (Art. 301)

Un établissement identifié par la régie régionale peut recourir aux services d'une ressource de type familial aux fins de placement d'adultes ou de personnes âgées. (Art. 310)

Ces deux articles indiquent la possibilité qu'ont les établissements face aux ressources intermédiaires et de type familial.

La loi d'application (projet de loi 15) mentionne que:

Seuls les établissements qui maintiennent déjà des liens avec ces ressources et ce jusqu'au 1er avril 1994 (Intermédiaires) et au 1er avril 1993 (type familial) pourront continuer d'utiliser ces ressources. (Art. 619.27)

Ces articles font référence à l'abolition, par la loi, du lien qui existait entre le centre de services sociaux et ces catégories de ressources.

En ce qui concerne les établissements regroupés de la MRC des Etchemins, autant pour le secteur d'hébergement longue durée que pour celui de la psychiatrie, il existe déjà des liens avec ces ressources intermédiaires et familiales.

Il est donc prévisible que ces ressources soient intégrées au fonctionnement du CHSLD des Etchemins. Cette modification apporterait du personnel en assistance sociale et nécessairement le budget correspondant.

3. Les contraintes internes et externes

3.1 Contraintes internes

Le regroupement devra vivre avec certaines contraintes internes reliées à l'intégration des activités des cinq établissements à la double mission (CHSLD) (CH) de l'organisation et au choix des cultures organisationnelles.

L'arrimage avec la loi bouleversera les habitudes de travail, les mentalités et les philosophies de gestion interne qu'avait développées chacune des directions autonomes.

L'approche individuelle que se donnaient des établissements, tant envers les services à la clientèle qu'envers la catégorie ou strate de clientèle, devra être repensée en fonction de la mission actuelle (clientèle adulte par rapport aux personnes âgées).

La double mission de l'établissement devra cohabiter harmonieusement dans l'esprit et dans les faits, ce qui laisse entendre que l'importance d'une mission devra être maintenue sans nuire à l'expansion ou à la continuité de l'autre.

Les principales contraintes seront davantage ressenties sur le plan fonctionnel que structurel. Les ressources humaines supérieures et intermédiaires seront davantage affectées que les ressources humaines opérationnelles de la base.

La rationalisation (baisse) du nombre de lits d'hébergement et de soins de longue durée devra préoccuper les décideurs. Sans être liée au regroupement, cette contrainte pourra affecter les ressources humaines et financières. Le plan triennal déposé par les établissements ne devrait pas modifier la structure du personnel déjà en place dans les établissements. Cependant, si le plan de diminution des lits devait se continuer, une planification de diminution d'emplois ou tout au moins une réorientation des tâches de travail devrait être mise en branle.

3.2 Contraintes externes

Les mandats de la loi vers les régies régionales et l'autonomie embryonnaire de la région seront à l'origine d'ajustements nécessaires.

La mission psychiatrique régionale dévolue au centre hospitalier, reconnue par le regroupement, donnera une expansion potentielle à ce secteur. Le PROS en santé mentale et la politique de la santé et du bien-être du Ministère auront des influences insoupçonnées actuellement mais certaines. Ce secteur devra être à l'affût des orientations et se préparer à adapter son fonctionnement et ses services à la nouvelle demande potentielle.

Les coupures budgétaires amorcées par le Ministère et l'augmentation des demandes de services feront certainement partie des contraintes externes auxquelles devra faire face l'établissement regroupé.

Les contraintes énumérées ci-haut ne sont que prévisibles ou potentielles. Nous les avons soulevées dans le seul but de sensibiliser les dirigeants du regroupement à prévenir les problèmes qu'elles pourraient engendrer.

Le chapitre suivant nous fera voir les changements structuraux et fonctionnels que la loi et l'intégration des activités des établissements imposent.

CHAPITRE XI

LE PLAN FONCTIONNEL

1. La structure des «programmes»

Dans la section précédente, nous avons fait ressortir les éléments structuraux et fonctionnels de l'organisation unifiée quant aux niveaux hiérarchiques supérieurs, à l'organisation clinique et professionnelle ainsi qu'aux comités aviseurs professionnels. Nous avons aussi fait mention des principales modifications apportées par la loi et de l'intégration des activités des établissements.

Nous devons poursuivre cette réflexion pour mettre la dernière main à la structure administrative de l'organisation unifiée.

Dans cette structuration, il nous faut tenir compte des programmes en place et des services à la clientèle en relation avec les missions et les objectifs déjà établis.

À l'examen de la définition des missions, donnée au chapitre VIII, nous pouvons constater une concordance avec la notion de programme.

Un programme est constitué par:

Un ensemble ordonné, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement avec les ressources nécessaires, dans le but

d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec des problèmes précis de santé et ce, pour une population définie. (Pineault et Daveluy, 1986)

Nous pouvons relever dans cette définition de programme des éléments distinctifs qui s'adaptent aux missions. Pour ce faire, nous pouvons nous attarder à la «clientèle desservie». D'une part, nous sommes en face d'une clientèle d'hébergement et de longue durée qui est en perte d'autonomie physique et fonctionnelle et qui présente une problématique d'ordre psychosocial. La majeure partie de cette clientèle est âgée ou vieillissante.

D'autre part, la clientèle qui présente des troubles mentaux ou une déficience intellectuelle se retrouve en grande partie chez les adultes moins âgés. Les services à rendre à cette clientèle sont davantage orientés vers les soins médicaux, la réadaptation sociale et la réadaptation psychosociale.

Les objectifs de ces programmes étant distincts, il est important de traiter en parallèle les services, les activités et le traitement, de façon à répondre adéquatement à leurs problèmes spécifiques. À partir de ces considérations, nous pouvons envisager la mise sur pied de programmes distincts. Le premier répondant à la problématique d'hébergement de longue durée et le second orienté vers la santé mentale.

En plus de desservir une clientèle variée, nous avons à faire face à des territoires hétérogènes (Etchemins/Chaudière-Appalaches) et à une structure de services tout aussi différente (CHSLD/CH).

Aussi proposons-nous la création d'une direction de l'hébergement et d'une direction de la santé mentale. Ces directions, tout en étant distinctes par la clientèle desservie, doivent avoir les mêmes responsabilités.

Les responsabilités attribuées à ces directions sont les suivantes:

- élaborer, coordonner et contrôler les activités reliées à l'application du PROS dans chacune des unités de vie;
- contrôler les résultats du PROS;
- coordonner l'ensemble des autres activités dans les unités de vie³⁸;
- participer au processus d'orientation et d'admission de la clientèle;
- assumer la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles pour les services sous sa juridiction.

Ces deux directions doivent avoir un lien hiérarchique direct avec la direction générale.

2. Les structures des services administratifs

Nous nous pencherons, dans cette section, sur le soutien des services administratifs à inclure dans la structure globale de l'organisation.

Parmi ces services administratifs, nous reconnaissons trois activités majeures:

- gestion de ressources financières;
- gestion des ressources humaines;

³⁸ Unité de vie: centre de services ou département de services.

- gestion des ressources matérielles et techniques.

2.1 La gestion des ressources financières

Nous avons constaté, dans le chapitre IV traitant de l'organisation actuelle de ce service, que la gestion des ressources financières était sous la responsabilité du directeur général et d'un commis principal en ce qui concerne les CAH.

Dans le centre hospitalier, cette responsabilité revient à un directeur des finances assisté des chefs des services de la paie, de la comptabilité et de l'approvisionnement.

Nous devons maintenant examiner à nouveau ce secteur dans l'optique d'un regroupement des établissements.

En plus de ses activités habituelles (budget, paie, comptabilité, rapports financiers, etc.), ce secteur devra être en mesure de réaliser les activités financières des cinq centres de services.

En tenant compte du fait que la régie régionale transmettra à «l'établissement» un seul budget et que ce budget sera établi vraisemblablement par programme (hébergement ou santé mentale), nous croyons que certaines activités, telles la paie, la comptabilité et l'approvisionnement, devraient faire l'objet d'une standardisation et d'une centralisation.

