

HEC MONTRÉAL

**L'analyse des conditions de succès aux partenariats public-privé dans le domaine de
la santé et des services sociaux : une analyse multifactorielle**

par

Aline Pang-Charbonneau

**Sciences de la gestion
(Gestion des opérations et de la logistique)**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences (M. Sc.)

Octobre 2020
© Aline Pang-Charbonneau, 2020

AVIS DE CONFORMITE DU CER

HEC MONTRÉAL

Comité d'éthique de la recherche

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2016-1942

Titre du projet de recherche : Conditions de succès et obstacles au partenariat public-privé en santé

Chercheur principal :

Marie-Helene Jobin,
Professeure titulaire, Gestion des opérations et de la logistique - HEC Montréal

Cochercheurs :

Aline Pang-Charbonneau; Caroline Parent;

Directeur/codirecteurs :

Marie-Helene Jobin
Professeur - HEC Montréal

Date d'approbation du projet : 02 juillet 2015

Date d'entrée en vigueur du certificat : 02 juillet 2015

Date d'échéance du certificat : 01 juillet 2016

Maurice Lemelin
Président du CER de HEC Montréal

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2019-3089

Titre du projet de recherche : Les conditions de succès et les obstacles aux partenariats public-privé dans le domaine de la santé et des services sociaux

Chercheur principal :
Aline Pang-Charbonneau, étudiante M. Sc.
HEC Montréal

Directeur/codirecteurs :
Marie-Hélène Jobin
Professeur - HEC Montréal

Date d'approbation du projet : 06 juin 2018

Date d'entrée en vigueur du certificat : 06 juin 2018

Date d'échéance du certificat : 01 juin 2019

Maurice Lemelin
Président du CER de HEC Montréal

SOMMAIRE

Dans un contexte où il est criant de chercher à trouver des solutions pour pallier les lacunes du système de santé et de services sociaux traditionnel, ce mémoire cherchera à comprendre quelles sont les conditions de succès et incidemment les obstacles aux partenariats public-privé (PPP) dans le domaine de la santé et des services sociaux – en adoptant le postulat que les PPP peuvent être une solution envisageable aux lacunes exposées– en compilant d’une part les critères de succès dans la littérature et en les dynamisant du cadre conceptuel de Bolman et Deal, puis en confrontant l’outil généré à cinq cas réels de partenariats public-privé ayant eu lieu sur le territoire québécois. Il en résultera des recommandations quant aux modalités à mettre en place pour faciliter l’occurrence d’un succès.

Mots-clés : partenariat, PPP, santé, alignement, contrat, communication, culture, structure, ressources humaines, politique, symbolique, stratégie, condition de succès

TABLE DES MATIÈRES

Avis de conformité du CER	ii
Sommaire	iv
Liste des figures	vii
Liste des tableaux	viii
Remerciements	ix
1. Le privé et le public au Québec : une relation complexe	1
2. Revue de littérature	7
2.1 Le partenariat public-privé : Définition et caractéristiques clés	7
2.2 Le succès d'un partenariat public-privé	12
2.3 Les conditions de succès	14
2.3.1 La communication.....	14
2.3.2 La clarté des objectifs	17
2.3.2.1 Des objectifs communs limités clairement précisés et réalistes	19
2.3.2.2 Des rôles et des responsabilités clairement délimités d'un commun accord	19
2.3.3 La rigidité « optimale » du contrat.....	19
2.3.4 La confiance	21
2.3.4.1 La confiance inter-organisationnelle	23
2.3.4.2 La confiance interpersonnelle	23
2.3.4.3 La transparence	24
2.3.5 La bienveillance	25
2.3.6 Le leadership.....	26
2.3.7 Le contexte sociopolitique.....	28
2.3.8 Satisfaction perçue, des obligations convenues	31
2.3.9 Participation active et investissement équilibré.....	31
2.3.10 Avantages distincts pour l'ensemble des parties.....	31
3. Évaluation des cadres conceptuels possibles	33
4. Méthodologie de recherche	42
4.1. La nature du problème étudié et de la question.....	42
4.1.1. Les objectifs et la participation	42
4.1.2. Le contrat	44
4.2. L'analyse des données	44
4.3. Les critères de qualité de la recherche	44
4.3.1. La validité	44
4.3.2. La fiabilité.....	45
4.4. Le tableau de synthèse de la méthodologie	46
5. Analyse	46
5.1. Villa Medica	47
5.1.1. Lentille structurelle.....	47
5.1.2. Lentille des ressources humaines	50
5.1.3. Lentille politique	51
5.1.4. Lentille symbolique.....	52

5.2. Stevens	53
5.2.1. Lentille structurelle.....	53
5.2.2. Lentille des ressources humaines	55
5.2.3. Lentille politique	56
5.2.4. Lentille symbolique.....	57
5.3. La Traversée	58
5.3.1. Lentille structurelle.....	58
5.3.2. Lentille des ressources humaines	62
5.3.3. Lentille politique	63
5.3.4. Lentille symbolique.....	64
5.4. L'Institut de l'œil des Laurentides	65
5.4.1. Lentille structurelle.....	65
5.4.2. Lentille des ressources humaines	68
5.4.3. Lentille politique	70
5.4.4. Lentille symbolique.....	72
5.5. Le Groupe Santé Arbec	73
5.5.1. Lentille structurelle.....	74
5.5.2. Lentille des ressources humaines	75
5.5.3. Lentille politique	76
5.5.4. Lentille symbolique.....	77
6. Discussion	78
Conclusion	85
Considérations futures	87
Bibliographie	88
Annexes	90
Annexe 1 : Canevas d'entrevue – Dirigeants du secteur privé	91
Annexe 2 : l'Institut de l'œil des Laurentides	94
Annexe 3 : Stevens	108
Annexe 4 : Villa Medica	128
Annexe 5 : La Traversée	145
Annexe 6 : Groupe Santé Arbec	162

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Le continuum de la coopération adapté de Christopher Wilson (2012).....	8
Figure 2 : La fenêtre d'opportunité selon John Kingdon (1984).....	28
Figure 3: Résumé des conditions de succès au partenariat public-privé	32
Figure 4 : Le diamant de Leavitt (1995; traduction).....	33
Figure 5 : Les cinq phases de la croissance selon Greiner (1972; traduction).....	34
Figure 6 : Les quatre lentilles telles que proposées par Bolman et Deal (2013)	38
Figure 7: Les conditions de succès actualisées	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Sous-traitance et partenariat : quelques distinctions	10
Tableau 2 : Critères de succès d'un PPP	14
Tableau 3 : Classification des conditions de succès aux partenariats public-privé selon les quatre lentilles proposées par Bolman et Deal.....	41
Tableau 4 : Vue globale de l'échec ou du succès des partenariats en considérant les conditions de succès qu'ils ont connues	84

REMERCIEMENTS

D’abord, mes remerciements vont à ma directrice **Marie-Hélène Jobin** pour sa patience remarquable à mon égard à travers toutes les années sur lesquelles s’est échelonné ce mémoire.

Alors que j’envisageais une route linéaire vers l’obtention du diplôme, le cheminement aura été finalement des plus sinueux, ponctué par ailleurs par l’arrivée de deux petits êtres et autant de congés de maternité. Tant de fois, j’ai contemplé la porte de sortie, mais je me suis accrochée à un fil ténu – parfois à peine perceptible – qui m’aura finalement menée vers l’aboutissement de ce projet.

Pour cela, je remercie mon mari, **Amine**. Merci d’être mon meilleur ami depuis plus d’une décennie. Merci de partager mes projets avec un enthousiasme sincère. Merci de toujours me pousser à devenir une meilleure version de moi-même.

Merci à mes deux garçons, **Mikaël** et **Noah**. Du haut de vos quelques années, vous me poussez à me dépasser tous les jours avec votre curiosité débordante, votre joie de vivre contagieuse et vos petites attentions remplies de tendresse.

Merci à mes parents, **Chun-Mei** et **Gaëtan**, d’avoir toujours cru en moi et d’avoir nourri ma soif d’apprendre. Merci à ma belle-mère **Linda** de m’avoir accompagnée avec tant de bienveillance.

Merci à mes sœurs **Monica**, **Laurence** et **Charlotte**.

Merci au père de mon mari, **Said**, de m’avoir encouragée.

Enfin, un merci spécial aux nombreux enseignants inspirants qui ont marqué mon parcours académique.

L'ANALYSE DES CONDITIONS DE SUCCES AUX PARTENARIATS PUBLIC-PRIVE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX : UNE ANALYSE MULTIFACTORIELLE

1. LE PRIVÉ ET LE PUBLIC AU QUÉBEC : UNE RELATION COMPLEXE

Au Québec, il existe une résistance face à l'entrée du privé dans le domaine de la santé et des services sociaux publics. Certains porteurs idéologiques des partenariats public-privé (PPP), tels que Monique Jérôme-Forget, ancienne ministre libérale des finances, ont permis quelque peu de faire fléchir l'opinion publique, mais les oppositions demeurent. Rappelons que l'Agence des PPP, mise sur pied en 2003, a été dissolue peu de temps après. Une multitude de facteurs sont à l'origine de cette appréhension. Certains soutiendraient, dans une perspective sociologique, que l'héritage culturel y joue un rôle; et il est à noter que les scandales ayant éclaté ces dernières années en lien avec les PPP n'adoucisent pas l'opinion publique à leur égard. L'ouverture des marchés à des compagnies internationales, dans un contexte économique incertain marqué par une montée de l'élan protectionniste, suscite également des appréhensions, comme ce fut le cas pour la construction du pont de l'Autoroute 25, pour laquelle le contrat fut attribué à une compagnie australienne. Bachir Mazouz (2012) explique cette forme de réticence de la manière suivante : « les recherches menées notamment dans les pays de l'OCDE soulignent des difficultés de mise en œuvre des PPP. Celles-ci seraient imputables à des facteurs historiques, idéologiques et managériaux, telle l'absence de cadre de gestion qui tient compte, entre autres, des stratégies, des attitudes et des conduites des associés que sont l'État et l'entreprise privée (Mazouz et Belhocine, 2008). ». Barry, Boidin et Yaya (2014 : 3) soutiennent quant à eux que « le discours partenarial a été malmené au cours des dernières années, plusieurs y voyant là une rhétorique destinée à dissimuler l'objectif véritable des nations les plus riches, surtout dans un contexte où ces derniers imposent leur propre paradigme et où l'adoption de cette forme de gouvernance ne change guère les rapports de pouvoir entre les parties et risque même dans certains cas de les camoufler ». Il est donc permis de dire que la notion de partenariat public privé est enveloppée d'une certaine méfiance, tant au niveau de l'opinion publique que des parties prenantes.

Déjà, en mai 2010, le Parlement du Canada statuait ce qui suit : « Les PPP apparaissent désormais comme une solution de rechange qui offre parfois de nombreux avantages par

rapport aux modes de réalisation classiques. Le terme « PPP » désigne toute entente en vertu de laquelle le secteur privé accepte une certaine responsabilité à l'égard d'une infrastructure publique ou de la prestation d'un service public. » (Padova, 2010). Les PPP apparaissent donc déjà comme une avenue au potentiel intéressant dans un contexte marqué par l'incertitude face aux multiples enjeux targuant le système de la santé et des services sociaux. La question est de savoir de quelle manière le privé et le public peuvent se compléter afin d'offrir un service optimal à la société. Qui plus est, le Québec devra faire face à une foule de défis en matière de santé publique avec une population vieillissante en croissance. Dès 2004, Aubert et Patry théorisaient ce qui suit : « le vieillissement de la population et l'encombrement des services de santé exerceront inévitablement une pression grandissante sur les finances publiques. Avec quelles ressources et à quel moment le gouvernement québécois pourra-t-il s'attaquer à l'amélioration et à l'expansion du réseau routier ou à la rénovation des infrastructures servant à la distribution de l'eau potable ? Une [...] option consiste à faire appel à l'expertise et aux ressources financières du secteur privé pour devancer la réalisation de certains travaux dans le cadre de PPP. » (Aubert et Patry, 2004 : 76). À l'heure actuelle, ce projet de recherche permet, humblement, d'amorcer ou du moins de contribuer à la discussion quant aux solutions potentielles qui existent pour améliorer l'état de la santé publique en vue des défis sociétaux qui ne tarderont pas à se concrétiser.

Ainsi, le but de ce travail sera d'explicitier les conditions de succès et les obstacles aux PPP dans le domaine de la santé et des services sociaux, à travers l'exemple de cinq cas ayant eu lieu au Québec, ce que nous ferons après avoir recensé les concepts appropriés dans la littérature, expliqué la méthodologie employée et discuté de l'élaboration du cadre conceptuel choisi.

Depuis les années 1970, les partenariats dits multipartites, incluant par le fait même les PPP, permettent « aux organisations concernées de mettre en commun leurs forces, leurs expertises et leurs ressources en vue de créer une synergie pour faire face à la compétition et atteindre leurs objectifs » (Préfontaine, Skander et Ramonjavelo, 2009 : 323). À cela, toujours selon Barry, Boidin et Yaya (2014 : 75), « dès 2003, l'OMS indiquait que « *la réalisation des objectifs sanitaires nationaux et mondiaux nécessite de nouvelles ressources et un degré de coopération sans précédent entre les organismes multilatéraux,*

les autorités nationales, les communautés, le secteur privé et les autres parties prenantes » ». La fenêtre d'opportunité telle que mise de l'avant par Kingdon (1984) est donc ouverte pour aller de l'avant avec des projets de cette envergure.

En effet, le système public de la santé et des services sociaux au Québec est caractérisé par une certaine lourdeur administrative, une inertie structurelle engendrant une difficulté d'innover. Aubert et Patry (2004 : 76) avancent que « la source de ce handicap sur le plan de la gestion n'est pas principalement le manque de compétences des gestionnaires ou des travailleurs dans le secteur public, mais le cadre dans lequel les décisions sont prises dans le secteur public. La faiblesse des incitations, la lourdeur des processus décisionnels et la politisation des décisions sont les véritables sources de ce désavantage sur le plan des opérations : au mieux, L'État est un gestionnaire et un opérateur moyen; au pire, il est inefficace. » Il est important toutefois de mentionner ici qu'il ne s'agit pas de décrédibiliser le système public de la santé et des services sociaux au profit de son homologue privé. Certes, lorsque confronté au modèle privé de la santé, le système public peut paraître empreint d'une grande lourdeur, mais cela est inhérent à sa nature fondamentalement différente. Alors que le privé est motivé essentiellement par la recherche du profit¹ – puisque ce dernier garantit sa pérennité, la mission du public est d'offrir une couverture de soins universelle, soit un accès à qui en a besoin à des soins au moment opportun. Selon Georges Desrosiers (1999 : 17), « le système de santé québécois actuel a été façonné tout au long de ce siècle pour acquérir graduellement les caractéristiques qui sont les siennes. Il reflète dans ses structures et son fonctionnement les valeurs dominantes de la société canadienne et québécoise, essentiellement la solidarité et la liberté. » Le système public de la santé et des services sociaux est donc davantage porté vers l'élargissement de son appareil. Le pilotage d'un tel système ne saurait se faire avec la même rapidité ni la même précision qu'un système dont l'étendue d'action est plus restreinte par nature. Ainsi, face à cette réalité, nous adoptons la posture selon laquelle il serait possible de combiner les deux pôles pour générer des bénéfices pour tous. Les PPP peuvent ainsi être considérés comme une avenue innovante, dans un système admettant traditionnellement peu ou pas

¹ Il est important ici de distinguer les entreprises privées dont le moteur est la recherche de profits et les organismes à but non-lucratif (OBNL), puisque ces dernières sont également regroupées sous cette catégorie, en ayant toutefois une mission très différente.

de part au privé, dans une volonté de synergie. C'est notamment ce que soutient Mazouz (2012), lorsqu'il affirme que les PPP sont souvent justifiés par « le partage optimal des risques, la mobilisation des capitaux et des expertises privées, la flexibilité des modes hybrides d'intervention, la capacité des organisations privées à innover, le respect des normes de prestation de services, l'atteinte de résultats, la réalisation d'économies d'échelle, l'imputabilité des autorités publiques quant à la qualité et aux coûts relatifs à la prestation du service auprès des citoyens (Bernier, 2005) ». À titre d'exemple, du côté du public, les avancements de carrière fonctionnent selon un principe d'ancienneté. On obtient donc des scénarios que l'on peut juger loufoques tant leurs retombées laissent à désirer en termes d'efficacité, mais qui sont pourtant bien réels, tels que celui d'un employé ayant passé sa carrière au sein d'une organisation donnée, soit en préretraite, qui sera privilégié au détriment d'un autre employé, même si ce dernier est plus qualifié. Or, si la formation pour l'emploi en question s'échelonne sur deux années, l'employé favorisé pour son ancienneté demeurera en formation pour le poste jusqu'à sa retraite, après quoi le processus d'embauche sera à recommencer. Ainsi, malgré que l'accompagnement et la formation d'employés représentent des investissements importants, l'organisation n'obtiendra pas de retour.

Ce type d'occurrence est protégé par les façons de faire établies dans le secteur public, notamment soutenues par les syndicats. Il est donc ardu de rompre avec ces traditions.

Ailleurs dans le monde, cette collaboration sait se faire sans la même opposition. En effet, cela existe essentiellement dans les pays du Commonwealth, notamment en Angleterre. Dès 1992, le gouvernement conservateur anglais, sous l'égide de John Major, présente les « *private finance initiative* » (les initiatives de financement privé ou PFI). Celles-ci ouvrent la porte au financement privé de projets publics. En d'autres termes, il se crée un marché destiné à financer les projets publics par des investisseurs privés, essentiellement dans le domaine de l'infrastructure et de la santé. Les PFI sont donc une opportunité de croissance, mais elles comportent une part de risque non-négligeable, qui doit être contrecarrée notamment par un encadrement légal réfléchi. Les conséquences ne sont pas les mêmes lorsque les fonds publics sont placés dans une position risquée que lorsque seuls des fonds issus du privé sont en jeu. L'opinion publique doit donc être prise en compte, ainsi que le contexte politique.

Depuis leur création, sur le territoire anglais, « plus de 500 ententes de partenariat public-privé ont été conclues pour la construction et la gestion de routes, d'infrastructures, d'hôpitaux et d'écoles » (Aubert et Patry, 2004 : 74). La France emboîte bientôt le pas avec sa « gestion déléguée » afin de mener à bien des projets d'infrastructure et de distribution d'eau, entre autres (Aubert et Patry, 2004).

Selon Mazouz (2012), « les études sur les PPP se sont intensifiées dès la fin des années 1970 » en raison de « mouvements de modernisation de la gestion publique [qui] ont été marqués par une rhétorique libérale (Jarvis, 1999 et 2002; Teisman et Klijin, 2002) et des initiatives gouvernementales favorables à la redéfinition du périmètre d'action et des modes d'intervention de l'État (Dwivedi et Gow, 1999; Klijin et Teisman, 2002; Lacasse, 2003) et des collectivités (Divay et Mazouz, 2008). Crise budgétaire persistante, revendications socioéconomiques soutenues, dette publique cumulée ont fini par ébranler les modes traditionnels de prestation de services publics. Les vagues de privatisations massives menées par les gouvernements britannique et néo-zélandais ont été très sévèrement décriées par les populations et ont incité les décideurs politiques à explorer de nouvelles configurations organisationnelles (Hult, 1987) et des stratégies d'offre de services publics innovantes (Austin, 2000). » Ainsi, c'est le contexte politique et économique qui est à la base de l'ouverture vers les PPP, qui se positionnent notamment comme des solutions innovantes à des problèmes de financement.

À noter que depuis l'arrivée au pouvoir en octobre 2018 du gouvernement caquiste, une ouverture semble se tracer quant à l'intégration du privé dans le système de la santé et des services sociaux, au niveau de l'offre générale. En effet, de nombreux centres médicaux spécialisés (CMS) ont conclu des ententes en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, stipulant qu'un « établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes :

- 1° la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement;
- 2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux. » (CanLII 2020). Sous cette disposition de la loi, la clinique de

Chirurgie Dix30 a signé des ententes avec les trois CISSS de la rive-sud pour les deux prochaines années.

Il va sans dire qu'il existe une multiplicité de modèles de PPP, colorés par la nature des acteurs, les objectifs, les conditions, les politiques qui les supportent, mais, ultimement, à travers tous ces différents profils, des conditions de succès et des obstacles persistent et peuvent être identifiées comme dénominateur commun.

Quelle est la pertinence de se pencher sur le thème des PPP à l'heure actuelle ? Aujourd'hui, cette problématique sociétale est d'autant plus pertinente que le remaniement du système de la santé et des services sociaux à l'initiative de l'ex-Ministre libéral de la santé et des services sociaux Gaétan Barrette dans le contexte de la loi 10. Ce remaniement de la structure du système laisse la porte ouverte à de la réflexion quant à ce qui pourrait se faire au Québec.

Ultimement, ce travail vise à générer de la connaissance afin de faciliter l'implémentation des PPP dans le domaine de la santé et des services sociaux. Nous pensons notamment qu'il est pertinent d'ancrer les problématiques soulevées dans ce projet de recherche aux enjeux sociétaux auxquels nous avons fait face lors de la crise liée à la pandémie de covid-19. La pandémie a révélé au grand jour les vulnérabilités du système de santé, tant privé que public. Plusieurs cas d'horreur ont frappé l'imaginaire des Québécois, comme celui de la résidence Herron de Dorval, dont le rapport d'enquête (Gagnon, 2020) met notamment en cause l'enjeu de pénurie de personnel et le recours aux agences de placement privées :

« Le contexte actuel de la pénurie de main-d'œuvre a obligé les établissements du réseau à recourir massivement à cette mesure au cours des dernières années. La crise engendrée par la pandémie aura par ailleurs mis en relief les défauts et les limites de cette pratique. En plus de générer des dépenses additionnelles importantes, compte tenu du coût de revient de cette main-d'œuvre comparativement à la rémunération que l'on retrouve au sein du réseau de la santé et des services sociaux, la pression qu'exerce la demande en matière de ressources humaines conduit aujourd'hui au recours à une main-d'œuvre qui n'est pas toujours formée et qualifiée. Le CHSLD Herron n'aura malheureusement pas échappé à cette réalité » (Gagnon, 2020).

Ainsi, sans nécessairement remettre en cause la pertinence de recourir à une agence privée de placement, le rapport d'enquête soutient que la mise « en place des mécanismes formels d'échanges et un plan de communication s'adressant tant à l'environnement interne qu'à l'environnement externe » (Gagnon, 2020) permettrait de renforcer la relation de

partenariat, ce qui, en retour, permettrait sans doute d'éviter une telle hécatombe dans le futur. Nous pensons donc qu'il est pertinent de se pencher sur la question des PPP afin de dégager de réels éléments de solution favorisant leur intégration et permettant ainsi de renforcer le système de la santé et des services sociaux, dans un contexte où les deux parties sauraient bénéficier l'une de l'autre.

À l'origine, le projet de cette recherche est né avec la volonté du Conseil des Entreprises Privées en Santé et Mieux-Être (CEPSEM) d'approfondir leur connaissance des conditions de succès aux PPP dans le domaine de la santé et les services sociaux. Il n'existait pas de recherche précise à ce sujet alors, d'où l'intérêt d'en mener une. Pôle Santé, chaire de recherche en gestion de la santé et des services sociaux d'HEC Montréal, a donc fait son entrée en jeu : CEPSEM lui confie le mandat de mener à terme cette recherche, contre rémunération.

2. REVUE DE LITTÉRATURE

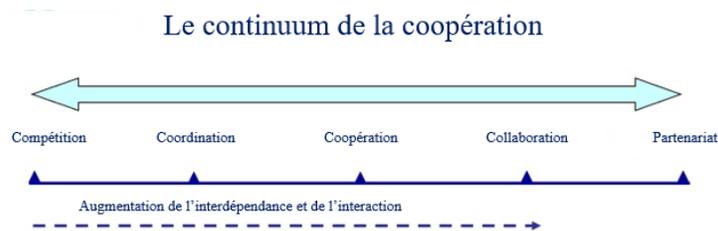
Dans cette section, nous nous occuperons à détailler et à baliser les termes phares de cette recherche. Comme nous l'avons mentionné en première partie, il existe une multitude de partenariats possibles; il convient donc de définir adéquatement l'objet de la recherche. Qui plus est, puisque nous nous intéressons à la notion de succès dans un partenariat, il est pertinent d'expliquer ce que constitue un succès dans un tel contexte.

2.1 LE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE : DEFINITION ET CARACTERISTIQUES CLES

Dans une perspective de management, Franck Brulhart (2005 : 167) avance que « les pratiques partenariales, via le recours à la coopération et à la coordination de plusieurs partenaires, doivent permettre d'optimiser le processus de création de valeur de l'entreprise ». C'est dire qu'un partenariat doit permettre de créer de la valeur, qui est la mission première de la volonté partenariale. Notons également la mention des concepts de « coopération » et de « coordination » (Brulhart, 2005). Selon Christopher Wilson (2012), ceux-ci correspondent à une première étape d'intégration vers le partenariat. Toujours selon Wilson (2012), « le degré de coopération choisi devrait l'être selon la complexité de l'enjeu et le niveau d'interdépendance. Lorsque la complexité et l'interdépendance

évoluent, le type de coopération devrait aussi changer. Le type de coopération devrait être choisi pour atténuer la tendance rationnelle aux intérêts individuels et les « pièges sociaux ». » (Wilson, 2012). En d'autres termes, le partenariat est d'abord et avant tout un changement de paradigme pour les parties impliquées, qui doivent cesser de considérer l'autre comme un compétiteur. Un certain degré d'interdépendance doit donc s'établir, d'abord par l'énonciation d'objectifs communs. Plus le degré d'interdépendance est élevé, plus l'on a évolué dans le continuum vers le partenariat véritable, par opposition à la compétition.

Figure 1: Le continuum de la coopération adapté de Christopher Wilson (2012)



Toujours selon Brulhart (2005), on connaît depuis une vingtaine d'années une augmentation des initiatives partenariales, notamment sous la forme d'organisations « hybrides ». L'auteur distingue deux types de partenariat : les intégrations horizontales, qui correspondent aux partenariats réalisés entre deux organisations similaires, par exemple les coentreprises; et les intégrations verticales, qui correspondent aux partenariats réalisés dans une perspective de gestion de l'approvisionnement, soit l'intégration d'une étape antérieure ou postérieure dans le processus de création de la valeur. Brulhart (2005 : 167) s'intéresse davantage à ces dernières : « Dans cette perspective, on peut souligner plus particulièrement l'intérêt porté aux relations coopératives verticales (Dwyer, Schurr et Oh, 1989; Heide et John, 1988; Johnston et Lawrence, 1988; Anderson et Narus, 1990; Ellram et Cooper, 1990; Holm et Eriksson, 1999; Ruyter, Moorman et Lemmink, 2001). Les entreprises sont de plus en plus intéressées par la possibilité de construire des relations partenariales avec leurs fournisseurs ou leurs clients (Kistner, Di Benedetto et Bhoovaraghanvan, 1994; Leahy et Murphy, 1995; Jeffries et Reed, 2000; Calvi, Le Dain et Harbi, 2000). » On attribue de nombreux effets positifs à ces initiatives : « réduction des

coûts, réduction des risques, amélioration de la réactivité et de la flexibilité, transfert de compétences, accroissement du potentiel de développement » (Brulhart, 2005 : 168).

Réjean Tremblay, Gilles Saint-Laurent et Martin Beaulieu (2003), dans « Les embûches à un partenariat public-privé dans le secteur de la santé », abondent dans le même sens en soutenant que les partenariats peuvent se définir comme suit : « Le partenariat est une relation d'affaires entre un client et son fournisseur s'appuyant sur un engagement à long terme prévoyant un partage des bénéfices, des coûts et risques autour d'objectifs mutuellement partagés entre les deux parties. »

Barry, Boidin et Yaya (2014 : 20) conçoivent, quant à eux, le partenariat comme « un contrat entre des acteurs variés (ONG, État, OIG, Entreprises, etc.), mais considérés comme égaux, pour atteindre des objectifs communs. Il s'agit d'un contrat « horizontal » dans le sens où il n'y a pas, en théorie, de relation d'agence. Les acteurs sont des partenaires qui cherchent dans une relation contractuelle les moyens d'atteindre des objectifs. »

Amira Bouhamed et Jamil Chaabouni (2008 : 72), dans « Partenariat public-privé en Tunisie : Les conditions de succès et d'échec », se basent sur la définition de Choe (2002 : 281) selon laquelle « les PPP rassemblent un large éventail de talents et de ressources provenant aussi bien du secteur public que du secteur privé. Ils produisent des résultats qui profitent à tout le monde et qui sont dans la ligne des intérêts et des problèmes généraux de la Société ».

Selon Mazouz (2012), « les PPP font partie des formes organisationnelles issues des mouvements d'ouverture et de rapprochement opérés de manière contractuelle entre les États et les entreprises privées (Mazouz, 2009) et visant la conception, le financement, la réalisation et l'exploitation de projets publics. »

Benoit A. Aubert et Michel Patry (2004), dans « Les PPP : une option à considérer », apportent une distinction importante : au-delà de la simple relation d'impartition, supposant une délégation simple de tâches, le partenariat est une relation à long-terme beaucoup plus complexe et profonde. En d'autres termes, il ne s'agit pas simplement de déléguer des tâches vers un agent externe ou d'impartir une fonction moins bien maîtrisée par l'entreprise. La notion d'autonomie est fondamentale, en ce sens où les partenaires maintiennent chacun leur identité, leurs façons de faire et leurs valeurs, tout en cherchant à trouver un terrain d'entente via l'établissement d'objectifs communs. Mais les objectifs

vers lesquels tendent les parties prenantes deviennent organiquement liés. Le tableau ci-après résume les distinctions principales entre la relation de sous-traitance et la relation de partenariat public-privé.