Cependant, pour respecter l'autonomie des corporations propriétaires, le budget devra être réparti équitablement entre les cinq établissements jusqu'à ce qu'une procédure légale mette fin à cet état de fait.

Ceci représente une augmentation significative de la tâche en ce qui a trait à la planification et au contrôle budgétaire. Les éléments de distinction des «programmes» ajoutent aussi à cette modification du processus budgétaire.

Nous verrons dans le schéma organisationnel global (Figure 25) la structure de ce secteur ainsi que ses liens hiérarchiques.

L'ajout d'un «conseiller en budgétisation» nous apparaît opportun dans ce cas.

La tâche de ce conseiller consistera principalement à:

- coordonner l'application du processus annuel de planification budgétaire;
- élaborer les projections financières périodiques, effectuer les analyses de coûts et de performance ainsi que celles des systèmes de gestion existants;
- exercer un contrôle en matière de budget;
- agir ou donner des directives en ce qui concerne les activités ou les processus spécifiques et souvent spécialisés qui s'inscrivent à l'intérieur de son champ de compétence;
- exercer une fonction-conseil auprès d'un ou plusieurs cadres selon le besoin de l'organisation.

2.2 La gestion des ressources humaines

Dans ce secteur d'activités, nous avons été à même de constater que les CAH ne possédaient aucune structure distincte. Le directeur général et le responsable des soins se partageaient les tâches relatives à la gestion des ressources humaines.

Le centre hospitalier possédait une structure distincte avec un directeur des ressources humaines et un conseiller en gestion des ressources humaines.

De plus, ce directeur susmentionné a sous sa responsabilité les sous-sections de formation du personnel et des services de santé destinés au personnel.

Le secteur des ressources humaines devrait être en mesure de prendre en charge l'ensemble des activités-conseils.

Il faut cependant prendre en considération certains faits ou obligations qui viennent s'ajouter à la tâche existante:

- le lien employeur-employé qui demeure à l'égard des corporations propriétaires;
- l'ajout de cinq accréditations syndicales (de 8 à 13);
- les obligations des articles 231 à 234 (Plan d'action de développement du personnel et code d'éthique);
- l'application quotidienne des règles des conventions collectives.

Nous sommes à même de constater l'augmentation substantielle de la tâche et des responsabilités de la direction des ressources humaines.

Pour réaliser adéquatement les tâches dévolues à ce secteur, nous suggérons l'ajout d'un conseiller en relations de travail. Cette personne aurait à assumer les différentes tâches reliées à son titre d'emploi et à soutenir les centres de services dans la gestion des ressources humaines.

Le schéma organisationnel global (Figure 25) nous fera voir la structure de ce secteur ainsi que ses liens hiérarchiques.

2.3 La gestion des ressources matérielles et techniques

Il nous apparaît que la structure du centre hospitalier est suffisamment élaborée et complète pour réaliser, sans ajout, l'ensemble des activités correspondant à ce secteur.

Pour cette raison, nous suggérons de laisser intacte la structure du secteur des ressources matérielles et techniques. (Voir l'organigramme du CH.)

2.4 Les droits et les plaintes des usagers, la gestion des risques et de la qualité

Les chapitres I, II et III de la loi font mention des «droits des usagers» du «dossier de l'utilisateur» et des «plaintes des usagers» de même que des obligations des établissements à l'égard des usagers.

L'article 29 mentionne l'obligation pour l'établissement de confier le dossier des plaintes à un cadre supérieur.

Le préjugé favorable à l'égard de l'usager est inscrit dès le début de la loi par le législateur.

Ainsi, dans l'ensemble de la loi, nous notons le souci du législateur à inciter les établissements à rendre des services de qualité.

Cette qualité doit se traduire par un accès facilité aux services, sans distinction de race, de religion, de langue ou de sexe, et ce à un coût raisonnable. La loi cherche à assurer un service qui réponde aux besoins de la personne à un coût le plus bas possible.

Pour répondre aux obligations de qualité, d'efficacité et d'efficience des services offerts aux usagers, de même que pour bien tenir compte des droits de ces derniers, nous proposons de confier le traitement des plaintes ainsi que la gestion des risques et de la qualité à une personne ayant le statut de «cadre».

Étant donné les tâches assumées par ce cadre, nous sommes d'avis qu'il doit relever de la direction générale et ce, à titre de cadre-conseil à la direction générale.

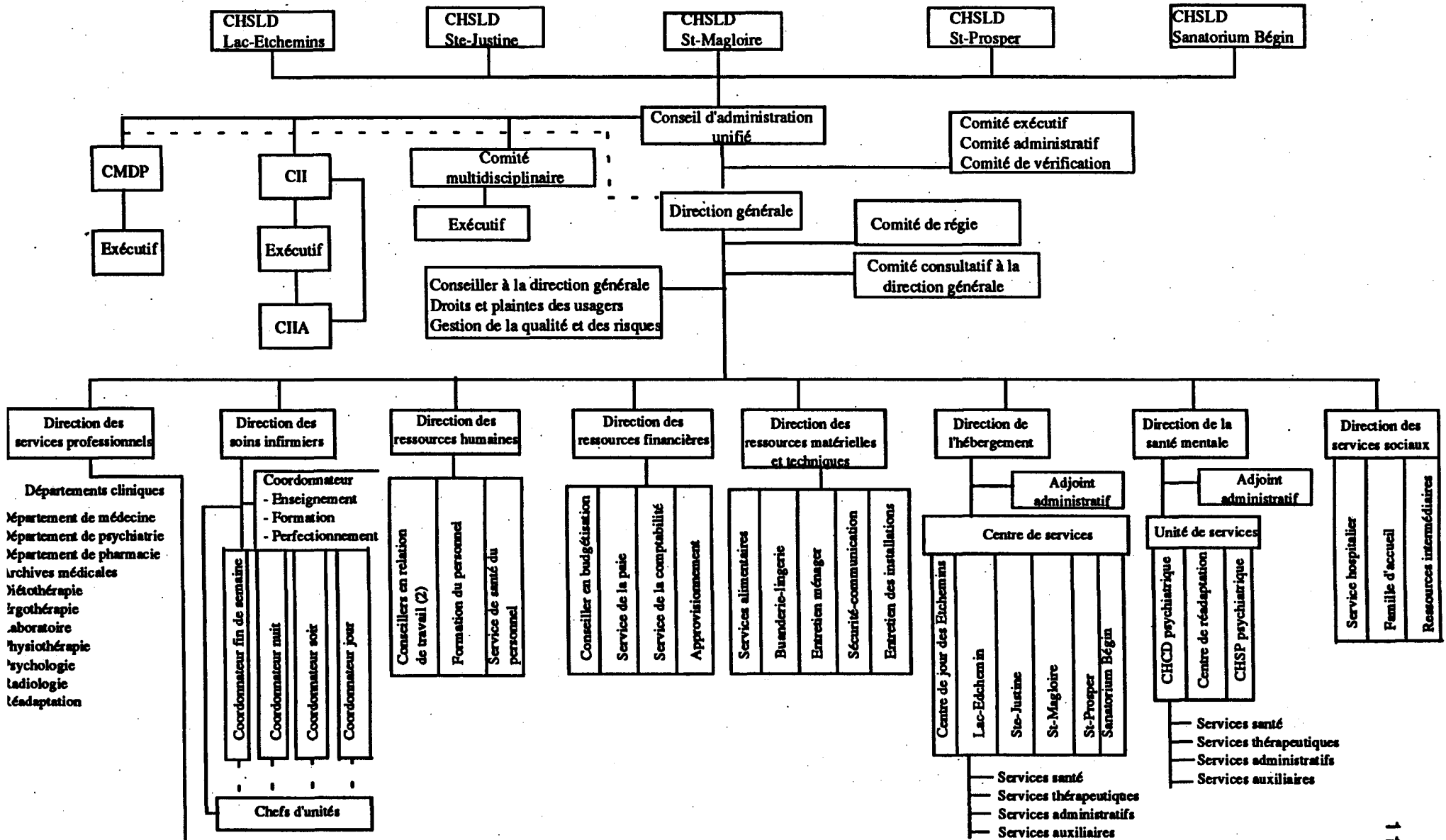
Les mandats confiés au cadre-conseil seront les suivants:

- concevoir un recueil des «droits des usagers» et favoriser son application;
- gérer le dossier des plaintes jusqu'au règlement final;
- instaurer un barème de qualité dans les services et contrôler son application;

- gérer le dossier des risques (par ex.: normes sur l'utilisation des produits dangereux).

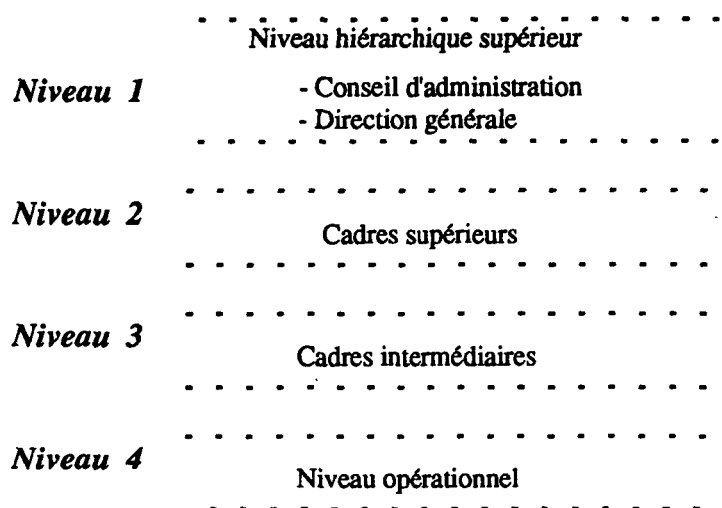
Après avoir passé en revue les rôles et responsabilités inhérentes à chacun des sous-systèmes de l'organisation, nous tenterons, à l'aide d'un schéma, de synthétiser l'ensemble de nos propositions.

Figure 25
Proposition d'organigramme pour le CHSLD des Etchemins



Nous pouvons tirer du schéma précédent un schéma organisationnel aplati dans sa structure de gestion et décentralisé dans ses fonctions.

Figure 26
Sommaire des niveaux hiérarchiques de l'organisation unifiée



Ce plan d'organisation permet de couvrir l'ensemble des responsabilités dévolues à l'établissement, de sauvegarder sa culture organisationnelle et de le positionner d'une façon opérationnelle pour la réalisation de ses deux grandes missions.

Le schéma précédent comporte quatre grands secteurs d'activités.

1- secteur hiérarchique supérieur:

- . conseil d'administration;
- . directeur général.

Ce secteur s'intéresse principalement à la planification globale, à la coordination des activités, à l'établissement des orientations générales ainsi qu'au contrôle des activités.

2- Le secteur professionnel et clinique:

- . la direction des services professionnels
- . la direction des soins sociaux;
- . la direction des services infirmiers.

Ce secteur est principalement responsable des actes professionnels et techniques posés par son personnel spécialisé.

3- Le secteur administratif:

- . la direction des ressources financières;
- . la direction des ressources humaines;
- . la direction des ressources matérielles et techniques;
- . le conseiller à la direction générale.

Ce secteur a davantage un rôle de soutien et de logistique pour l'ensemble de l'organisation.

4- Le secteur des programmes:

- . la direction de l'hébergement;
- . la direction de la santé mentale.

Enfin, ce secteur a un rôle de programmation pour l'ensemble du secteur et un rôle de gestion des unités de services.

Nous avons, à ce stade-ci, réalisé quatre des cinq objectifs que nous nous étions fixés en commençant cette recherche (chapitre II, point 4).

Le dernier objectif est celui de planifier un calendrier d'implantation de la nouvelle organisation. Le chapitre suivant porte sur ce calendrier.

CHAPITRE XII

L'IMPLANTATION DU PLAN D'ORGANISATION

1. Les étapes de l'implantation

Pour réaliser cette phase, nous procéderons à l'élaboration d'un graphique qui nous permettra de visualiser les étapes importantes de l'implantation du plan d'organisation.

Ce graphique s'inspire d'un auteur du XXe siècle, Henry L. Gantt.

Tableau 7
Calendrier d'implantation du plan d'organisation

Activités/périodes:	sept. 92	oct. 92	nov. 92	déc. 92	janv. 93	avr. 93	juin 93	sept. 93
A: Entrée en fonction								
B: Directeur général								
C: Plan intermédiaire								
D: Conseillers-cadres								
E: Principes (CA)								
F: Consultation								
G: Plan d'organisation								
H: Dépôt (MSSS)								
I: Dépôt (Régie)								
J: Mise en opération								

Voir le détail des activités à la page suivante.

Implantation du plan d'organisation, détail des activités:

- A- entrée en fonction du conseil d'administration unifié;
- B- nomination du directeur général;
- C- mise en vigueur du plan intérimaire de fonctionnement, adopté par le conseil d'administration;
- D- procédure de nomination des conseillers-cadres à la direction générale (anciens directeurs généraux) selon les décrets 1179-92;
- E- adoption par le conseil d'administration des principes directeurs du plan d'organisation;
- F- consultation interne sur la fonctionnalité du plan d'organisation;
- G- adoption d'un plan d'organisation par le conseil d'administration;
- H- dépôt, pour étude, du plan d'organisation à la Direction des relations de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- I- dépôt, pour étude, du plan d'organisation à la Régie régionale (région 12);
- J- mise en opération du plan d'organisation.

Afin d'assurer la continuité des activités, nous suggérons de procéder à la nomination des conseillers-cadres à la direction générale au moyen du décret 1179-92 et sous l'autorité des articles 26 et 159 (6e), suivant la classification autorisée par le Ministère.

Au moment de la mise en vigueur du plan d'organisation (sept. 93), nous suggérons d'abolir les postes de conseillers-cadres à la direction générale et, selon les critères de compétence et d'intérêt personnel, de combler les postes vacants au sein de l'organisation.

Ceci permettra de régulariser l'ensemble du plan d'organisation et d'éviter des situations conflictuelles.

Note: Ces conseillers-cadres à la direction générale sont des anciens directeurs généraux et peuvent être nommés pour trois ans avec garantie d'emploi et de conditions de travail selon les mesures de stabilité d'emploi des directeurs généraux émises par le Centre de référence des directeurs généraux et des cadres.

2. Les coûts de l'implantation

Au cours de la période d'implantation intérimaire, il faut prévoir la diminution d'un poste (directeur général) due à la retraite. Étant donné l'abolition de ce poste, les employés qui ne sont pas cadres actuellement devraient être reconduits au poste de directeur général ou de conseiller-cadre.

La masse salariale globale des cadres diminuera pendant cette période. Pour quantifier précisément cette dernière, nous devons attendre la reclassification des postes de conseillers-cadres et celle du directeur général, par le Ministère.

Cependant, nous pouvons prévoir qu'il n'y aura pas d'augmentation mais plutôt une légère baisse de la masse salariale globale.

Au 15 octobre 1992	Au 15 novembre 1992
5 directeurs généraux	1 directeur général
5 cadres supérieurs	3 conseillers cadres
	1 retraité
	5 cadres supérieurs

Lorsque le plan d'organisation sera mis en application, nous aurons l'image suivante:

Au 15 novembre 1992	En septembre 1993 (selon nos prévisions)
1 directeur général	1 directeur général
3 conseillers-cadres	8 cadres supérieurs
5 cadres supérieurs	(incluant le cadre-conseil à la direction générale)

En bout de ligne, ceci nous laisse entrevoir une diminution de quatre directeurs généraux et un ajout de trois cadres supérieurs pour l'ensemble de l'organisation.

Note: la Direction des services sociaux n'est pas comptabilisée. Ceci fait partie d'un transfert d'effectifs pour le Centre de services sociaux.

À notre avis, il n'y aura que peu d'économie réalisée en ce qui concerne la masse salariale globale. Cependant, une économie intéressante pourra être obtenue par la rationalisation des frais d'exploitation.

L'intérêt de ce schéma organisationnel tient surtout à la préoccupation unifiée qu'auront les centres de services à l'égard d'une clientèle donnée.