Tableau 1: Sous-traitance et partenariat : quelques distinctions (Aubert et Patry, 2004 : 75)

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

Les auteurs donnent l'exemple des contrats de déneigement par opposition aux contrats de traitement des eaux usées : « par exemple, l'enlèvement de la neige est souvent confié à des entrepreneurs privés par les municipalités dans le cadre de la sous-traitance. Les gouvernements municipaux conservent presque tous les droits de gestion et déterminent à quel endroit et à quel moment les preneurs d'ordres seront appelés à procéder à

l'enlèvement de la neige. [...] Ces relations contractuelles sont normalement de courte durée, correspondant souvent à une saison. Par contre, lorsque la ville de Hamilton, en Ontario, a confié le traitement de son eau potable ainsi que de ses eaux usées à une entreprise pour une période de 10 ans, elle est entrée dans un cadre de partenariat de type gestion déléguée. » (Aubert et Patry, 2004 : 75).

Le recours à une introduction du « privé » dans le système public sert essentiellement à dégager des fonds. Dans un système de santé public, le recours au privé se fait dans un contexte où la partie publique elle-même ne dispose pas des ressources nécessaires pour répondre à un besoin identifié ou souhaite plutôt consacrer les ressources en question à d'autres projets prioritaires.

Ces deux structures essentiellement différentes sont juxtaposées pour offrir un service optimal à la population. D'une part, la mission du public est de garantir une universalité des soins et de l'accessibilité; d'autre part, le privé cherche à assurer sa propre survie par la recherche du profit et – par une action de la main invisible – à offrir un service irréprochable au client. Selon Bouhamed et Chaabouni (2008 : 79), « les entreprises poursuivent deux principaux objectifs : celui du profit et celui du développement de relations multiples au niveau de l'administration et de l'amélioration de leur réputation ». Lorsque conjuguées, ces deux missions permettraient d'offrir des services plus accessibles et de meilleure qualité.

Pour le public, il s'agit d'une occasion de déployer des soins qu'il ne serait en temps normal pas en mesure de dispenser en raison de son budget limité; pour le privé, c'est une occasion d'élargir son champ d'activités en assoyant sa réputation. La population, quant à elle, doit bénéficier d'un meilleur service et d'un accès aux soins de santé bonifié. En somme, une entente publique-privée est donc théoriquement une entente avantageuse pour tous. Afin, toutefois, de dégager ces bénéfices de chaque côté, certaines actions et attitudes à adopter incombent à chacune des parties impliquées.

Les partenariats apparaissent somme toute comme des véhicules de succès potentiels, mais encore faut-il que le partenariat en question soit un succès, ce qui nous mène à la question suivante : « Comment définir le succès? ».

2.2 LE SUCCES D'UN PARTENARIAT PUBLIC-PRIVE

Le succès est une notion aux multiples facettes dont les définitions varient considérablement selon les contextes où elle est employée. Il est donc pertinent de s'attarder à définir les balises de ce que nous appellerons succès dans ce projet de recherche.

Dans « La capacité partenariale, pilier de la réussite d'un partenariat public-privé », Lise Préfontaine, Dorra Skander et Valéry Ramonjavelo (2009 : 325) nous apprennent qu'en « gestion de projet, les auteurs définissent le succès en fonction de trois principaux critères représentés sous la forme d'un triangle : **respect du budget, de l'échéancier** ainsi que des **spécifications et attentes des usagers ou clients**. (Pinto et Slevin 1988) Du point de vue du partenaire public, cette perception du succès peut également intégrer un quatrième critère, à savoir les **bénéfices socio-économiques issus du projet**. (Couillard et Navarre) ».

Brulhart (2005 : 171), à l'instar de Préfontaine, Skander et Ramonjavelo (2009), explique que « la mesure de la réussite des manœuvres de partenariat est sujette à débat et il n'existe pas véritablement de consensus sur la mesure de la performance du partenariat [...] (Shamdasani et Sheth, 1995 ; Gulati, 1998 ; Kale et al. 2002). » Mais l'auteur propose tout de même une mesure qui servirait à « trianguler » les résultats obtenus par le biais d'outils plus traditionnels, tels que des outils de mesure financiers : c'est l'évaluation de la satisfaction de chaque partie par rapport à la relation (Brulhart, 2005). Cette dernière variable permet en effet de théoriser quant à la longévité du partenariat, voire quant à la probabilité qu'un tel partenariat se répète dans le futur entre les mêmes acteurs. En effet, le rassemblement seul des trois critères énoncés plus haut ne permet pas de tirer de conclusions quant aux considérations propres à chacune des parties prenantes. Les acteurs ont-ils apprécié leur expérience de partenariat ? Si le résultat a été atteint, que le budget et l'échéancier ont été respectés et que les usagers sont satisfaits, considèrent-ils que leurs efforts conjoints ont été à la source du résultat ou trouvent-ils au contraire qu'ils ont dû compenser face à un manque de proactivité de leur partenaire ? C'est dire que la satisfaction vis-à-vis de la relation de partenariat permet d'obtenir une meilleure vision de l'expérience terrain du partenariat, ultimement.

Bouhamed et Chaabouni (200 : 73) soutiennent qu'afin de mesurer le succès global d'un partenariat public privé, il faut également tenir compte de la satisfaction des usagers qu'il vise à desservir, le partenariat public privé n'étant conclu que dans une logique de service public : « Par ailleurs, un des principaux enjeux des PPP est d'améliorer le bien-être collectif. C'est au consommateur des services publics d'apprécier l'atteinte de cet objectif (Rapport de développement dans le monde, 1994 : 78) ».

En outre, les PPP étant généralement des projets de grande envergure cherchant à générer des solutions durables et qui transformeront le visage de la société afin d'améliorer le bien-être collectif, la notion de succès ne saurait être complètement englobée par celle de la gestion de projets. Plutôt, les PPP sont des initiatives dont le fonctionnement est assuré par la conduite d'une multitude de petits projets, mais dont le tout dépasse la somme des parties. La construction d'un pont, d'installations pour personnes âgées ou handicapées, la gestion d'un problème de santé public tel que les listes d'attente pour les chirurgies de la cataracte, pour n'en nommer que quelques-uns, sont tous des enjeux sociétaux dont la portée est très large. Ainsi, il convient de poser comme critère de succès la pérennisation du PPP ou du moins de ses retombées (Jobin et Fortin, 2016). Certains projets, en raison de leur nature, ne seront pas pérennisés. On parle par exemple de l'abolition de listes d'attente dans un secteur donné. Une fois les listes d'attente abolies, le projet prend fin. Mais les retombées ont toujours lieu, en ce que la population a désormais un accès facilité aux soins.

C'est donc dire que le PPP doit donc avoir eu des conséquences positives durables, au-delà du simple respect de l'échéancier ou du budget. Un partenariat livré à temps et dont le budget a été respecté, mais qui est aboli au bout d'un an peut-il être sacré de succès ? En définitive, les PPP nécessitent des investissements majeurs, de toutes les parties concernées. Les retombées doivent donc être à la hauteur tant de ces investissements que des objectifs souvent ambitieux qui ont été fixés.

De plus, les PPP doivent présenter une particularité innovatrice (Jobin et Fortin, 2016). Les PPP peuvent être classés en deux catégories : les PPP comme projets sociétaux d'avancement et de développement – plus rares dans le contexte économique actuel – et les PPP comme solutions à des problèmes. Dans les deux cas, mais surtout dans le second, le PPP doit faire montre d'un caractère innovant. Les problèmes, à l'échelle sociétale, sont

souvent le résultat d'une inertie, qu'elle soit décisionnelle, structurelle ou autre. Une solution adéquate devra donc rompre avec le cadre cognitif établi en proposant une nouvelle façon de faire les choses. Un PPP couronné de succès est donc un PPP dont les décideurs auront fait montre d'une capacité à innover, puisqu'il aura rompu avec l'inertie ayant mené à la création du problème.

Enfin, bien qu'il n'existe pas de consensus établi quant à ce qu'on définit comme un « succès » au sein d'un partenariat, il en ressort ces variables qui permettent d'obtenir une vision intégrée de la chose. Ces variables serviront de point de référence pour ce présent travail de recherche.

Tableau 2 : Critères de succès d'un PPP

Critères de succès d'un PPP
<ul style="list-style-type: none">• Définition classique du succès en gestion de projet<ul style="list-style-type: none">○ Respect du budget○ Respect de l'échéancier○ Respect des spécifications et attentes des usagers ou clients• Satisfaction de chaque partie par rapport à la relation• Pérennisation du projet ou de ses retombées• Caractère innovant du PPP

Il est pertinent ici de s'attarder aux conditions de réalisation de ce succès, soit les conditions que doivent réunir les partenaires public et privé, tant dans la négociation que dans l'exécution du partenariat, afin d'assurer le succès du projet.

2.3 LES CONDITIONS DE SUCCES

Dans cette section, nous nous emploierons à définir les conditions de succès qui composeront l'outil principal de notre analyse future.

2.3.1 LA COMMUNICATION

Selon Bernard Dubé, Joseph Facal et Bachir Mazouz (2009 : 295), dans « La communication, un outil de gouvernance des PPP », « l'entente interinstitutionnelle, conclue entre un (des) partenaire(s) public(s) et un (des) partenaire(s) privé(s), [...] prévoit un processus conjoint de prise de décision, précise des objectifs à atteindre (ou résultats) en terme de prestation de services à la population, aux entreprises et aux institutions, définit

des standards de réalisation, des règles de financement et des normes d'exploitation, et [...] prévoit des mécanismes d'identification des responsabilités et de partage spécifique des risques et des retombées, de manière à procurer des avantages mutuels. » C'est dire que les PPP, pris ici sous le terme plus large « d'entente interinstitutionnelle », prévoient plusieurs étapes d'exécution où la communication peut jouer un rôle potentiellement crucial. Une communication de qualité sera un atout afin de voir au bon déroulement du projet, notamment en raison du processus conjoint de prise de décision duquel découle l'identification des objectifs à atteindre dans une logique d'avantages mutuels.

Les auteurs ne placent pas la communication comme seul facteur décidant du succès d'un partenariat, mais s'entendent tout de même pour lui accorder une place centrale. L'exemple du cas Bonjour Québec, un partenariat public-privé mettant en scène l'entreprise privée Bell ainsi que Tourisme Québec, permet de tirer des leçons quant à l'étendue du rôle de la communication dans le bon déroulement d'un partenariat public-privé, à travers les quatre variables énoncées plus haut. Le projet avait pour objectif cinq éléments distincts : « 1- informatiser la base de données ; 2- intégrer un module de réservations d'hôtel ; 3- déployer un lien avec un centre d'appels ; 4- établir un système de collecte d'informations sur la clientèle ; 5- et assurer le déploiement de BQC dans treize régions touristiques du Québec. » (Dubé, Facal et Mazouz, 2009 : 300). Les échanges communicationnels entre les différents partenaires de ce projet ont été étudiés afin de mesurer l'étendue de l'implantation des quatre variables. En se basant essentiellement sur des observations ainsi que des entrevues semi-dirigées, les auteurs sont notamment parvenus à la conclusion que dans le contexte des PPP, la hiérarchie ne semble pas occuper une place importante dans la communication entre les différents partenaires et que la constitution de comités incluant des joueurs de plusieurs niveaux hiérarchiques permet d'obtenir des échanges communicationnels sans musellement.

On retient donc de l'exemple de Bonjour Québec qu'une condition de succès est la mise en place de mécanismes de communication formels, notamment sous la forme de comités sur lesquels siègent des personnes de rangs hiérarchiques variés, se sentant capables et libres de questionner et de contester les décisions prises par les décideurs. En d'autres termes, un partenariat doit se doter d'endroits « neutres » où la discussion est permise et où le consensus fait objet d'autorité plutôt que l'autorité hiérarchique en elle-même.

Brulhart (2002), quant à lui, soutient, dans « Le rôle de la confiance dans le succès des partenariats verticaux logistiques : le cas des coopérations entre industriels agro-alimentaires et prestataires logistiques », que la communication a un impact positif sur le succès du partenariat logistique. Cette hypothèse, formulée dans le cadre du même projet de recherche mentionné précédemment, se trouve en effet validée : « par ailleurs, nos résultats valident une influence positive significative de la communication sur l'engagement. En ce sens, une communication et une transparence accrue semblent réduire les craintes de comportements opportunistes en diminuant l'incertitude attachée à la relation, ce qui provoque un engagement supérieur dans le partenariat. » (Brulhart, 2002 : 20). Il en ressort donc explicitement que la communication – et la communication transparente – a un effet positif sur l'engagement vis-à-vis du partenariat, notamment en réduisant l'incertitude des acteurs. Dans un partenariat où la transparence règne, les incertitudes ne subsistent pas longtemps.

Préfontaine, Skander et Ramonjavelo (2009 : 326) nous renseignent davantage en précision sur le rôle de la communication comme condition de succès en soutenant qu'elle se doit d'être « fréquente entre les partenaires afin de coordonner au jour le jour les activités opérationnelles ». La communication joue donc un rôle au niveau de l'arrimage des activités quotidiennes vers l'objectif commun poursuivi par le partenariat. Les auteurs évoquent une autre dimension à la communication : plutôt que de se dérouler uniquement entre les deux partenaires concernés, ces derniers avancent qu'il est important d'inclure la totalité des parties prenantes du partenariat afin de s'assurer de la satisfaction maximale des objectifs. Ainsi, un comité des usagers, voire un représentant des usagers siégeant sur les autres comités formels, permettraient de maintenir une vision à long-terme et globale du partenariat, dans une logique de service rendu à la population, qui doit être l'objectif poursuivi dans un partenariat public privé touchant le domaine de la santé et des services sociaux. À cela, les auteurs ajoutent que la présence de la totalité des parties prenantes peut permettre de réduire les éventuelles appréhensions vis-à-vis du partenariat : « Le Conseil national des partenariats public-privé des États-Unis suggère même une communication qui dépasse les frontières du partenariat pour toucher également les parties prenantes (internes et externes) affectées à divers niveaux par les résultats des PPP. Le fait de mettre en place une stratégie d'information et de communication vis-à-vis de l'ensemble des

parties concernées par les PPP permet d'aller au-devant d'éventuelles résistances et d'atténuer certains doutes et d'assurer la réussite de ces partenariats aussi bien sur le plan opérationnel que global. » (Préfontaine, Skander et Ramonjavelo, 2009 : 326). En d'autres termes, la communication sert aussi à ancrer le partenariat de façon positive dans le contexte sociopolitique dans lequel il évolue.