Il est prévisible que cette préoccupation engendrera une philosophie d'intervention cohérente et une perception globale des problèmes reliés à la santé et aux services sociaux

pour le territoire des Etchemins, ce qui entraînera une amélioration marquée dans les services offerts à la clientèle.

CONCLUSION

Le besoin de faire appel à une méthode d'analyse globale de problèmes complexes nous a amené à adopter l'approche systémique.

La méthode privilégiée dans cette recherche a été empruntée à la méthodologie de P.B. Checkland. Elle est connue sous le nom de «diagnostic-intervention associé au diagnostic organisationnel et à la recherche-action». L'ouvrage de synthèse du professeur Paul Prévost de l'UQAC nous a guidé dans la mise en application de cette méthode de recherche.

Au départ, notre mandat était de «concevoir un plan d'organisation» dans le but d'intégrer cinq établissements de santé et de services sociaux de la MRC des Etchemins. Cependant, notre objectif sous-jacent était de parvenir à une connaissance approfondie de la réalité et des particularités des établissements en cause.

La méthodologie utilisée nous a permis de réaliser cet objectif en faisant participer certains acteurs ou processus et en soumettant régulièrement nos écrits à des personnes issues du milieu.

La méthodologie de Checkland n'est certes pas unique. Cependant, elle possède les caractéristiques nécessaires pour être applicable à plusieurs situations. Elle permet aussi une adaptation aux changements en cours de cheminement.

Plusieurs éléments tels la loi qui nous occupe, les délais inhérents à son application, les contraintes internes et externes et plusieurs autres déjà mentionnés, étaient incontournables. Il nous fallait travailler avec ces «irritants».

Grâce à cette méthode, nous étions forcé d'examiner continuellement tous ces éléments dans leurs interrelations et leur globalité.

En ce qui concerne la définition de la problématique, il nous faut mentionner qu'il n'était nullement dans notre intention de faire ressortir les problèmes internes des organisations à l'étude. Avec toutes les contraintes et les difficultés que cette démarche impose, nous avons délibérément mis l'accent sur l'intégration des activités de ces organisations.

Il nous faut aussi mentionner que cette méthode met beaucoup d'emphasis sur la description de l'organisation.

Le temps investi pour introduire la problématique (diagnostic) en rapport avec la description de l'intervention à effectuer est quelque peu disproportionné.

Le temps consacré à l'utilisation de cette méthode, s'il était comptabilisé, serait certainement trop important pour qu'elle soit largement utilisée.

Cependant, à sa décharge, la recherche-action est l'approche tout indiquée pour apporter des changements dans une organisation complexe et comportant un système d'activités humaines.

C'est pourquoi nous avons cru bon de faire l'exercice, puisque cette méthode est souple et incite les intervenants à interagir dans un processus de changement.

À travers cette recherche, nous avons beaucoup appris. Celle-ci nous a amené à connaître davantage les acquis des établissements, leur environnement, leur fonctionnement, leurs objectifs d'intervention ainsi que leurs missions et leur clientèle.

De plus, nous avons dû analyser les orientations et les obligations contenues dans la nouvelle loi.

Après avoir compris et intégré ce qui précède, il nous a fallu projeter une organisation unifiée dans ses activités, avec tous les impondérables, mais aussi en imaginant les difficultés à contourner et les critères de succès à établir.

Par la planification stratégique et tactique, nous avons voulu faire ressortir deux importantes notions de gestion, soit la planification et le contrôle:

- la planification, pour guider l'organisation dans le développement de ses missions et l'établissement de ses objectifs;
- le contrôle, pour mesurer les performances et les résultats attendus et, au besoin, réorienter les missions et les objectifs en fonction des résultats espérés.

Pour parachever cette recherche, selon la méthodologie utilisée, il nous faudrait faire l'implantation du plan d'organisation et y apporter les ajustements nécessaires. C'est ce que certains auteurs appellent «fermer la boucle».

L'étalement prévu dans l'application de la loi (projet de loi n° 15) ainsi que les exigences universitaires (décembre 1992) nous obligent à présenter un calendrier d'implantation et à faire quelques recommandations quant à l'application du plan d'organisation.

Les connaissances que nous avons acquises à travers cette recherche sont inestimables. Nous espérons que notre travail, par les principes qu'il sous-tend et les points pratiques qu'il développe, servira aux décideurs de l'organisation. Nous espérons aussi qu'il servira à la clientèle visée en améliorant les services qui lui seront offerts à travers le réexamen des missions et des objectifs de l'organisation.

ANNEXE I
PLAN-CADRE DE LA RÉORGANISATION DES
RESSOURCES D'HÉBERGEMENT
RÉGION 12

D'ANALYSE POUR L'ACTUALISATION DU PLAN CADRE DE LA RÉORGANISATION DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT ET DE LONGUE DURÉE DE LA RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES (12)

SITUATION DU CRSSS (03-12)

Territoire	Lits au permis	Lits en 91-03-31	Lits en Dévelop	Reduction	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Total
			Héb. temp	Lits %	Lits %	Lits %	Lits %	Lits %
Objectif	338	142	2	194 57%	37 19%	78 40%	79 41%	194 100%

SITUATION DU TERRITOIRE

Établissement	Lits au permis	Lits occ 91-03-31	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Total	Lits en 2001	Taux de satisfaction
			Lits %	Lits %	Lits %	Lits %		91-03-31 Ph. 1 Ph. 2 Ph. 3
Sanatorium Bégin	153	127	28 14%	25 13%	34 18%	87 45%	66	nd nd nd nd
St-Justine	28	28	0 0%	7 4%	9 5%	16 8%	12	68% 68% 121% 282%
St-Eldémir	78	74	0 0%	28 14%	17 9%	45 23%	33	61% 61% 139% 253%
St-Magloire	33	30	0 0%	8 4%	11 6%	19 10%	14	65% 65% 114% 274%
Hospitalité	46	42	0 0%	14 7%	13 7%	27 14%	19	64% 64% 133% 287%
TOTAL	338	301	28 14%	82 42%	84 43%	194 100%	144	

QUIS DU TERRITOIRE A LA RÉORGANISATION

Travailler avec le CLSC de nouveaux critères
pour l'hébergement.
Permettre et supporter les ressources intermédiaires.
Faire un meilleur contrôle sur les admissions.
Orienter des usagers vers des ressources plus légères.
Arriver des lits spécifiques pour fins d'évaluation.
Mettre en place de programmes de réadaptation intensive
des établissements en vue de réorienter des usagers
vers des ressources plus légères

- g) Établir des règles interétablissement afin d'équilibrer les ressources des unités.
- h) Poursuivre la formation des intervenants.
- i) Déterminer avec les autres territoires à qui revient la responsabilité d'accueillir des adultes de 50 ans et moins en grande perte d'autonomie
- j) Réallocation interétablissement pour assurer une équité et atteindre un taux de satisfaction à 82%.
- k) Établir à 3,23 heures le ratio des heures travaillées

- l) Respecter les conventions collectives en ce qui a trait à la sécurité d'emploi.
- m) Conserver les autres composantes au niveau actuel
- n) Obtenir les garanties budgétaires et les règles d'application pour éviter que des établissements soient placés dans une impasse.
- o) Réaliser l'ensemble du plan cadre sur une période de 10 ans au lieu de 5 ans.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Date: 8 mai 1992

DOCUMENT DE TRAVAIL

- Garanties du Ministère (contribution des bénéficiaires et protection des budgets régionaux (12))
- Garanties du CRSSS (pour cette opération nous utilisons les heures travaillées requises et budgétées du 31 mars 1991 et entendons respecter l'application des conventions collectives)
- Les règles régissant la présentation de ce document sont celles acceptées par le comité avisé
- Les propositions devront tenir compte des installations physiques actuelles.