2.3.2 LA CLARTE DES OBJECTIFS

Avant même la fin de la négociation des modalités d'un partenariat, sous la forme d'un contrat, il est primordial pour les parties concernées de se doter d'une vision claire de ce que le partenariat sert à accomplir. Si les objectifs sont flous, il sera difficile de réajuster le tir au sein du partenariat pour s'assurer de son efficacité. Selon Barry, Boidin et Yaya (2014 : 313), en effet, « une coordination efficace (efficacité entendue ici comme l'atteinte d'un objectif d'amélioration de la santé de populations considérées comme vulnérables) exige d'avoir 1) des **objectifs communs limités clairement précisés et réalistes** [...] ». Notons l'emploi du mot « commun ». Il sous-tend l'idée selon laquelle les objectifs poursuivis par le partenariat doivent être, d'une part, partagés par les différents partenaires, mais également profitables pour les deux parties. Selon les mêmes auteurs, « les PMP sont fondés sur l'idée de contrat vertueux entre les parties. [...] La rationalité individuelle et la recherche de l'intérêt rendent en effet les conflits *a priori* solubles dans le contrat qu'est le plan d'action stratégique. Dans cette logique, il ne peut y avoir de conflits insolubles et ce d'autant moins que les agents sont mus par la recherche d'avantages mutuels, qu'optimiseront des contrats équitables. » (Barry, Boidin et Yaya, 2014 : 314). La clarté des objectifs à travers l'établissement d'un contrat clair a donc également pour fonction la résolution de conflits potentiels : les auteurs nous disent en ce sens que « la théorie des parties prenantes considère [...] que la prise en compte et l'agrégation des intérêts particuliers peuvent converger vers un bien commun. Cette approche a-conflictuelle présente l'intérêt de faciliter une délibération, donc une coordination optimale. » (Barry, Boidin et Yaya, 2014 : 315).

Aubert et Patry (2004 : 80) insistent aussi sur la nécessité de se doter d'objectifs clairs, précis et vérifiables : « Une définition claire et explicite des objectifs visés par l'État est essentielle pour qu'un partenariat public-privé puisse être mené à bien. [...] Sans une définition précise des objectifs poursuivis par les gouvernements, la conclusion d'ententes

de partenariat public-privé ne pourra générer d'avantages substantiels et durables pour les citoyens et les usagers. » Des outils de mesure doivent donc, selon eux, être clairement établis d'entrée de jeu : « les gouvernements doivent ainsi définir des cibles de performance sur les plans des coûts, des investissements, des niveaux de service, etc., et utiliser celles-ci dans les ententes contractuelles. » (Aubert et Patry, 2004 : 80).

Préfontaine, Skander et Ramonjavelo (2009 : 325) parlent, quant à eux, de « clé de voûte » lorsqu'ils abordent la clarification des objectifs. En effet, ces derniers soutiennent que « la clarification des objectifs a été identifiée comme primordiale pour le succès des PPP par diverses instances gouvernementales dont l'Agence des partenariats d'affaires du gouvernement du Québec et le Public-Private-Partnerships for Urban Environment (PPPUE-2008), ainsi que par plusieurs chercheurs dans ce domaine. » (Préfontaine, Skander et Ramonjavelo, 2009 : 325).

Au-delà de considérations purement logistiques, la clarté des objectifs endosse également un rôle non-négligeable : celui de pallier aux différences de culture qui existe entre ces deux structures. Barry, Boidin et Yaya (2014) abordent spécifiquement le contexte des PPP dans le domaine de la santé en avançant l'idée des « images politiques » de la santé, soit ces sortes de paradigme, ces façons de concevoir la santé selon la nature de l'acteur et son rôle sociopolitique. Ainsi, les auteurs prétendent que la clarté des objectifs dans le contexte d'un partenariat public privé dans le domaine de la santé et des services sociaux passe par l'adéquation des images politiques de la santé : « dans le domaine de la santé, plusieurs conceptions coexistent : santé comme droit humain, comme facteur de développement, comme enjeu de sécurité ou d'insécurité mondiale, comme coût économique, etc. Or les images politiques de la santé sont de plus en plus entrecroisées, de sorte qu'aucun acteur ne peut aujourd'hui revendiquer la paternité ou le monopole d'une approche. Ces images politiques renvoient à des motivations « sociopolitiques » qui participent au choix d'une action et de sa nature. Ainsi, pour amener un acteur à agir dans la lutte contre une maladie, le paludisme par exemple, il faut la présenter de sorte qu'elle soit en phase avec l'image politique de l'acteur. » (Barry, Boidin et Yaya, 2014 : 316).

En d'autres termes, la clarté des objectifs est aussi, en amont, le lieu d'accord des visions diverses des deux partenaires. C'est le moment charnière où les objectifs seront arrimés dans une logique d'avantages mutuels selon la nature de chacun des partenaires ainsi que

des objectifs ultimes poursuivis (en santé publique, l'objectif sera le service rendu à la population en définitive de ce partenariat).

2.3.2.1 DES OBJECTIFS COMMUNS LIMITES CLAIREMENT PRECISES ET REALISTES

Cet élément de succès, selon Barry, Boidin et Yaya, contient plusieurs idées auxquelles il est pertinent de s'intéresser. En effet, selon les auteurs, une des clés du succès des PPP est l'énonciation d'objectifs communs limités, soit des objectifs vers lesquels les différentes parties du partenariat tendront simultanément. Il est donc important selon les auteurs que les objectifs du partenariat concernent les deux (ou davantage) parties de façon explicite et que les contours des objectifs soient clairement définis. Les objectifs doivent également être « clairement précisés » (Barry, Boidin et Yaya, 2014 : 313), en ce sens où il doit y avoir une trace claire de leur existence; il ne suffirait pas, par exemple, de se contenter d'une entente implicite. Un contrat où les objectifs figureraient de façon explicite serait davantage pertinent afin d'assurer le succès de l'entreprise. Enfin, les objectifs doivent être réalistes. Les PPP sont généralement une initiative du public cherchant à répondre à un besoin pour laquelle il sollicite le savoir-faire du privé. Ainsi, bien que pour des raisons politiques et sociales, notamment, il soit indiqué de répondre rapidement aux besoins des citoyens, par exemple en matière d'accessibilité aux soins, lorsque vient le temps de conclure un partenariat, les attentes doivent demeurer réalistes au vu des ressources allouées pour le projet. Il en va de son succès, selon Barry, Boidin et Yaya (2014).

2.3.2.2 DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS CLAIREMENT DÉLIMITÉS D'UN COMMUN ACCORD

De la même manière, selon Barry, Boidin et Yaya (2014), il convient que les rôles et les responsabilités soient clairs dans l'esprit de chacun des participants au PPP. Le succès du partenariat sera d'autant plus probable si les rôles et les responsabilités sont facilement reconnus par chacun. Qui plus est, il est important selon les auteurs que le tout soit fait d'un accord commun, soit que chacun soit satisfait avec le rôle qu'il aura à jouer dans le cadre du partenariat.

2.3.3 LA RIGIDITE « OPTIMALE » DU CONTRAT

Les dimensions légale et contractuelle encadrant le partenariat ne sont pas à négliger. L'élaboration d'un contrat pour un PPP relève d'un travail ardu et complexe, puisque le

contrat doit à la fois refléter les considérations des parties prenantes, tout en énonçant les objectifs et les responsabilités incombant à chacune des parties, parmi d'autres éléments. La rédaction d'un contrat est donc matière délicate à manipuler avec soin. D'une part, un contrat bien étayé permet de réduire les incertitudes, mais s'il devient trop détaillé, il peut avoir des conséquences sur le niveau de confiance des partenaires : « Selon Perrot, un contrat très précis reflète la faible confiance entre les partenaires : « *Si cet état d'esprit s'instaure au moment de la rédaction, il y a fort à parier que ce comportement va perdurer lors de la mise en œuvre [...]* ». Au nom de la confiance, les partenaires s'entendent donc sur des objectifs et des principes généraux qui prennent en compte les attentes et les perceptions des partenaires. Pourtant, de tels accords n'améliorent en rien la coordination. » (Barry, Boidin et Yaya, 2014 : 318). Il y a donc une tension à naviguer entre un contrat général aux objectifs imprécis dont la conséquence sera notamment une difficulté à mesurer la performance et un contrat trop précis dont le résultat pourrait être un sentiment de perte d'autonomie chez les partenaires impliqués. En effet, Barry, Boidin et Yaya (2014 : 317) affirment que « si les États sont attachés à leur souveraineté, les acteurs privés sont attachés à leur indépendance ».

Bouhamed et Chaabouni (2008 : 75) évoquent cette tension à naviguer dans ce qui suit : « selon la théorie des coûts de transaction, les acteurs ont des comportements opportunistes (Williamson, 1975). L'objet des contrats de partenariat est de formuler les engagements bilatéraux de manière à réduire ces risques d'opportunisme (Calvi et al., 2000 :10). Or, les contrats réels sont relativement incomplets et ne sont pas strictement appliqués (Nogatchewsky 2003 :174) ».

De la même manière, Aubert et Patry (2004 : 84) placent en le contrat le « point d'ancrage » de la relation de partenariat : « Dans le cas des PPP, l'entente contractuelle constitue le point d'ancrage de la relation entre les partenaires, mais elle n'est pas suffisante pour assurer une coopération durable. » C'est donc dire que le contrat sert bien souvent de point de départ, de cristallisation de la relation de partenariat, mais elle ne saurait garantir l'aboutissement fructueux du partenariat. La notion d'équilibre revient ici aussi, en ce que les auteurs affirment que « les parties doivent en effet s'entendre sur un cadre à l'intérieur duquel elles s'ajusteront mutuellement. Comme on le dit souvent, elles devront apprendre à gérer une relation plutôt que des contrats. Et cela est souvent difficile. » (Aubert et Patry,

2004 : 84). Sans doute la métaphore du mariage peut-elle illustrer partiellement l'idée avancée par les auteurs, en ce sens où le contrat de mariage sert souvent de point de départ, mais ne saurait garantir le succès de l'union. Ce sont les deux partenaires qui devront apprendre à apprivoiser la relation et à nourrir leur union tout en préservant leur identité propre.

Préfontaine, Skander et Ramonjavelo (2009 : 333) abondent sensiblement dans la même direction en insistant sur l'importance du contrat dans la relation de partenariat public-privé : « Plusieurs auteurs, tels Ramonjavelo *et al.*, soulignent l'importance de l'existence de textes juridiques encadrant la réussite des partenariats. À l'instar des expériences vécues dans plusieurs pays et relatées dans la littérature, il est indispensable d'avoir des cadres réglementaires qui assurent non seulement l'équilibre entre les intérêts des secteurs public et privé, mais aussi permettent d'avoir un socle régissant ces types d'ententes contractuelles. À l'inverse, la carence en termes de cadre légal et de textes juridiques spécifiques peut causer des retards dans l'exécution du mandat ou même son échec. » L'idée du socle ici renvoie aux multiples images employées jusqu'à présent : nous avons parlé de mariage, de point d'ancrage, de cristallisation, etc. Le contrat est donc ce liant dans lequel on peut lire tant les objectifs, les façons de faire que les identités propres des parties prenantes, et qui doit être déterminé en amont de la relation.

À cela, Barry, Boidin et Yaya (2014 : 317) nous rappellent que « l'élaboration, puis la mise en œuvre d'un contrat (plan d'action stratégique, document de stratégie de développement) induisent des coûts de négociation et de surveillance du contrat. Plus le contrat sera précis, plus ces coûts augmenteront. Le coût de négociation d'un contrat peut être très élevé si les acteurs ont des images politiques différentes ». On comprend donc que plus deux partenaires sont de nature différente, plus la tâche de réaliser un contrat à leur image sera ardue, d'où la nécessité de trouver ce point d'équilibre. Dans un contexte où les ressources allouées au déploiement d'un partenariat sont décidées d'entrée de jeu, il serait peu efficace d'en accorder une trop grande part à la surveillance du contrat.

2.3.4 LA CONFIANCE

Dans « Le rôle de la confiance dans le succès des partenariats verticaux logistiques : le cas des coopérations entre industriels agro-alimentaires et prestataires logistiques » de Franck Brulhart (2002 : 8), ce dernier retient la définition suivante du concept multidimensionnel

de la confiance : « **la volonté de se fier à un partenaire d'échange en qui l'on croit**. En outre, nous insistons sur l'idée que la confiance est sous tendue par deux composantes : la **crédibilité**, qui fait référence à la capacité de l'autre partie à remplir ses obligations de manière fiable et efficace et la **bienveillance**, qui est fondée sur la volonté supposée du partenaire de se comporter de façon honnête. » L'auteur lui attribue un rôle aux multiples facettes : « d'une part, elle réduit la perception du risque associé aux comportements opportunistes de l'autre partie en diminuant leur probabilité d'apparition ; d'autre part, elle augmente l'assurance qu'ont les partenaires de ce que les difficultés ou les inégalités intervenant à court terme seront résolues et résorbées à long terme ; enfin, elle permet aux parties de s'assurer que cette adaptation aux contingences imprévues se fera de manière mutuellement bénéfique, leur permettant ainsi de limiter leurs accords à des contrats incomplets, laissant la place à une adaptation *ad hoc* (Mohr et Spekman 1994 ; Ganesan 1994). » (Brulhart, 2002 : 8).

Toujours selon Brulhart (2002 : 8), « la confiance constitue pour les partenaires une assurance que les obligations futures seront assumées par l'autre partie (Moore 1998). Dans ces analyses, la confiance est considérée comme la clef de voûte du succès du partenariat ; elle génère un sentiment de sécurité chez les partenaires et leur permet une plus grande liberté de manœuvre favorable à l'épanouissement du partenariat (Ellram 1995 ; Moore 1998 ; Tate 1996). »

Ces réflexions mènent l'auteur à la formulation de l'hypothèse H1 suivante : « La confiance a un impact positif sur le succès du partenariat logistique » (Brulhart, 2002 : 9). Afin de la valider ou de l'infirmier, l'auteur mène un projet de recherche dans le contexte de l'industrie agro-alimentaire, avec la méthodologie suivante : « 766 entreprises les plus importantes du secteur de l'agro-alimentaire et [...] 750 sites logistiques dépendant des 75 plus grands prestataires. Notre choix de la personne cible s'est porté sur la personne responsable logistique des entreprises agro-alimentaires et sur le directeur de site pour le secteur logistique. [...] Sur les 1516 questionnaires envoyés, 219 questionnaires exploitables ont pu être traités, soit un taux retour global de 14, 45 %. » (Brulhart, 2002 : 13).

Il en résulte une validation de huit hypothèses sur les douze formulées parmi laquelle l'hypothèse H1 : « Les résultats obtenus montrent que la confiance constitue bien un

déterminant majeur du succès du partenariat logistique. Ces résultats sont convergents avec les études empiriques menées par Ellram (1995) ou par Murphy et Poist (1007) qui témoignent de l'importance accordée par les répondants à la confiance pour le succès des partenariats logistiques. » (Brulhart, 2002 : 19). Ceci nous permet donc de retenir la confiance comme condition de succès fondamentale du partenariat. Or, bien que l'étude en question soit menée sur les partenariats logistiques, il est permis de penser que cette incidence ait également un rôle important à jouer dans les PPP, si ce n'est à plus forte raison en raison de la différence de nature des partenaires.

Bouhamed et Chaabouni (2008) proposent de scinder la confiance comme condition de succès en deux parties, en suivant la typologie proposée par Zaheer et al. (1998 : 149), soit en la confiance inter-organisationnelle et la confiance interpersonnelle. Nous adopterons également cette structure puisqu'elle offre un regard tant macro que micro quant à la confiance organisationnelle.