Economies potentielles, taux satisf. 82%	Phase 1	Phase 2	Phase 3
1. (estimé)			
664 300 \$	593 125 \$	806 650 \$	
0 \$	106 236 \$	246 779 \$	
0 \$	450 786 \$	429 975 \$	
0 \$	101 732 \$	306 360 \$	
0 \$	205 446 \$	330 358 \$	
Voir analyse			
0 \$	1 457 325 \$	2 120 122 \$	

- Récupération potentielle de 50% du budget de fonctionnement moyen provincial (130 \$ par jour)

ANALYSE: PROPOSITION DU TERRITOIRE

- Tous les établissements sont concernés par la réorganisation
- 37 lits sont vacants au 91-03-31
- L'économie potentielle pour la phase 1 de 664 300 \$ a déjà été réinvestie à l'intérieur du Sanatorium Bégin, un bilan financier sera déposé sous peu.
- Les économies du Sanatorium Bégin doivent être analysées en tenant compte des programmes santé mentale et déficience intellectuelle
- L'objectif du territoire est projeté sur 10 ans
- Plusieurs établissements sont de petite taille.
- Les heures travaillées requises demandées sont supérieures à la moyenne provinciale
- Plus de 1,4 \$ million en immobilisations ont été investis depuis 5 ans.

RECOMMANDATIONS DU CRSSS

- Les prérequis E, F, K et O, ne doivent pas être des conditions de réalisation du plan
- Actualisation du plan sur 5 ans
- Sanatorium Bégin, enveloppe protégée hébergement
- S'assurer que les heures travaillées requises respectent la norme du 82% de taux de satisfaction
- Acceptation des phases 1 et 2 en fonction des lits vacants au 92-03-31
- Nouvelle proposition pour la phase 3, compte tenu qu'une unité de vie ne peut être mise en place à 21 lits selon la norme du MSSS
- Autre hypothèse: réduction additionnelle en lits d'hébergement au Sanatorium Bégin
- et/ou fermeture d'établissement (s)

ELLE PROPOSITION

Établissement	Lits au permis	Lits occ 91-03-31	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Total	Lits en 2001	Taux de satisfaction	Economies potentielles, taux satisf. 82%	Investissement / 000 \$
			Lits %	Lits %	Lits %	Lits %		91-03-31 Ph. 1 Ph. 2 Ph. 3	Phase 1 Phase 2 Phase 3	1988-1993 à faire
Sanatorium Bégin	153	110	41 21%	31 16%	32 16%	104 54%	49	nd nd nd nd	0 \$ 735 475 \$ 759 200 \$	nd
St-Justine	28	24	4 2%	3 2%	0 0%	7 4%	21	68% 95% 121% 121%	25 903 \$ 82 019 \$ 0 \$	407 \$
St-Eldémir	78	62	16 8%	15 8%	15 8%	46 24%	32	61% 97% 153% 263%	130 882 \$ 407 969 \$ 407 969 \$	351 \$
St-Magloire	33	29	4 2%	4 2%	4 2%	12 6%	21	65% 86% 114% 153%	15 395 \$ 107 946 \$ 107 946 \$	484 \$
St-Hospitalité	46	38	8 4%	8 4%	9 5%	25 13%	21	64% 97% 147% 251%	60 843 \$ 209 025 \$ 235 153 \$	165 \$
TOTAL	338	263	73 38%	61 31%	60 31%	194 100%	144		200 023 \$ 1 542 434 \$ 1 510 268 \$	1 197 \$ 0 \$

REORGANISATION DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT DE LA RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES 12
SOMMAIRE DES ÉCONOMIES POTENTIELLES ET DES AJOUTS FINANCIERS POUR REHAUSSER
LE TAUX DE SATISFACTION À 82%

(réf. document du 8 mai 1992)

DOCUMENT DE TRAVAIL

TERRITOIRE	OBJECTIFS				RÉCUPÉRATION POTENTIELLE, PROPOSITION		
	LITS AU PERMIS	LITS EN 2001	LITS HÉB. TEMPO.	RÉDUC. TION	TERRITOIRE	CRSSS	ÉCART TERR. - CRSSS
FERMETURE							
DES ETCHÉMINES	338	142	2	194	4 241 747 \$	4 258 450 \$	(16 703 \$)
LA GUADELOUPE	421	287	3	131	338 145 \$	865 099 \$	(526 954 \$)
BEAUCÉ-CENTRE	268	117	2	149	956 790 \$	3 418 208 \$	(2 461 418 \$)
NOUVELLE-BEAUCÉ	239	175	2	62	180 046 \$	1 040 361 \$	(860 315 \$)
FRONTENAC	380	368	4	8	560 980 \$	720 625 \$	(159 645 \$)
APP/TRAVERSANT/R	403	363	4	36	593 125 \$	282 265 \$	310 860 \$
BELLECHASSE	289	232	3	54	0 \$	0 \$	0 \$
ARTHUR-CAUX	198	191	2	5	0 \$	1 679 \$	(1 679 \$)
TOTAL	2536	1875	22	639	6 870 833 \$	10 586 687 \$	(3 715 854 \$)

AJOUT FINANCIER TAUX DE SATISF. À 82%
0 \$
326 309 \$
0 \$
0 \$
436 912 \$
1 490 854 \$
301 897 \$
509 416 \$
3 065 388 \$

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
1. Garanties du Ministère (contribution des bénéficiaires et protection des budgets régionaux (12)).
2. Garanties du CRSSS (pour cette opération, nous utilisons les heures travaillées requises et budgétées du 31 mars 1991 et entendons respecter l'application des conventions collectives)
3. Les règles régissant la présentation de ce document sont celles acceptées par le comité aviseur.
4. Les propositions devront tenir compte des installations physiques actuelles
5. Ajustement des économies potentielles en fonction <ul style="list-style-type: none"> - statistiques (données de population) recensement 1990. - taux de satisfaction régional 1992-1993; - taux de satisfaction provincial 1992-1993.
6. Analyse d'impact sur la relocalisation des lits de CAH privées conventionnées dans le territoire ou hors territoire.
7. Les territoires Desjardins et Chaudière présentent une proposition partielle de développement. Le besoin total est un ajout de 345 lits

TERRITOIRE	OBJECTIFS				AJOUT FINANCIER, PROPOSITION		
	LITS AU PERMIS	LITS EN 2001	LITS HÉB. TEMPO.	AJOUT	TERRITOIRE	CRSSS	ÉCART TERR. - CRSSS
DÉVELOPPEMENT							
DESJARDINS	235	381	4	110 / 150	4 818 000 \$	4 818 000 \$	0 \$
CHAUDIÈRE	109	302	2	73 / 195	3 154 379 \$	3 154 379 \$	0 \$
TOTAL	344	683	6	183 / 345	7 972 379 \$	7 972 379 \$	0 \$

AJOUT FINANCIER TAUX DE SATISF. À 82%
537 783 \$
592 138 \$
1 129 921 \$

GRILLE D'ANALYSE POUR L'ACTUALISATION DU PLAN CADRE
DE LA RÉORGANISATION DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT
ET DE LONGUE DURÉE DE LA RÉGION CHAUDIERE-APPALACHES 12

CRSSS 03-17

8 MAI 1992

DOCUMENT DE TRAVAIL

ANALYSE POUR L'ACTUALISATION DU PLAN CADRE DE LA RÉORGANISATION DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT ET DE LONGUE DURÉE DE LA RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES (12)

PLAN DU CRSSS (03-12)

re :	Lits au permis	Lits en 2001	Develop. Héb. temp	Réduction Lits %	Phase 1 Lits %	Phase 2 Lits %	Phase 3 Lits %	Total Lits %
il	338	142	2	194 57%	37 19%	78 40%	79 41%	194 100%

PLAN DU TERRITOIRE

ement	Lits au permis	Lits occ 91-03-31	Phase 1 Lits %	Phase 2 Lits %	Phase 3 Lits %	Total Lits %	Lits en 2001	Taux de satisfaction 91-03-31	ph. 1	Ph. 2	Ph. 3
Bégin	153	127	28 14%	25 13%	34 18%	87 45%	66	nd	nd	nd	nd
ustine	28	28	0 0%	7 4%	9 5%	16 8%	12	68%	68%	121%	282%
chemin	78	74	0 0%	28 14%	17 9%	45 23%	33	61%	61%	139%	253%
agloire	33	30	0 0%	8 4%	11 6%	19 10%	14	65%	65%	114%	274%
spitalité	46	42	0 0%	14 7%	13 7%	27 14%	19	64%	64%	133%	287%
AL	338	301	28 14%	82 42%	84 43%	194 100%	144				

IS DU TERRITOIRE A LA RÉORGANISATION

vec le CLSC de nouveaux critères
l'hébergement.

voir et supporter les ressources intermédiaires.
un meilleur contrôle sur les admissions.
ser des usagers vers des ressources plus légères.
r des lits spécifiques pour fins d'évaluation.
place de programmes de réadaptation intensive
établissements en vue de réorienter des usagers
ressources plus légères.