2.3.4.1 LA CONFIANCE INTER-ORGANISATIONNELLE

La confiance inter-organisationnelle est d'abord et avant tout basée sur la réputation. Selon Brulhart (2002 : 175), l'accumulation « des expériences peut alors générer une réputation positive, favorable à l'épanouissement de la confiance. La réputation des partenaires constitue un gage crédibilisant l'engagement des parties ». Ce type de confiance a donc un rôle à jouer en amont du partenariat, c'est-à-dire qu'il la perception d'un partenaire vis-à-vis un autre, en influant notamment sur l'engagement potentiel à venir, ce qui aurait une influence sur le succès du partenariat. On retient donc ici essentiellement les notions de perception de diminution du risque et de bienveillance.

Ainsi, avant même le début du partenariat, lorsque les deux organisations ou parties apprennent qu'elles auront à travailler ensemble, la perception qu'elles ont l'une de l'autre, s'exprimant notamment par le degré de confiance, aura un effet décisif qui colorera le résultat du partenariat.

2.3.4.2 LA CONFIANCE INTERPERSONNELLE

Dans « Expérience du partenariat, expérience du partenaire, connivence interpersonnelle : quel impact sur la réussite du partenariat vertical ? », Brulhart poursuit sa réflexion sur la confiance en avançant que « le partenariat ne se limite [...] plus à un simple lien organisationnel, il se prolonge par des relations qui trouvent leur fondement dans la

personnalité des individus concernés (Ring et Van de Ven, 1992; Kale, Singh et Perlmutter, 2000). Ces liens peuvent être préexistants à la relation ou se développer au cours de cette relation. Detchessahar (1998) souligne le rôle central, avant même l'entrée en relation, de la proximité socio-professionnelle des acteurs dans la stabilité et l'épanouissement du partenariat de même que dans le développement de la confiance » (Brulhart, 2005 : 176). La qualité du partenariat se reflète donc aussi dans la qualité des relations interpersonnelles qui entrent en jeu dans son déploiement. Qui plus est, plus les mises en contact sont fréquentes, plus ceci aura un impact positif sur la confiance, comme le mentionne Brulhart ici : « les interactions et les contacts répétés entre les partenaires vont également permettre de dynamiser la confiance (Gulati, 1995). » (Brulhart, 2005 : 174). Ceci renvoie à l'idée qu'une bonne connaissance de son partenaire permet de réduire l'incertitude, ce qui, à son tour, permettra d'augmenter la conviction que « face à des circonstances imprévues, aucun des partenaires n'adoptera un comportement opportuniste pour exploiter les faiblesses de l'autre, et chacun agira en fonction de règles de comportement jugées acceptables. » (Brulhart, 2005 : 175).

Bouhamed et Chaabouni (2008 : 83) abondent dans le même sens en affirmant que « selon la théorie du capital social, les individus travaillent ensemble de manière efficace et efficiente lorsqu'ils se connaissent, se comprennent mutuellement, se font confiance et s'identifient les uns aux autres (Nkakleu 2003) ». À cela, ils ajoutent que « Tsai et Goshal (1998) considèrent que la confiance interpersonnelle facilite la communication, l'échange d'informations, de connaissances et des ressources entre les acteurs » (Bouhamed et Chaabouni, 2008 : 83).

2.3.4.3 LA TRANSPARENCE

La confiance sous-tend aussi la notion de transparence dans le contexte des PPP. La transparence, notamment de l'information, joue un rôle important tant sur l'opinion publique qu'entre les partenaires concernés. Selon Aubert et Patry (2004 : 82), « rien ne diminue la confiance des citoyens dans ces partenariats comme la perception que ceux-ci permettent à des élus de « récompenser » des entreprises en signant de lucratifs contrats. » Afin de contrer cette éventuelle appréhension face à l'idée d'un partenariat public privé, les auteurs admettent que, d'une part, la sélection du partenaire doit se faire en toute transparence et que, d'autre part, les objectifs visés par la conclusion de cette entente soient

justifiés et clairement définis, pour que soit maintenue dans l'opinion publique l'idée selon laquelle ce partenariat sert uniquement des desseins de santé publique : « la transparence et la crédibilité du processus détermineront le degré d'adhésion de la population aux partenariats. Le processus de sélection des partenaires, notamment, revêt une grande importance. Celui-ci doit être juste, honnête et transparent. [...] L'exigence de la transparence exige également que tout soit révélé : les attentes des autorités publiques, les cibles de performance, les attentes et les engagements des partenaires privés, etc. La qualité de la communication des intentions et des modalités d'introduction des PPP auprès des citoyens, mais également auprès des fonctionnaires et des employés en cause, renforcera la légitimité de la démarche. » (Aubert et Patry, 2004 : 82).

2.3.5 LA BIENVEILLANCE

Barry, Boidin et Yaya (2014 : 313) ont rassemblé les conditions de succès aux PPP dans le domaine de la santé en les sept critères suivant issus de la littérature (que nous avons évoqués sommairement plus tôt) : « 1) des objectifs communs limités clairement précisés et réalistes; 2) des rôles et des responsabilités clairement délimités d'un commun accord; 3) des avantages distincts pour l'ensemble des parties; 4) une transparence totale; 5) une participation active au partenariat; 6) une égalité de participation; 7) [une satisfaction des] obligations convenues. » Ces conditions, une fois rassemblées, semblent en apparence garantir l'efficacité d'un partenariat, mais les auteurs avancent que cela n'est pas toujours le cas, lorsqu'on considère le succès d'un partenariat dans sa globalité, soit en termes de service rendu à la population. En effet, on apprend qu'une huitième variable, une variable « terrain », est à considérer pleinement : la bienveillance. Selon les auteurs, « l'OMS définit également des principes éthiques : intention bénéfique (garantir la santé publique) et non malveillante (la mise en œuvre du partenariat ne doit pas être à l'origine de nouveaux problèmes de santé publique); autonomie (ne pas porter atteinte à l'autonomie des partenaires); équité (partenariat dévolu à ceux qui en ont le plus besoin). Ainsi, ces critères de bonnes pratiques et ces principes éthiques mettent en avant le principe de confiance. » (Barry, Boidin et Yaya, 2014 : 313). Ainsi, au-delà des conditions déjà établies, il ne faut donc pas oublier qu'un partenariat public privé dans le domaine de la santé et des services sociaux s'inscrit dans un contexte sociopolitique et est établi dans le but de soutenir la santé publique; il ne vise donc pas uniquement l'atteinte d'objectifs monétaires du côté du privé

ou budgétaire du côté du public. Bien que cette condition soit difficilement mesurable, il n'en demeure pas moins qu'elle joue un rôle en amont du partenariat, puisqu'elle colore la vision qu'auront les partenaires à long-terme de leur expérience de partenariat.

2.3.6 LE LEADERSHIP

Au-delà des conditions citées jusqu'à présent, un partenariat ne saurait se faire sans la présence d'un leadership fort et explicite, puisque la notion de leadership sous-tend la notion de motivation. C'est dire qu'un leader performant saura motiver ses troupes vis-à-vis l'atteinte d'un objectif défini. Selon Amparano Jiménez (2004 : 13), « le rôle de leadership et de décideurs publics dans les enjeux jugés fondamentaux constitue un autre constat important qui peut expliquer l'exclusion/l'inclusion des groupes d'intéressés dans la gestion du partenariat ».

Selon Natalie Rinfret (2012), dans le dictionnaire encyclopédique de l'administration publique de l'École nationale d'administration publique : « Le leadership est la capacité de créer une relation émotionnelle véritable avec les membres d'un groupe afin de transcender leurs besoins individuels au profit d'objectifs communs. » Il en ressort la notion de charisme et d'identification vis-à-vis d'un leader qui saura se faire le porteur de drapeau d'objectifs communs. En d'autres termes, le leadership a un poids quant à la volonté de s'engager dans un projet. Il est permis de penser, ainsi, qu'une lacune en matière de leadership pourrait résulter en une carence en matière d'engagement ou d'investissement personnel vis-à-vis d'un projet donné. En outre, rappelons qu'Adam Smith (1776) mettait en garde contre l'aliénation des employés en les traitant comme des ressources déracinables au bon vouloir des dirigeants, ce que nous pouvons interpréter comme un défaut de leadership, n'étant pas parvenu à assurer un environnement stimulant et motivateur pour les employés.

Préfontaine, Skander et Ramonjavelo (2009 : 325) abondent sensiblement dans le même sens : « les résultats d'expériences internationales et canadiennes sur la collaboration entre le public et le privé font ressortir que le soutien de la haute direction et/ou des dirigeants politiques s'avère un facteur déterminant pour la réussite de ces partenariats. Cet appui et ce leadership venant des instances supérieures de l'entreprise privée et de l'organisation publique contribuent au succès des projets comme l'ont relevé P. K. Bagchi et S. Paik ainsi que L. Préfontaine *et al.* »

En gouvernance, le rôle du leader est en effet primordial dans le bon déroulement de projets. Or, dans le contexte des PPP, ce rôle est complexifié par l'ajout de deux cellules qui doivent, d'une part, se rapporter à un leader interne ; d'autre part, ce leader interne doit savoir se coordonner et coopérer avec le leader de l'autre cellule. Pour ce faire, Préfontaine, Skander et Ramonjavelo (2009 : 325) insistent sur l'importance d'identifier des porteurs de dossier : « compte-tenu de la complexité de certains de ces PPP et des changements qu'ils drainent dans leur sillage, il est vital d'avoir au sein des équipes qui en ont la charge des personnes dévouées pour faire progresser ces projets malgré un contexte général souvent marqué par un haut degré d'incertitude. La présence de ces personnes appelées « champions » a été relevée dans diverses recherches ».

Ces personnes doivent être clairement identifiées auprès de leurs pairs et vis-à-vis du partenaire et doivent montrer à la fois des habiletés de leadership ainsi que de la disponibilité. Aubert et Patry (2004 : 82) affirment dans le même ordre d'idée que le soutien de la haute direction est indispensable au succès du partenariat public privé : « il importe également que le projet de partenariat public-privé soit parrainé par un gestionnaire capable et déterminé dans le secteur public. Ce parrain s'entourera d'une petite équipe et devra bénéficier de l'appui de ses supérieurs. »

Ainsi, on parle donc de leadership à deux niveaux : d'abord au niveau stratégique, soit concernant les décideurs du projet qui doivent se faire les porteurs d'étendard du partenariat; puis au niveau tactique ou intermédiaire avec les porteurs de dossier à l'interne de chaque côté du partenariat.

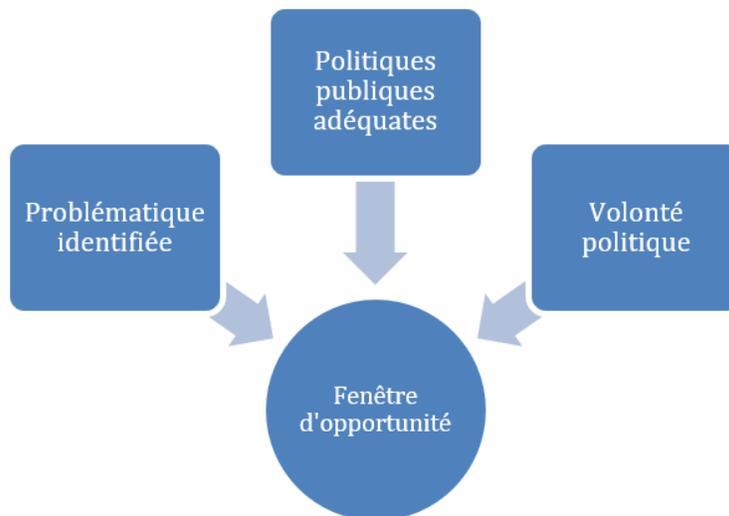
Jusqu'à présent, nous avons évoqué des conditions permettant de réunir les quatre variables du succès établies jusqu'alors, mais ces conditions concernent essentiellement les partenaires de façon active, qu'il s'agisse du public ou du privé. On parle en effet d'attitudes à adopter afin de réduire la perception des risques, de comportements à déployer afin d'assurer une communication optimale, notamment par la mise sur place de comités communicationnels rassemblant des acteurs provenant de diverses positions hiérarchiques, mais il est également important d'adresser le contexte sociopolitique dans lequel s'inscrit le partenariat. En effet, les PPP façonnent autant qu'ils sont façonnés par le visage de la société dans laquelle ils évoluent. Le contexte politique, notamment à travers les notions

d'opinion publique et de lobbying mérite donc d'être étudié comme variable pouvant potentiellement influencer sur le succès d'un partenariat.

2.3.7 LE CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE

Selon Patrick Hassenteufel (2010), dans « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », avant 1970, on s'intéressait peu à l'amont et à l'aval des politiques publiques, attribuant l'essentiel des décisions ainsi que leurs conséquences aux décideurs publics. Le champ d'études du processus de mise à l'agenda a par la suite émergé, explicitant le lien entre les problèmes mis de l'avant sur l'espace public et la structure décisionnelle qui les a portés de l'avant. Hassenteufel évoque le modèle de John Kingdon (1984) traitant de la convergence de trois flux permettant l'émergence d'une fenêtre d'opportunité dans laquelle sera traité un problème d'ordre public. Ces trois flux sont : les problèmes sociétaux à solutionner; les politiques publiques; et la politique à proprement parler. En d'autres termes, lorsqu'un problème est identifié dans la sphère publique (par le biais de la convergence d'une multitude de facteurs), et que parallèlement les politiques publiques ont le pouvoir d'apporter une solution à ce problème (en raison de la disponibilité des ressources par exemple), si une volonté politique vient en plus s'ajouter à l'équation, on assiste à la création d'une fenêtre d'opportunité.

Figure 2 : La fenêtre d'opportunité selon John Kingdon (1984)



C'est notamment ce qui s'est passé avec le cas des partenariats publics privé, puisqu'un problème, celui du manque de financement du système de la santé et des services sociaux

au Québec conjugué à une population vieillissante, combiné à la disponibilité des ressources (si on mettait de l'avant notamment les ressources et les compétences du privé), et le tout soutenu par une volonté politique sous l'égide du gouvernement libéral, a permis la création d'une ouverture sur le champ des PPP.

L'essentiel à retenir ici est que dans le modèle de Kingdon, la troisième variable, soit celle de la politique, est décomposée en quatre autres éléments : « l'opinion publique, les forces politiques organisées (les partis politiques en particulier), le pouvoir exécutif et la négociation collective » (Hassenteufel, 2010 : 53). Ces éléments ont un impact non-négligeable quant à l'aboutissement du succès des PPP, tel qu'explicité par le modèle de Kingdon. Les auteurs Aubert et Patry (2004 : 82) soutiennent en effet qu'une condition de succès au partenariat public-privé est l'appui des dirigeants politiques : « sans l'appui inconditionnel des dirigeants politiques, les PPP sont voués à l'échec. [...] Sans un appui net et solide des plus hautes instances politiques, les maîtres d'œuvre des PPP ne pourront amener les changements désirés. »

À cela, selon Préfontaine, Skander et Ramonjavelo (2009 : 326), « outre les facteurs liés au « produit » ou au « service », aux organisations publiques et privées et aux personnes œuvrant au PPP, la nature même du projet, sa complexité, son caractère innovateur et l'accès à un financement adéquat peuvent en influencer l'issue. Pensons à tous ces projets annoncés publiquement, objets de lancement répétés au fil des ans mais qui ne démarrent pas ou qui n'atteignent pas leurs objectifs faute de ressources. Dans le monde gouvernemental, l'environnement politique changeant constitue un dernier défi pour les projets de PPP : une élection, un changement de priorités ou encore un cadre institutionnel peu ou mal défini en matière de PPP altèrent les conditions dans lesquelles se déroule le projet se créent un risque supplémentaire. »

D'autres auteurs se sont aussi intéressés à la question avec des conclusions semblables : Tremblay, Saint-Laurent et Beaulieu ont exploré les raisons de l'échec d'un partenariat conclu en 2003 par le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) cherchant à se doter d'une radiopharmacie, faisant ressortir la dimension politique des PPP.

Les auteurs corroborent par ailleurs les dires d'autres chercheurs en la matière en ce qu'ils placent les PPP comme solution d'avenir pour le système de la santé et des services sociaux, une façon de dégager des fonds pour continuer d'assurer un service au patient :

« Comme dans de nombreux pays occidentaux, le réseau de la santé du Québec doit composer avec une demande de soins en constante progression alors que l'augmentation des ressources ne peut suivre au même rythme. Dans ce cadre, il est nécessaire de faire preuve d'imagination afin de dégager une marge de manœuvre permettant aux établissements de santé de répondre à leur mission première. » (Tremblay, St-Laurent et Beaulieu, 2004 : 49).

À travers l'exemple du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), les auteurs racontent les étapes successives qui ont marqué le cheminement de l'hôpital à travers sa démarche pour se doter d'une radiopharmacie. Les auteurs expliquent que le CHUQ a entamé ces démarches à la suite d'un changement dans le marché des radioéléments, ce qui le transformerait en oligopole et ne manquerait pas d'augmenter significativement les prix. Le CHUQ cherche donc à se doter de son propre centre en contractant un partenariat avec une pharmacie privée qui ouvrirait ses portes à l'intérieur du CHUQ même. Cette initiative doit, selon eux, avoir deux avantages principaux : une stabilité des prix, voire un meilleur tarif pour certains produits; et un fonctionnement plus efficace permettant de livrer les radioéléments plus rapidement. Il est à noter que les radioéléments perdent de leur puissance à partir du moment où ils sont formulés. Ils sont donc sensibles au temps et plus susceptibles d'entraîner des pertes. Il convient donc de mieux encadrer leur gestion afin d'optimiser leur usage et cette volonté s'inscrit dans cette logique.

Afin de mener à bien l'entreprise, le CHUQ dédie une équipe spécialement à la concrétisation du projet : le service de gestion du matériel (SGM) porte donc le dossier. Après des mois de tergiversations et de négociations, « un appel d'offres est déposé sur le réseau Merx le 7 décembre 2000 » et devient public le 8 février 2001 (Tremblay, St-Laurent et Beaulieu, 2004 : 53). Malgré que le projet semble aller bon train et semble être avantageux pour chacune des parties, des enjeux en coulisse vont faire avorter le projet. Le 20 septembre 2001, « des médecins en médecine nucléaire des centres hospitaliers de la région de Québec envoient une missive aux Directeurs généraux des Régions régionales des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches. » (Tremblay, St-Laurent et Beaulieu, 2004 : 53). Ainsi, les médecins en médecine nucléaire craignent qu'on ne porte atteinte à leur pratique en transformant le cadre de pratique traditionnel de la médecine nucléaire. Qui plus est, il est dit en filigrane que les médecins semblent avoir des intérêts propres déjà

formulés, notamment vis-à-vis de l'investissement dans une nouvelle technologie plutôt que l'ouverture d'une radiopharmacie. Il est donc possible de voir ces interventions comme du lobbying. Ultimement, ces pressions auront eu raison du projet : la Régie régionale de la région de Québec tranche et le projet doit être abandonné.

L'exemple du partenariat du CHUQ permet donc de tirer des conclusions quant au rôle du lobbying et du contexte politique. Ces facteurs ne sont pas négligeables dans le succès d'un partenariat, spécialement dans le cas où un des acteurs est public. Il est permis de penser que si le SGM du CHUQ avait eu davantage de contacts avec les médecins en médecine nucléaire pour leur expliquer le bien fondé du projet, cela aurait-il pu atténuer les appréhensions. Le succès des PPP dépend donc en grande partie du contexte sociopolitique dans lequel ils s'inscrivent.

2.3.8 SATISFACTION PERÇUE, DES OBLIGATIONS CONVENUES

Selon Barry, Boidin et Yaya (2014), une condition de succès aux PPP est la satisfaction des obligations convenues, en ce sens où les parties doivent, d'une part, s'assurer de remplir correctement leur mandat selon les paramètres qui ont été convenus ; d'autre part, les partenaires doivent ressentir un sentiment de satisfaction vis-à-vis la relation et ce qui a été accompli. Le sentiment de satisfaction est donc porteur d'un double-sens.

2.3.9 PARTICIPATION ACTIVE ET INVESTISSEMENT EQUILIBRE

Le succès d'un partenariat est d'autant plus probable que si les deux parties participent de façon égale, selon les mêmes auteurs (2014). C'est dire qu'un investissement égal d'un côté comme de l'autre du partenariat a des répercussions positives sans doute sur la perception du partenaire avec qui l'on est engagé dans une relation de PPP.

Ainsi, la participation et l'engagement des différentes parties doit être actif et constant à travers le projet. Sinon quoi le succès de l'entreprise risquerait d'être compromis face à une inégalité de l'engagement, ce qui pourrait avoir l'effet de résulter en une frustration de la part d'un ou des partenaires.

2.3.10 AVANTAGES DISTINCTS POUR L'ENSEMBLE DES PARTIES

Enfin, toujours selon les mêmes chercheurs (2014), les différentes parties d'un PPP doivent y trouver leur compte sous la forme d'avantages distincts. En d'autres termes, afin d'assurer le succès d'un PPP, ses participants doivent s'assurer d'être gagnants en bout de

ligne. Il est donc important que chacun soit en mesure d’y générer des retombées positives au-delà des objectifs communs fixés.

En somme

Il en ressort les éléments suivants, que nous regroupons en quatre axes et qui ont servi à la rédaction du canevas d’entrevue standard utilisé à travers le projet de recherche mené à l’initiative du CEPSEM.

Figure 3: Résumé des conditions de succès au partenariat public-privé



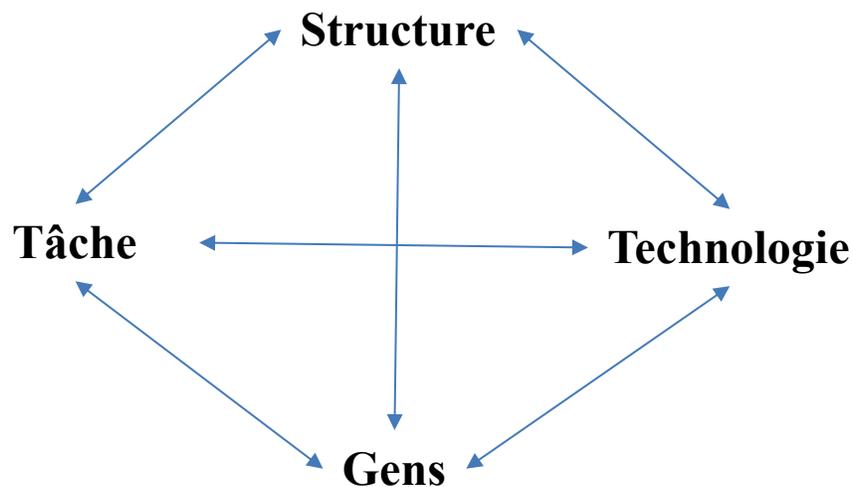
Le recensement de conditions de succès au sein de la littérature a produit un éventail de paramètres aux natures diverses. En effet, certaines pourraient être considérées davantage structurelles, telles que la rigidité optimale du contrat ou la clarté des objectifs; d’autres s’intéressent davantage au côté humain des partenariats, telles que la confiance ou la bienveillance, notamment.

Ainsi, afin d'enrichir notre outil d'analyse, il est pertinent d'organiser ces conditions de succès à l'aide d'un cadre conceptuel approprié qui permettra d'en dégager toute la richesse et d'aider les décideurs dans la confection et la gestion d'ententes bénéfiques pour tous.

3. ÉVALUATION DES CADRES CONCEPTUELS POSSIBLES

Nous avons jusqu'à présent évoqué la pertinence de s'intéresser à un tel sujet, ainsi que posé les balises de ce que nous entendons par « partenariat », « succès » et « condition de succès ». Il convient désormais de dynamiser la question en y juxtaposant un cadre conceptuel. Or, il aurait été possible d'apprivoiser les conditions de succès aux PPP à travers diverses lentilles. Nous avons exploré diverses options avant de faire un choix définitif. Le diamant de Leavitt (1973), étudiant le rapport de réciprocité entre la structure, la tâche à accomplir, la technologie et les personnes impliquées dans une organisation aurait été une avenue sans doute intéressante.

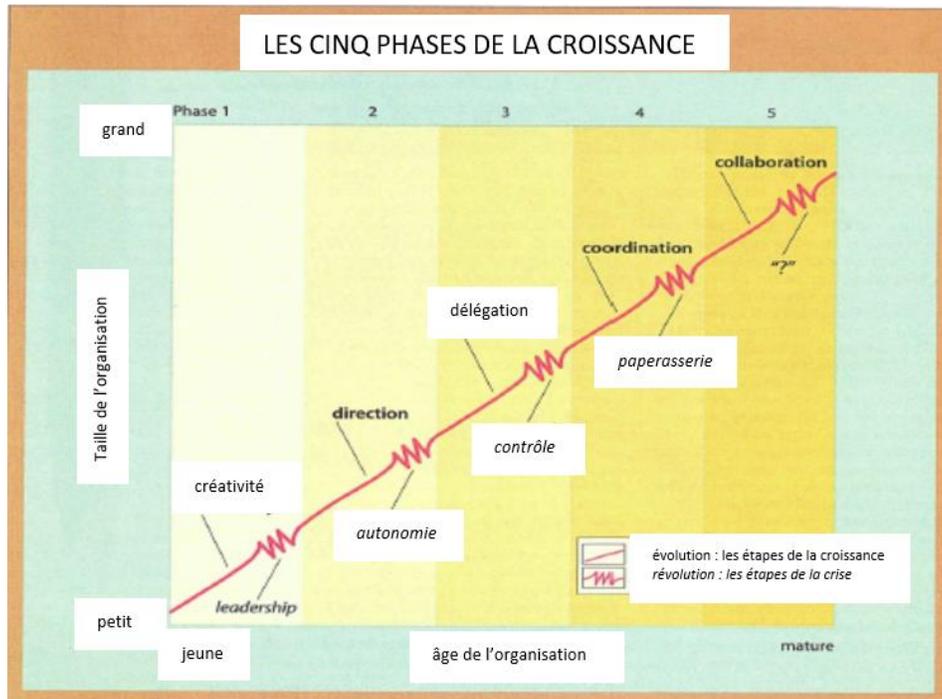
Figure 4 : Le diamant de Leavitt (1995; traduction)



Le cadre de Leavitt comporte cependant une faiblesse à reconnaître l'évolution dynamique et permet surtout de mieux comprendre une situation à un instant donné. Il aurait été possible de s'inscrire totalement dans une perspective dynamique et d'adopter une posture de changement organisationnel en observant l'évolution du comportement organisationnel des parties impliquées dans le partenariat et en constater l'incidence sur le succès ou l'échec

de l'entreprise : on parle par exemple des cinq étapes de la croissance telles qu'identifiées par Larry Greiner². Cependant, les conditions de succès identifiées nous laissent croire qu'il ne s'agit pas essentiellement d'un enjeu de maturité.

Figure 5 : Les cinq phases de la croissance selon Greiner (1972; traduction)



Les deux cadres précipités comportent donc des faiblesses pour mieux apprendre sur les conditions de succès des partenariats. Conscients du besoin d'un outil souple, nous avons arrêté notre choix sur le cadre de Bolman et Deal (2013), notamment en raison de sa versatilité, de sa popularité et de sa facilité de manipulation. Le postulat fondamental de cette œuvre de Bolman et Deal est que le succès des organisations réside en la capacité de leurs leaders de les penser avec la lentille appropriée. C'est un point de vue enraciné dans le management, qui octroie un rôle crucial aux gestionnaires dans le succès de l'organisation. Ceux-ci doivent être capables de saisir adéquatement la réalité, en prenant en compte l'environnement dans lequel l'organisation évolue, la nature de celle-ci, ses

² A posteriori, nous constatons que ce cadre conceptuel aurait été d'autant plus intéressant pour analyser le cas de l'IOL, victime en quelque sorte de sa croissance fulgurante.

objectifs, ses contraintes, etc. Une fois le travail de « cadrage » réalisé, les gestionnaires devront être capables de « recadrer » selon l'évolution naturelle des choses. C'est là le point charnière du succès ou de l'échec de l'organisation.

La tâche de cadrage en est une de fabrication de sens. Il s'agit d'un travail profondément cognitif de construction de cartes mentales afin de faire sens de la réalité selon des codes précis, qui différeront selon la carte employée : « The world simply can't be made sense of, facts can't be organized, unless you have a mental model to begin with. »³ (Bolman, Deal, 2013 : 10).

Simplement, un gestionnaire compétent saura appliquer la bonne lentille à la bonne situation, ce qui se traduira par un succès pour l'organisation : « Framing involves matching mental maps to circumstances. »⁴ (Bolman, Deal, 2013 : 12). Il saura par exemple lorsqu'il est important d'appliquer un cadre plus émotionnel face à un employé en détresse, lorsqu'il sera pertinent d'exercer du lobbying pour faire passer son projet ou encore lorsqu'il faudra mettre de l'avant les clauses d'un contrat vis-à-vis d'un partenaire récalcitrant.

C'est donc dire qu'un gestionnaire doit être alerte et sensible aux signaux de l'environnement de son organisation, notamment, pour être en mesure de déterminer quelle perspective doit être adoptée. Les quatre lentilles proposées par les auteurs sont les suivantes : structurelle, des ressources humaines, politique et symbolique. En d'autres termes, Bolman et Deal (2013) proposent qu'il existe quatre façons générales de concevoir la réalité d'une organisation : d'abord en s'intéressant à la structure, soit l'approche structurelle – le contrat a-t-il été bien ficelé ? la structure organisationnelle était-elle adéquate pour supporter la charge de travail demandée ?; puis du point de vue des ressources humaines – les employés ont-ils été adéquatement accompagnés dans l'élaboration d'un nouveau projet ? davantage de ressources ont-elles été allouées à sa réalisation ?; de la perspective politique – des activités de lobbying ont-elles été déployées afin d'assurer le succès du projet s'il fallait d'abord faire fléchir l'opinion publique en sa

³Traduction : Le monde ne saurait tout simplement pas être compris, les faits ne peuvent pas être organisés, à moins que vous n'ayez à la base un modèle mental.