- g) Établir des règles interétablissement afin d'équilibrer les ressources des unités.
h) Poursuivre la formation des intervenants.
i) Déterminer avec les autres territoires à qui revient la responsabilité d'accueillir des adultes de 50 ans et moins en grande perte d'autonomie.
j) Réallocation interétablissement pour assurer une équité et atteindre un taux de satisfaction à 82%.
k) Établir à 3,23 heures le ratio des heures travaillées

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Date 8 mai 1992

DOCUMENT DE TRAVAIL

- Garanties du Ministère (contribution des bénéficiaires et protection des budgets régionaux (12))
- Garanties du CRSSS (pour cette opération nous utilisons les heures travaillées requises et budgétées du 31 mars 1991 et entendons respecter l'application des conventions collectives)
- Les règles régissant la présentation de ce document sont celles acceptées par le comité avisé
- Les propositions devront tenir compte des installations physiques actuelles.

Economies potentielles, taux satisf. 82%	Phase 1	Phase 2	Phase 3
1. (estimé)	664 300 \$	593 125 \$	806 650 \$
	0 \$	106 236 \$	246 779 \$
	0 \$	450 786 \$	429 975 \$
	0 \$	101 732 \$	306 360 \$
	0 \$	205 446 \$	330 358 \$
Voir analyse	0 \$	1 457 325 \$	2 120 122 \$

- Récupération potentielle de 50% du budget de fonctionnement moyen provincial (130 \$ par jour).

- l) Respecter les conventions collectives en ce qui a trait à la sécurité d'emploi.
m) Conserver les autres composantes au niveau actuel.
n) Obtenir les garanties budgétaires et les règles d'application pour éviter que des établissements soient placés dans une impasse.
o) Réaliser l'ensemble du plan cadre sur une période de 10 ans au lieu de 5 ans.

ANALYSE PROPOSITION DU TERRITOIRE

- Tous les établissements sont concernés par la réorganisation
- 37 lits sont vacants au 91-03-31
- L'économie potentielle pour la phase 1 de 664 300 \$ a déjà été réinvestie à l'intérieur du Sanatorium Bégin, un bilan financier sera déposé sous peu.
- Les économies du Sanatorium Bégin doivent être analysées en tenant compte des programmes santé mentale et déficience intellectuelle

- L'objectif du territoire est projeté sur 10 ans.
- Plusieurs établissements sont de petite taille.
- Les heures travaillées requises demandées sont supérieures à la moyenne provinciale
- Plus de 1,4 \$ million en immobilisations ont été investis depuis 5 ans

RECOMMANDATIONS DU CRSSS

- Les prérequis E, F, K et O, ne doivent pas être des conditions de réalisation du plan
- Actualisation du plan sur 5 ans
- Sanatorium Bégin, enveloppe protégée hébergement.
- S'assurer que les heures travaillées requises respectent la norme du 82% de taux de satisfaction
- Acceptation des phases 1 et 2 en fonction des lits vacants au 92-03-31
- Nouvelle proposition pour la phase 3 compte tenu qu'une unité de vie ne peut être inférieure à 21 lits selon la norme du MSSS
- Autre hypothèse: réduction additionnelle en lits d'hébergement au Sanatorium Bégin et/ou fermeture d'établissement (s)

E PROPOSITION

issement	Lits au permis	Lits occ 92-03-31	Phase 1 Lits %	Phase 2 Lits %	Phase 3 Lits %	Total Lits %	Lits en 2001	Taux de satisfaction 91-03-31	ph. 1	Ph. 2	Ph. 3	Economies potentielles, taux satisf. 82%	Investissement / 000 \$ 1988-1993 à faire
m Bégin	153	110	41 21%	31 16%	32 16%	104 54%	49	nd	nd	nd	nd	0 \$	735 475 \$
-Justine	28	24	4 2%	3 2%	0 0%	7 4%	21	68%	95%	121%	121%	25 903 \$	82 019 \$
Etchemin	78	62	16 8%	15 8%	15 8%	46 24%	32	61%	97%	153%	263%	130 882 \$	407 969 \$
Magloire	33	29	4 2%	4 2%	4 2%	12 6%	21	65%	86%	114%	153%	15 395 \$	107 946 \$
ospitalité	46	38	8 4%	8 4%	9 5%	25 13%	21	64%	97%	147%	251%	60 843 \$	209 025 \$
TOTAL	338	263	73 38%	61 31%	60 31%	194 100%	144					233 023 \$	1 542 434 \$

ORGANISATION DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT DE LA RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES 12
SOMMAIRE DES ÉCONOMIES POTENTIELLES ET DES AJOUTS FINANCIERS POUR REHAUSSER

LE TAUX DE SATISFACTION À 82%

(référence document du 8 mai 1992)

DOCUMENT DE TRAVAIL

TERRITOIRE	OBJECTIFS				RÉCUPÉRATION POTENTIELLE, PROPOSITION		
	LITS AU PERMIS	LITS EN 2001	LITS HÉB. TEMPO.	RÉDUC-TION	TERRITOIRE	CRSSS	ÉCART TERR. - CRSSS
AMÉTIQUE							
DES ETCHÉMINES	338	142	2	194	4 241 747 \$	4 258 450 \$	(16 703 \$)
GUADÉLOUPE	421	287	3	131	338 145 \$	865 099 \$	(526 954 \$)
BAUCE-CENTRE	268	117	2	149	956 790 \$	3 418 208 \$	(2 461 418 \$)
NOUVELLE-BAUCE	239	175	2	62	180 046 \$	1 040 361 \$	(860 315 \$)
RONTENAC	380	368	4	8	560 980 \$	720 625 \$	(159 645 \$)
PP/TR.-SANT.-R.	403	363	4	36	593 125 \$	282 265 \$	310 860 \$
ELLECHASSE	289	232	3	54	0 \$	0 \$	0 \$
ARTHUR-CAUX	198	191	2	5	0 \$	1 679 \$	(1 679 \$)
TOTAL	2536	1875	22	639	6 870 833 \$	10 586 687 \$	(3 715 854 \$)

AJOUT FINANCIER TAUX DE SATISF. À 82%
0 \$
326 309 \$
0 \$
0 \$
436 912 \$
1 490 854 \$
301 897 \$
509 416 \$
3 065 388 \$

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
1. Garanties du Ministère (contribution des bénéficiaires et protection des budgets régionaux (12)).
2. Garanties du CRSSS (pour cette opération, nous utilisons les heures travaillées requises et budgétées du 31 mars 1991 et entendons respecter l'application des conventions collectives).
3. Les règles régissant la présentation de ce document sont celles acceptées par le comité aviseur.
4. Les propositions devront tenir compte des installations physiques actuelles.
5. Ajustement des économies potentielles en fonction: <ul style="list-style-type: none"> - statistiques (données de population) recensement 1990; - taux de satisfaction régional 1992-1993; - taux de satisfaction provincial 1992-1993.
6. Analyse d'impact sur la relocalisation des lits de CAH privés conventionnés dans le territoire ou hors territoire.
7. Les territoires Desjardins et Chaudière présentent une proposition partielle de développement. Le besoin total est un ajout de 345 lits.