⁴ Traduction : Le cadrage consiste en le couplage des cartes mentales aux circonstances appropriées.

faveur ?; enfin, la perspective symbolique – le leader a-t-il su motiver ses troupes ? a-t-il été en mesure de rassembler ses employés vers un but commun ?

Il existe sans doute d'autres façons de concevoir la réalité au-delà de ces quatre perspectives. Les auteurs mettent de l'avant cette grille que certains pourraient qualifier d'incomplète, mais elle demeure un outil qui est le résultat de réflexions poussées en sciences sociales et organisationnelles appliquées au contexte des organisations. Nous jugeons qu'elle est adéquate pour couvrir les principales bases de la vie d'une organisation. Les auteurs postulent que ces quatre façons de penser les organisations offrent une vision compréhensive de la réalité : « We introduce four distinct lenses or frames – structural, human resource, political, and symbolic- each logical and powerful in its own right. Together, they help us decipher the full array of significant clues, capturing a more comprehensive picture of what's going on and what to do. »⁵ (Bolman, Deal, 2013: 5).

Ainsi, au-delà de la richesse qu'offre chacune des lentilles individuellement, les auteurs proposent que cette multiplicité de cadres a une valeur ajoutée non-négligeable en termes de résolution de problèmes – et la résolution de problèmes est partie intégrante de la vie des organisations. En effet, chaque cadre connaît ses propres codes et permet d'obtenir une vision précise d'une situation donnée : c'est le cadrage. Mais la récolte d'information nécessaire à la fabrication de sens – tâche propre aux gestionnaires – devient parfois ardue lorsque les mêmes sentiers traditionnels sont empruntés de façon répétitive; une inertie dans la façon de comprendre son environnement s'installe peu à peu, d'où la force d'avoir à disposition quatre lentilles distinctes mises ensemble dans une même boîte à outils. « Cluelessness is a fact of life, even for very smart people. Sometimes, the information they need is fuzzy or hard to get. Other times they get bad information from advisors or ignore or misinterpret information they receive. Leaders too often lock themselves into flawed ways of making sense of their circumstances. »⁶ (Bolman, Deal, 2013: 5).

⁵ Traduction : Nous présentons quatre lentilles ou cadres distincts – structurel, des ressources humaines, politique et symbolique – chacun d'entre eux étant logique et puissant individuellement. Ensemble, ils nous aident à détecter une gamme d'indices importants, nous permettant ainsi de saisir une image plus complète de ce qui se passe et de ce qu'il faut faire.

⁶ Traduction : L'incompréhension est un fait de la vie, même pour les personnes très intelligentes. Parfois, l'information nécessitée n'est pas claire ou difficile à obtenir. D'autres fois, ils obtiennent de l'information de mauvaise qualité de leurs conseillers ou ignorent ou interprètent de façon erronée l'information qu'ils reçoivent. Les dirigeants s'enferment trop souvent dans des façons erronées de faire sens de leurs circonstances.

Le premier cadre proposé est « structurel ». Sa métaphore organisationnelle est l'usine. Les parties sont perçues comme des pièces d'un système qui travaillent ensemble dans un but commun. L'organisation est un processus dont les parties doivent être bien huilées et alignées pour l'obtention des résultats désirés.

Le deuxième cadre proposé est celui des ressources humaines. Sa métaphore organisationnelle est la famille. L'accent est mis ici sur les relations personnelles et l'organisation est en quelque sorte le foyer d'une famille élargie dont les individus présentent chacun des besoins et des sentiments propres.

Le troisième cadre est « politique ». Il est le théâtre de la lutte des pouvoirs. La métaphore de l'arène est également employée. Le gestionnaire doit être habilité à comprendre les agendas et les intérêts de chacun.

Enfin, le quatrième cadre proposé est « symbolique ». L'accent est mis ici sur l'aspect symbolique des organisations. On s'intéresse à la culture de l'entreprise. Laisant de côté le rationnel, ce cadre sert à comprendre ce qui anime et inspire les gens dans une organisation au-delà de leurs activités propres.

En somme, le cœur de l'excellence managériale, selon les auteurs, est la capacité de maintenir une vision dynamique de la réalité. Cette gymnastique cognitive est le moteur de la résolution de problèmes.

Figure 6 : Les quatre lentilles telles que proposées par Bolman et Deal (2013)

CADRE				
	STRUCTUREL	RESSOURCES HUMAINES	POLITIQUE	SYMBOLIQUE
Métaphore organisationnelle	Usine ou machine	Famille	Jungle	Carnaval, temple, théâtre
Concepts centraux	Règlements, rôles, objectifs, politiques, technologie, environnement	Besoins, compétences, relations	Conflit de pouvoir, compétition, politiques organisationnelles	Culture, sens, métaphore, rituel, cérémonie, histoires, héros
Image du leadership	Architecture sociale	Autonomisation	Le plaidoyer et le bon sens politique	Inspiration
Défis pour le leadership	Faire correspondre la structure à la tâche, technologie, environnement	Conjuguer les besoins organisationnels et humains	Développer l'agenda stratégique et la base de pouvoir	Créer de la confiance, de la beauté et du sens

Au sein de ce présent projet de recherche, nous tenterons d'aller plus loin que la simple application de ces lentilles à des cas de PPP. En effet, au regard de ce qui a été recensé dans la revue de littérature, nous tenterons de coupler les conditions de succès aux lentilles, de sorte à dégager de la nouvelle connaissance. Au final, nous serons en mesure de tirer des conclusions quant aux succès ou aux échecs de ces différents projets.

Nous avons répertorié les conditions de succès telles que recensées dans la littérature à l'aune des quatre perspectives mises de l'avant par Bolman et Deal. Cette superposition, dans le cadre de ce projet de recherche, permet d'arrimer le cadre conceptuel à la réalité des PPP. Ainsi, il serait intéressant d'analyser ces conditions de succès au vu de ces lentilles. A priori, nous pensons qu'il existe sans doute des adéquations entre certaines des lentilles et certaines des conditions de succès, exerçant ultimement une incidence sur le succès du projet de partenariat.

Il aurait été possible d'obtenir une grille avec un profil différent. Celle-ci est le résultat de choix conscients de notre part. Ainsi, dans la catégorie de la lentille structurelle, nous avons classé la communication, évoquant par-là notamment les mécanismes de communication formels dont se dotent les parties prenantes afin de supporter la structure du partenariat. La clarté des objectifs fait aussi partie de cette catégorie, car elle est déterminante quant au choix de structure à construire. En effet, une fois que les objectifs sont clairement définis, d'une part et d'autre du partenariat, la structure pour atteindre ces objectifs peut aussi commencer à être tracée. En l'absence d'objectifs clairs, il est toujours envisageable d'avoir une structure du partenariat, mais, cette dernière risque d'être diffuse et confuse. Ultimement, elle ne sera pas au service du partenariat. La rigidité optimale des contrats est aussi éminemment structurelle, car, de la même manière, elle définit les paramètres de la structure en clarifiant notamment les rôles et les attentes de chacun. Nous avons aussi classifié l'égalité de participation dans cette catégorie, en ce que la participation de chacune des parties dépend en grande partie de la structure existante du partenariat. De la même manière, nous pensons que la satisfaction des obligations convenues correspond à un enjeu structurel, puisque les obligations convenues sont le phare déterminant de la structure d'un partenariat. Ceci est analogue aux avantages distincts pour chacune des parties. La structure d'un partenariat sera pensée en fonction des objectifs à atteindre et des avantages distincts vers lesquels tendre pour chacune des parties.

En ce qui concerne la lentille des ressources humaines, nous avons une fois de plus évoqué la communication. Celle-ci prend ici un autre sens, soit celui de la communication basée notamment sur l'empathie et la volonté de développer le personnel à son plein potentiel, dans une organisation dont la métaphore est celle de la famille. La communication des besoins -des usagers comme des employés- est également cruciale pour la compréhension de l'attitude à adopter et des décisions stratégiques à prendre chez les gestionnaires. La confiance, la bienveillance et la transparence vont de pair lorsqu'il s'agit de la densification des relations au sein d'un PPP. Nous les avons classées dans la catégorie de la lentille des ressources humaines puisqu'il s'agit de la perspective cherchant à aligner les besoins organisationnels avec les besoins humains, dans un contexte valorisant le développement des relations humaines. Or, ceci ne peut être réalisé que si un lien de confiance existe entre les différentes parties, la confiance étant portée par la bienveillance et soutenue par la

transparence. L'alignement organisationnel ne peut avoir lieu que si les individus sont disposés et ouverts à communiquer leurs besoins et à recevoir cet alignement. La confiance facilite cette ouverture. Enfin, nous croyons que la participation active au partenariat fait aussi partie de cette lentille. En effet, cette condition de succès contribue à l'essor des relations humaines au sein d'un partenariat, en ayant notamment un effet positif sur la confiance.

Nous avons une fois de plus classé la communication au sein de la catégorie de la lentille politique. La communication prend ici un sens notamment de lobbying. En effet, certaines activités politiques sont parfois nécessaires pour permettre le développement optimal d'un PPP et le lobbying en fait partie. Rappelons que les PPP n'ont pas toujours bonne presse, notamment au Québec, et qu'il est possible d'envisager d'organiser des campagnes afin d'influencer l'opinion publique en leur faveur, sinon quoi l'opposition populaire risquerait de couler le projet avant même son commencement. Cette condition de succès rappelle d'ailleurs la dernière que nous avons identifiées dans la littérature, soit les autres facteurs (les coulisses, le contexte sociopolitique, etc.). En effet, le contexte sociopolitique dans lequel évolue le partenariat a une forte incidence sur le cours des choses. Nous pouvons imaginer qu'un scandale impliquant des personnes clés au sein d'un PPP pourrait avoir le potentiel de freiner significativement son avancée. Un autre exemple serait celui d'un changement de gouvernement dont l'idéologie ne serait pas compatible avec la mise en œuvre des PPP et qui aurait, il va sans dire, le pouvoir de stopper les choses. La rigidité optimale du contrat fait aussi partie de cette catégorie, mais, prenant ici une tournure politique, elle évoque plutôt la position que prend chacun des partenaires par rapport à l'autre. Dans le contexte d'un partenariat, les deux parties ont évidemment à gagner en s'unissant. La rédaction d'un contrat suffisamment détaillé permet en théorie d'éviter les abus, mais il convient de laisser un certain flottement permettant de s'adapter à la réalité changeante du terrain et en permettant aux partenaires de se mouler l'un dans l'autre. Ainsi, les partenaires cherchent à faire valoir leurs intérêts à travers la rédaction d'un contrat, tout en cherchant à préserver la relation avec le partenaire, dans une perspective rationnelle d'intérêt personnel. Enfin, la confiance et la transparence sont aussi mentionnées ici, car, dans une perspective rationnelle politique où chacun cherche à réaliser des gains personnels, lorsque la confiance n'est pas au rendez-vous, cela peut donner lieu à des jeux

de coulisses. En d'autres termes, si la confiance n'unit pas deux partenaires, ceux-ci sont plus susceptibles d'agir sans considération pour les intérêts de l'autre, en cherchant uniquement à maximiser le rendement personnel. Ultimement, un partenariat construit sur de telles bases a peu de chances de réussir, puisque les partenaires deviennent effectivement des compétiteurs plutôt que des collaborateurs. Afin de s'assurer de maintenir un lien de confiance, il convient de faire preuve de transparence dans ses actions. La lentille symbolique se voit quant à elle octroyer aussi la communication comme condition de succès. On communique ici pour inspirer les troupes, pour faire sens de la situation, pour générer de la beauté. Or, la communication est aussi au service de la culture organisationnelle : les logos, les slogans et autres manifestations de la culture lient les différentes parties prenantes du partenariat. Au sein de cette lentille, le leadership prend tout son sens. Le leader doit, d'une part, servir de motivateur en insufflant du sens à la situation, et, d'autre part, servir d'exemple, ce qui contribuera à renforcer l'image théâtrale du PPP. On peut, par exemple, faire valoir le vaillant passé d'un fondateur d'une organisation pour donner du sens à sa mission, à ses objectifs. De la même manière, l'identification de champions au sein de l'organisation servira aussi à porter la dimension symbolique du partenariat.

Tableau 3 : Classification des conditions de succès aux partenariats public-privé selon les quatre lentilles proposées par Bolman et Deal

	Structurel	Ressources humaines	Politique	Symbolique
La communication				
La clarté des objectifs				
La rigidité optimale du contrat				
La confiance				
La transparence				
La bienveillance				
Le leadership				
Le contexte sociopolitique				
Une participation active au partenariat				
Une égalité de participation				
Une satisfaction des obligations convenues				
Des avantages distincts pour l'ensemble des parties				

4. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

4.1. LA NATURE DU PROBLÈME ÉTUDIÉ ET DE LA QUESTION

En réfléchissant à la manière d'aborder le problème, il a été convenu qu'il serait pertinent d'aborder la question en regardant des deux côtés de la médaille, soit du côté du privé et du public au même moment. L'idée d'une recherche en dyade est donc apparue à ce moment. Par extension, une recherche qualitative par étude de cas, ancrée dans une perspective positiviste, semblait la méthodologie la plus à propos pour un projet de ce type. Une méthodologie par sondages ne semblait pas appropriée pour rendre le propos dans toutes ses nuances.

Dans le cadre de mon projet de mémoire, je me suis approprié ce projet de recherche, appartenant d'abord à Pôle Santé et à CEPSEM, pour l'étudier à travers une lentille académique, notamment en le dynamisant d'un cadre conceptuel alliant les quatre lentilles proposées par Bolman et Deal et des conditions de succès aux PPP identifiées après avoir sondé les écrits à ce sujet. Ultimement, l'objectif de ce mémoire est d'apporter une réponse à la question suivante :

« Dans quelle mesure les multiples lentilles du cadre de Bolman et Deal aident-elles à comprendre le succès des partenariats public-privé et à interpréter les conditions de succès ? »

D'un point de vue technique, lors de la récolte de données, j'ai dû porter deux chapeaux, celui d'auxiliaire de recherche participant à un projet de recherche mené par Pôle Santé dans le but de répondre à une commande de CEPSEM, puis celui d'étudiante à la maîtrise réalisant un mémoire. Bien que les questions portent sur le même objet de recherche, l'approche est fondamentalement différente dans les deux cas et les questions doivent parfois être modifiées dans un cas et dans l'autre.

4.1.1. LES OBJECTIFS ET LA PARTICIPATION

Comme il en a été précédemment mentionné, ce projet de recherche a été réalisé en filigrane du Pôle Santé d'HEC Montréal. Dans ce contexte, j'ai participé activement à la cueillette de données, à la rédaction des cas de gestion et à l'élaboration d'une analyse transversale recoupant les conclusions tirées desdits cas de gestion. Mais ce travail demeure le fruit d'une collaboration avec plusieurs autres joueurs, dont Marie-Hélène Jobin, chercheuse

principale et Caroline Parent et Ariane-Hélène Fortin, toutes deux chargées de projet et professionnelles de recherche. Depuis les balbutiements de la recherche, nous nous sommes entendues sur les objectifs qui étaient très précis : réfléchir aux PPP selon le cadre fourni par CEPSEM, en confrontant la littérature faisant état des conditions de succès et des obstacles aux PPP à l'expérience-terrain des PPP.