TERRITOIRE	OBJECTIFS				AJOUT FINANCIER, PROPOSITION		
	LITS AU PERMIS	LITS EN 2001	LITS HÉB. TEMPO.	AJOUT	TERRITOIRE	CRSSS	ÉCART TERR. - CRSSS
DÉVELOPPEMENT							
DESJARDINS	235	381	4	110 / 150	4 818 000 \$	4 818 000 \$	0 \$
CHAUDIÈRE	109	302	2	73 / 195	3 154 379 \$	3 154 379 \$	0 \$
TOTAL	344	683	6	183 / 345	7 972 379 \$	7 972 379 \$	0 \$

AJOUT FINANCIER TAUX DE SATISF. À 82%
537 783 \$
592 138 \$
1 129 921 \$

GRILLE D'ANALYSE POUR L'ACTUALISATION DU PLAN CADRE
DE LA RÉORGANISATION DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT
ET DE LONGUE DURÉE DE LA RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES 12

CRSSS 03-1/1

8 MAI 1992

DOCUMENT DE TRAVAIL

ANNEXE II

Annexe 2-A

Population totale de la MRC des Etchemins 1986

MRC	CODE 4	CODE 5	MUNICIPALITE	POPUL. 1981	POPUL. 1986	CROIS. %	SUP. Km2	DENSITE Hab/Km2
335	1501	15120	ST-CAMILLE-DE-LELLIS	1 176	1 108	-5.8	252.7	4.4
335	1504	15160	STE-SABINE	531	504	-5.1	66.7	7.6
335	1502	15200	ST-MAGLOIRE-DE-BELLECHASSE	969	942	-2.8	206.5	4.6
335	2201	22110	ST-CYPRIEN	838	769	-8.2	92.8	8.3
335	2206	22130	STE-JUSTINE	2 017	2 035	+0.9	124.4	16.4
335	2208	22150	STE-ROSE-DE-WATFORD	913	889	-2.6	116.4	7.6
335	2202	22170	ST-LOUIS-DE-GONZAGUE	563	490	-13.0	116.4	4.2
335	2204	22180	ST-PROSPER	3 637	3 646	+0.2	133.9	27.2
335	2209	22190	ST-BENJAMIN	1 018	957	-6.0	110.1	8.7
335	2214	22230	LAC-ETCHEMIN	2 729	2 666	-2.3	5.5	487.4
335	2212	22250	STE-GERMAINE-DU-LAC-ETCHEMIN	1 539	1 593	+3.5	151.9	10.5
335	2211	22270	ST-LUC	605	581	-4.0	160.0	3.6
335	2308	23110	STE-AURELIE	1 045	999	-4.4	78.5	12.7
335	2304	23130	ST-ZACHARIE (P)	1 115	1 095	-1.8	183.0	6.0
335	2306	23120	ST-ZACHARIE (VL)	1 284	1 211	-5.7	6.7	180.5
TOTAL:				19 979	19 485			

Source: Statistiques Canada 1986

Population totale de la MRC des Etchemins 1992

Les Etchemins		19,485	18,688	-4.2
Lac-Etchemin	V	2,866	2,881	-0.2
Saint-Benjamin	SD	957	928	-3.2
Saint-Camille-de-Lellis	P	1,108	1,001	-9.7
Saint-Cyprien	P	769	664	-13.7
Saint-Louis-de-Gonzague	SD	490	488	-0.4
Saint-Luc	P	581	558	-4.3
Saint-Magloire-de-Bellechasse	SD	942	871	-7.5
Saint-Prosper	SD	3,646	3,628	-0.6
Saint-Zacharie	SD	2,308	2,211	-4.1
Sainte-Aurèle	SD	999	930	-8.9
Sainte-Germaine-du-Lac-Etchemin	P	1,593	1,552	-2.6
Sainte-Justine	P	2,035	1,906	-8.3
Sainte-Rose-de-Watford	SD	889	819	-7.9
Sainte-Sabine	P	504	455	-8.7

Source: Statistiques Canada 1991

ANNEXE III

EVOLUTION ET ACCROISSEMENT REEL EN POURCENTAGE
DISTRICTS CLSC, REGION 03, ENSEMBLE DU QUEBEC
1981-1986

CODES	DISTRICTS DE CLSC	POP 1981	POP 1986	%	POP 1981	POP 1986	%	POP 1981	POP 1986	%	POP 1981	POP 1986	%	POP 1981	POP 1986	%	POP TOT	POP TOT	%
		0-4	0-4	0-4	5-19	5-19	5-19	20-44	20-44	20-44	45-64	45-64	45-64	65 et +	65 et +	65 et +	1981	1986	TOT
03101	DES ETCHENINS	1 560	1 400	-10.3%	5 495	4 690	-14.6%	7 030	7 205	2.5%	3 795	3 835	1.1%	2 090	2 310	10.5%	19 965	19 475	-2.5%
03102	NOUVELLE-BEAUCE	2 060	1 960	-4.9%	5 690	5 550	-2.5%	8 660	9 320	7.6%	3 820	3 980	4.2%	1 955	2 315	18.4%	22 235	23 110	3.9%
03103	LA GUADELOUPE	3 715	3 605	-3.0%	10 750	10 155	-5.5%	15 690	17 505	11.6%	6 640	7 085	6.7%	3 025	3 460	14.4%	39 695	41 615	4.8%
03104	BEAUCE-CENTRE	1 800	1 585	-11.9%	4 805	4 525	-5.8%	7 205	7 330	1.7%	3 170	3 290	3.8%	1 730	1 980	14.5%	18 705	18 720	0.1%
03105	FRONTENAC	4 345	3 205	-26.2%	12 625	11 195	-11.3%	19 525	18 510	-5.2%	10 160	10 375	2.1%	4 255	4 925	15.7%	50 915	48 225	-5.3%
03402	CHUTES DE LA CHAUDIERE	9 540	8 250	-13.5%	22 015	24 345	10.6%	41 955	47 185	12.5%	14 140	15 835	12.0%	6 370	7 850	23.2%	94 125	103 330	9.7%
03403	BELLECHASSE	2 415	2 145	-11.2%	7 650	6 805	-11.0%	10 795	11 380	5.4%	5 580	5 605	0.4%	3 575	3 945	10.3%	30 035	29 900	-0.4%
03504	ARTHUR-AUZI	2 210	2 075	-6.1%	7 205	6 355	-11.8%	9 665	10 270	6.3%	4 285	4 500	5.0%	2 670	2 885	8.1%	25 945	26 170	0.9%
03704	DES APPALACHES	465	440	-5.4%	2 775	2 125	-23.4%	2 505	3 350	33.7%	1 750	1 755	0.3%	840	905	7.7%	9 220	8 800	-4.6%
	TROIS-SAUHONS	935	820	-12.3%	3 105	2 675	-13.8%	3 720	4 675	25.7%	2 565	2 445	-4.7%	1 620	1 750	8.0%	12 850	12 380	-3.7%
	ANTOINE RIVARD	1 860	1 485	-20.2%	6 655	5 530	-16.9%	9 515	9 670	1.6%	4 920	5 005	1.7%	2 745	3 050	11.1%	25 710	24 785	-3.6%
	RIVE-SUD SOUS-TOTAL	31 105	27 170	-12.7%	88 770	83 950	-5.4%	136 265	146 400	7.4%	60 825	63 710	4.7%	30 875	35 375	14.6%	349 400	356 510	2.0%
03301	LA SOURCE	6 650	5 455	-18.0%	22 330	20 395	-8.7%	36 935	38 970	5.5%	14 510	17 335	19.5%	4 155	5 525	33.0%	84 631	87 585	3.5%
03304	CHARLEVOIX	2 510	2 180	-13.1%	7 820	6 915	-11.6%	12 780	13 025	1.9%	6 115	6 235	2.0%	3 105	3 470	11.8%	32 325	31 975	-1.1%
03305	ORLEANS	6 910	5 995	-13.2%	20 795	19 705	-5.2%	37 650	39 708	5.5%	16 855	18 265	8.4%	7 715	8 905	15.4%	89 931	92 570	2.9%
03501	PORTNEUF	2 985	2 640	-11.6%	9 670	8 530	-11.8%	15 900	16 575	4.2%	8 620	8 850	2.7%	4 475	4 965	10.9%	41 760	41 615	-0.3%
03506	LAURENTIEN / LES SAULES	6 125	5 810	-5.1%	18 935	19 245	1.6%	31 910	36 280	13.7%	10 755	13 570	26.2%	3 405	4 355	27.9%	71 135	79 225	11.4%
03508	DE LA JACQUES CARTIER	6 535	5 105	-21.1%	18 415	17 350	-5.8%	29 370	30 585	4.1%	8 410	10 115	20.3%	2 500	3 045	21.8%	65 175	66 220	1.5%
	STE-FOY / SILLERY	2 905	2 605	-10.3%	16 075	12 660	-21.2%	30 395	31 925	5.0%	16 360	16 600	1.5%	5 760	7 455	29.4%	71 470	71 220	-0.3%
03601	HAUTE-VILLE	955	1 005	5.2%	3 280	3 330	1.5%	14 200	16 350	15.1%	8 060	6 945	-13.8%	8 075	8 505	5.3%	34 510	36 210	4.9%
03602	BASSE-VILLE	1 325	1 100	-17.0%	5 850	3 750	-35.9%	11 725	11 385	-2.9%	8 280	6 995	-15.5%	4 910	4 930	0.4%	32 025	28 185	-12.0%
03603	LINDLOU	2 235	2 320	3.8%	9 705	7 385	-23.9%	21 480	21 305	-0.8%	13 870	12 465	-10.1%	6 955	7 695	10.6%	54 170	51 100	-5.5%
	RIVE-NORD SOUS-TOTAL	39 135	34 215	-12.6%	132 875	119 265	-10.2%	242 345	256 108	5.7%	111 835	117 375	5.0%	51 055	58 850	15.3%	577 132	585 905	1.5%
03	REGION	70 240	61 385	-12.6%	221 645	203 215	-8.3%	378 610	402 508	6.3%	172 660	181 085	4.9%	81 930	94 225	15.0%	926 532	942 415	1.7%
	ENSEMBLE DU QUEBEC	473 000	431 290	-8.8%	1 542 770	1 383 690	-10.3%	2 608 770	2 765 530	6.0%	1 244 465	1 298 270	4.3%	569 375	649 350	14.0%	4 338 400	4 527 750	4.4%

Source: Profil de la population état des services et des ressources
socio-sanitaires de la région Chaudière-Appalaches
DSC-CSSS, Septembre 1989.

ANNEXE IV

Annexe 2-C

ET REVENU MOYEN DES MÉNAGES 1986

SELON LES MRC DE LA RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES

MRC	CROIS. DÉMOG.	DÉCROIS DÉMOG.	REVENU PERSONNEL PER CAPITA (1)		REVENU MOYEN DES MÉNAGES (2)	
			\$	RANG	\$	RANG
LES ETCHEMINS		X	9 171	10	22 194	11
LA NOUVELLE-BEAUCE	X		9 416	8	28 667	3
BEAUCE-SARTIGAN	X		9 621	7	24 134	8
ROBERT-CLICHE	X		9 643	6	26 857	4
L'AMIANTE		X	10 303	3	23 520	10
DESJARDINS	X		12 500	1	32 779	2
CHUTES-DE-LA-CHAUDIÈRE	X		12 500	1	35 664	1
BELLECHASSE		X	9 276	9	26 732	5
LOTBINIÈRE	X		10 000	5	26 457	6
L'ISLET		X	8 900	11	23 840	9
MONTMAGNY		X	10 100	4	25 252	7
CHAUDIÈRE-APPALACHES			10 130	-	26 985	-

(1) Source: Canadian Markets 1987-88, The Financial Post Information Service, extrait de O.P.D.Q., Région Chaudière-Appalaches, Profil et axes de développement, 2ème version, 7 décembre 1988, page 6.

(2) Source: Statistiques Canada

BIBLIOGRAPHIE

- AKTOUF, Omar (1989), Le management entre tradition et renouvellement, édition révisée, Gaëtan Morin, éditeur.
- AMEGAN, Samuel et al. (1981), «La recherche-action: un processus heuristique de connaissance et de changement (État actuel de notre réflexion)», in Actes du Colloque recherche-action, Université du Québec à Chicoutimi, octobre.
- ASSEMBLÉE NATIONALE (1991), Projet de loi 120 (1991, chapitre 42) Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.
- ASSEMBLÉE NATIONALE (1992), Projet de loi 15, Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL DU QUÉBEC (1991), Condensé de la nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, Projet de Loi 120, 1991, Chapitre 42.
- ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL DU QUÉBEC (1991), La réforme et la gestion des ressources humaines: guide de transition.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1991), Tournée d'information - octobre, La loi 120: les faits saillants.
- AUCLAIR, Michèle (1990), Un cadre méthodologique pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan régional d'organisation de services aux personnes âgées, Québec, CRSSS DE QUÉBEC.
- BERGERON, Pierre-G. (1986), La gestion dynamique, concepts, méthodes et applications, Gaëtan Morin, éditeur.
- BERTRAND, Yves et Patrick Guillemette (1991), Les organisations une approche systémique, Chotard et associés, éditeurs.
- CONSEIL REGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (03) (1980), Plan d'organisation du CRSSS-03, projet préliminaire, Annexes.
- CRCD CHAUDIÈRE-APPALACHES (1991), Survol Chaudière Appalaches, Socio-Economique dossier 1992-1993.
- CSSS DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03) (1990), Plan régional d'organisation de services de santé mentale des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches (1989-1990 à 1998-1999).

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE BEAUCEVILLE, recensement de 1986 (Partie 1), Profil socio-démographique.

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE (1983), Programme intégré de perfectionnement en gestion, Module III, La gestion de la mission de l'organisation, Cadres des affaires sociales - CRSSS 03.

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE (1984), Programme intégré de perfectionnement en gestion, Module V, Sous-système psycho-social, Cadres des affaires sociales - CRSSS-03.

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE, Programme intégré de perfectionnement en gestion pour les cadres du réseau des affaires sociales, Module 01, CRSSS-03.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1985), Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1986), Règlements adoptés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Éditeur officiel du Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1989), Plans régionaux de services en santé mentale, vision d'ensemble et canevas de planification.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1989), Santé mentale, Plans régionaux de services en santé mentale: document d'appui à la planification, Québec, CSSS-03-12.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1991), Assemblée nationale, Projet de loi 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, Éditeur officiel du Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992), Assemblée nationale, Projet de loi 15, Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, Éditeur officiel du Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992), Mesures de stabilité d'emploi des directeurs généraux, Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux directeurs généraux des conseils régionaux et des établissements publics de santé et de services sociaux (Décret 1179-92 du 12 août 1992), Centre de référence des directeurs généraux et des cadres.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992), RÉPERTOIRE, Descriptions de fonctions types du personnel d'encadrement, Secteur de la santé et des services sociaux.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992), Une réforme axée sur le citoyen: plan d'implantation, Québec, MSSS.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (Avril 1986), Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-5), Québec, Éditeur officiel du Québec.

- GOYETTE, Gabriel, LESSARD, HEBERT, Michelle (1985), La recherche-action: ses fonctions, fondements et son instrumentation, Conseil Québécois de la recherche sociale, Editions, Québec.
- KAST F.E. et J.E. Rosenzweig (1985), Organization and Management: A Systems and Contingency Approach, New York, McGraw-Hill.
- MINTZBERG, Henry (1982), Structure & dynamique des organisations. Les éditions d'organisation et les éditions Agence d'Arc Inc.
- PINEAULT R. et C. Daveluy (1986), La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégie, Montréal, Agence d'Arc.
- PRÉVOST, Paul (1983), Le diagnostic-intervention: une approche systémique au diagnostic organisationnel et à la recherche-action, Département des sciences économiques et administratives, maîtrise en gestion des PMO, Québec: Université du Québec à Chicoutimi, LEER - Laboratoire d'études économiques et régionales.
- PROFIL DE LA POPULATION ET ETAT DES SERVICES ET DES RESSOURCES SOCIO-SANTAIRES DE LA REGION CHAUDIERE-APPALACHES (Septembre 1989): en collaboration avec DSC 03-12.