Les résultats de cette recherche-action menée par l'équipe du Pôle Santé ont été présentés lors d'un colloque auxquels ont été conviés tant des membres du public que des membres du privé, le 4 février 2016 à HEC.

En amont de la recherche, il a fallu, d'une part, déterminer quelles organisations prendraient part à cette étude. Plusieurs organisations ont accepté de participer sur une base volontaire. Afin de tirer le maximum de conclusions quant aux raisons des succès – et des échecs – des PPP, CEPSEM et Pôle Santé ont conjointement sélectionné cinq organisations au succès varié en matière de PPP. Notons toutefois que puisque les organisations ont offert leur candidature sur une base volontaire, un certain biais de sélection positif existe dans ce projet de recherche. De plus, les cinq cas ont été sélectionnés notamment sur la base du fait que les deux parties étaient ouvertes à communiquer et à fournir de l'information dans le cadre d'un projet de recherche.

Il fallait ensuite identifier les acteurs à rencontrer pour des entrevues. Ceux-ci ont été sélectionnés sur la base de leur implication dans le PPP. Nous avons tenté de rencontrer des intervenants des niveaux stratégique, tactique et opérationnel pour obtenir un portrait d'ensemble de la situation.

Nous avons rencontré certaines difficultés dans la cueillette de données, notamment quant à la disponibilité des personnes à rencontrer. La cueillette s'étant échelonnée entre juin 2015 et novembre 2015⁷, avec l'essentiel du travail réalisé durant la période estivale, il était quelque peu ardu de coordonner les rencontres à travers les vacances de chacun. De plus, le contexte de la loi 10 compliquait d'autant plus la tâche, car l'essentiel des partenariats s'étant déroulé avant celle-ci, plusieurs personnes anciennement affectées à certains postes se sont vues mutées vers de nouveaux. Il a donc fallu partir à la recherche

⁷ La cueillette d'information sur le terrain a été faite avant la refonte de 2015 du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, les termes utilisés pour nommer les différentes entités sont ceux du contexte dans lequel l'information a été cueillie.

de certaines personnes identifiées comme pouvant apporter une valeur ajoutée à la recherche. Beaucoup de personnes avaient « changé de chaise » et l'adresse de contact qui nous était fournie n'était quelques fois plus valide. Ainsi, ceci a ajouté un niveau de complexité.

Le contexte de la loi 10 a également engendré un certain climat d'incertitude auprès de cadres dont les postes étaient appelés à disparaître. Ainsi, quelques fois, certaines personnes ont pu éprouver de la réticence à parler en toute transparence de leur organisation. Cela s'est notamment traduit par le refus de certains d'enregistrer l'entrevue, ce qui a compliqué le processus de rédaction dans certains cas.

4.1.2. LE CONTRAT

Ce projet étant une recherche commanditée, il existe un contrat entre Pôle Santé et CEPSEM. Ce dernier a servi d'intermédiaire; les fonds de la recherche provenant de plusieurs organisations membres de cette association, dont la raison d'être est la préoccupation « par les finances publiques et l'avenir du système de santé du Québec. Il œuvre à établir la complémentarité du privé en santé et en mieux-être avec le système public. » (Lepage, 2019).

4.2. L'ANALYSE DES DONNÉES

Les données recueillies lors de la collecte ont été traitées de façon descriptive dans chacun des cas de gestion rédigés par la suite. Au terme de ce travail, une analyse transversale recoupant les leçons à tirer de chacun des cas a été produite. Cette analyse transversale a été construite sur la base des écrits identifiés dans la littérature à ce propos. À terme, cette analyse transversale a été livrée de pair avec les cas de gestion à CEPSEM.

4.3. LES CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA RECHERCHE

4.3.1. LA VALIDITÉ

4.3.1.1. La validité interne

En termes de validité interne, celle-ci a pu être atteinte en raison de la similarité au niveau des cas. Il s'agit en effet de cinq cas de PPP touchant le domaine de la santé et des services sociaux. Dans chacun des cas, nous retrouvons une structure de fonctionnement similaire, soit des mécanismes de communication formels, de la main d'œuvre dédiée au déroulement du PPP, etc.

Toutefois, cette validité interne est limitée par les spécificités individuelles de chacune des organisations. Notons en effet que les organisations sont de différentes natures, ce qui peut certainement avoir une incidence sur le résultat du partenariat. Nous comptons trois entreprises privées : *Stevens* et l'*Institut de l'œil des Laurentides (IOL)*, le *Groupe Santé Arbec*; une organisation privée conventionnée : *Villa Medica*; ainsi qu'un OBNL, également une ressource intermédiaire : *La Traversée*. Cette diversité de vécu offre une richesse de leçons à tirer quant au succès potentiel des PPP.

Il est à noter cette validité interne aurait pu être étoffée davantage si nous avions eu davantage de cas d'étude sur lesquels nous pencher. En effet, nous avons eu l'occasion de nous intéresser à cinq cas dans le domaine de la santé et des services sociaux, mais un seul des cas ne s'est soldé par un échec véritable; les conclusions et leurs répercussions en sont donc affectées. D'autres cas d'échecs auraient eu l'avantage de contraster les résultats, ce qui aurait, en retour, enrichi les conclusions à tirer et les recommandations à formuler.

4.3.1.2. *La validité externe*

À l'heure actuelle, les PPP ne jouissent pas d'une bonne presse, à l'instar de ce que nous avons mentionné en partie introductive. La réalité des PPP en est donc une d'ambivalence et de succès mitigés. Le portrait d'organisations sélectionnées pour cette recherche correspond donc à ce que nous observons dans la réalité : des succès, mais aussi des échecs. La validité externe de cette recherche est donc notamment supportée par le réalisme de l'éventail d'organisations choisies. Qui plus est, le fait que cette recherche ait été réalisée en dyade contribue à renforcer cette validité : il fallait en effet que l'homologue du public des organisations soit disponible et apte à répondre aux questions des chercheurs.

4.3.2. LA FIABILITÉ

Des intervenants de la recherche ont été identifiés initialement et des invitations formelles à participer à une entrevue individuelle semi-dirigée leur ont été acheminées. Cette première série d'entrevues a permis d'identifier d'autres acteurs dont la participation au déroulement du PPP a été substantielle. Nous nous sommes donc fiés au propos des intervenants rencontrés pour élargir notre champ de recherche. Ce processus a été répété jusqu'à saturation, soit jusqu'à ce qu'un portrait global de la situation suffisamment détaillé ait été peint. Ceci, couplé à la structure en dyade de la recherche, renforce et la fiabilité et la validité externe du projet.

4.4. LE TABLEAU DE SYNTHÈSE DE LA MÉTHODOLOGIE

ORGANISATION	PERSONNES INTERROGÉES	
	DU CÔTÉ DU PRIVÉ	DU CÔTÉ DU PUBLIC
<i>Villa Medica</i>	4	3
Institut de l'œil des Laurentides	6	1
<i>Stevens</i>	3	3
<i>Groupe Arbec</i>	4	1
Le Centre <i>La Traversée</i>	3	4
Sous-total	20	12
TOTAL	32 personnes	

5. ANALYSE

Dans cette section, nous procéderons à l'analyse des cinq cas de partenariat. Chacun des cas sera étudié à travers les différentes lentilles du modèle de Bolman et Deal auxquelles nous avons arrimé les conditions de succès évoquées dans la revue de littérature. La section se soldera par une discussion des cas consolidés.

5.1. VILLA MEDICA

En mai 2014, *Villa Medica* voit l'ouverture de son guichet de santé physique, contrat gagné par appel d'offres de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal, pour lequel elle avait soumis une offre de services innovatrice et quelque peu risquée. Dès lors, elle voit son statut passer de simple partenaire dans le réseau de la réadaptation physique québécois à celui de guichet unique acheminant les diverses demandes aux différents partenaires fournisseurs de soins. *Villa Medica* doit donc apprendre à apprivoiser une nouvelle relation avec ses partenaires prestataires de soins. Alors qu'auparavant ils assumaient un rôle identique au sein du réseau de la santé et des services sociaux, la nouvelle mission de guichet d'accès de *Villa Medica* vient changer profondément cette dynamique. Le succès de ce projet dépendra en grande partie du support et de l'aide de l'ASSS.⁸

Nombre d'intervenants rencontrés : 7

5.1.1. LENTILLE STRUCTURELLE

D'abord, afin de garantir le succès d'un partenariat d'une organisation du secteur privé avec le public, il convient que ses gestionnaires conçoivent, réfléchissent l'organisation d'une façon qui corresponde à la nature de l'organisation. Ainsi, *Villa Medica* est à l'origine un organisme privé conventionné : « c'est-à-dire que le financement provient du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) selon les règles de l'Association des établissements privés conventionnés. Ce modèle est à différencier de celui touchant les Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), bien que les règles soient sensiblement les mêmes. Les employés sont syndiqués et rémunérés à la même hauteur que dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Dans les faits, pour le client, il n'y a pas de différence avec un établissement public. »⁹

⁸ Ce résumé – que nous avons rédigé – a été publié dans le cahier du participant lors du colloque du 4 février 2016 à HEC Montréal. Le cas de gestion dans sa totalité ainsi que la description de la mission de cet établissement sont disponibles en annexe.

⁹ Cas *Villa Medica*

De ce fait, la nature même de l'organisation fait en sorte que la recherche de la profitabilité doit être au centre de ses préoccupations, à travers des activités telles que « l'hôtellerie, la gestion des bâtiments, les services alimentaires »¹⁰.

Pour revenir à notre cadre conceptuel, il convient que les dirigeants dressent une carte mentale du fonctionnement de *Villa Medica* basée sur la recherche de la profitabilité, la structure nécessaire à mettre en place pour la garantir et l'ensemble de règles et de technologies à implémenter pour parvenir à cette fin.

Or, il est permis de penser que la vision stratégique des dirigeants de *Villa Medica* est correctement alignée avec la nature de l'organisation : les dirigeants rencontrés mentionnent à l'unisson que *Villa Medica* est basée sur l'innovation et la culture client. Ces deux éléments tendent implicitement vers la recherche du profit; en effet, une organisation cherchant à rester au-dessus du marché basera ses activités, d'une part, sur la satisfaction de ses clients de sorte à ce qu'ils reviennent ou recommandent l'institution à leurs proches et, d'autre part, sur l'innovation afin d'être en avance sur le marché. Notons par ailleurs que le centre de réadaptation prévoit des normes de mesures de la qualité auprès des patients et que les résultats sont par ailleurs très positifs.

Qui plus est, la rédaction de l'offre de services pour le guichet unique en santé physique est un ardent témoignage de l'agilité cognitive de l'organisation. Plutôt que de concocter une offre de services standard, en cherchant à respecter en tous points les critères de l'appel d'offres au plus bas prix envisageable, *Villa Medica* a pris la décision de modifier la structure pour l'adapter à la tâche à faire. C'est ce Bolman et Deal appellent « attune structure to task (manipuler la structure pour l'harmoniser avec la tâche à accomplir) », soit une capacité dont les leaders doivent savoir faire preuve, dans le cadre de la lentille structurelle. L'appel d'offres stipulait l'embauche d'une infirmière et d'un agent administratif, et un budget de 184 000 \$ par année, en plus de requérir une ouverture du guichet sept jours par semaine à raison de huit heures par jour. *Villa Medica* a jugé que cette structure n'était pas adéquate pour répondre aux demandes de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS). Elle propose donc une alternative : une équipe composée d'archivistes médicaux, chapeauté par un ergothérapeute. Il s'agit d'une première dans le milieu. Jusqu'à présent, personne n'a encore entendu parler d'archivistes médicaux placés

¹⁰ Cas *Villa Medica*

dans une telle position. Mais *Villa Medica* se défend : selon elle, les archivistes médicaux, qui bénéficient d'ailleurs d'une formation médicale élaborée, sont tout à fait aptes à réaliser les tâches qu'on attend d'eux dans l'opération d'un guichet de santé.

Cette initiative, non sans risques, s'avère d'ailleurs un succès pour *Villa Medica* qui remporte l'appel d'offres et qui se voit alors confier le contrat du guichet de santé physique. La « **rigidité optimale du contrat** », condition de succès identifiée dans la revue de littérature, explique parfaitement cette première réussite pour les deux partenaires. Si l'ASSS était demeurée campée sur sa position initiale, avec un appel d'offres requérant les services d'une infirmière et d'un agent administratif, pour un budget annuel de 184 000 \$ une ouverture du guichet sept jours sur sept, huit heures par jour, elle aurait manqué l'opportunité de réaliser un partenariat avec un partenaire dont la vision est basée sur l'innovation. D'ailleurs, *Villa Medica* jugeait que cette composition était vouée à l'échec, puisqu'il aurait été excessivement ardu de contenir l'enveloppe budgétaire en respectant les heures d'ouverture et les standards salariaux des personnels infirmiers. Il est donc permis de remettre en question le succès d'un partenariat réalisé sur les bases proposées initialement par l'ASSS.

Une fois le contrat remporté, les partenaires se sont dotés de **mécanismes de communication formels**, ce qui témoigne d'une avancée structurelle du partenariat et constitue une condition de succès aux PPP. Ces mécanismes prennent la forme notamment de comités de coordination, dont la mission est d'assurer de maintenir un alignement optimal entre les différentes parties prenantes. À ces rencontres sont conviés de nombreux acteurs, décisionnels ou non. Ces rencontres permettent donc de cristalliser les rôles de chacun, participant ainsi à la construction de la structure du partenariat.

L'application de la lentille structurelle n'a toutefois pas généré que des succès. En effet, la rédaction du guide de gestion a été problématique pour l'avancée du partenariat. Ce dernier devait contenir « la mission de ce guichet, le rôle de chacun, la vision, les limites, les prévisions ainsi que les démarches à suivre »¹¹ et ainsi devenir le point de référence pour le guichet de santé physique auprès de tous les acteurs impliqués. Toutefois, ce dernier a été jusqu'à très tard en phase de « rédaction préliminaire », ce qui a eu pour conséquence de freiner l'avancée du partenariat dans les cartes mentales des individus, qui se

¹¹ *Ibid.*

retrouvaient sans outil officiel le concrétisant. Par ailleurs, ce flottement donne lieu à un certain sentiment d'incertitude; il est donc permis de penser que les dirigeants auraient gagné à appliquer une lentille différente à la situation, soit la lentille des ressources humaines, notamment. Face à l'absence de la concrétisation du guide de gestion, un suivi du personnel davantage approfondi aurait pu contrecarrer les effets négatifs de sa parution tardive.

Somme toute, les dirigeants de *Villa Medica* semblent avoir généralement appliqué la lentille structurelle lorsqu'il le fallait, soit dans l'élaboration de l'offre de services pour l'appel d'offres du guichet de santé physique, mais, selon Bolman et Deal, un bon leader n'est pas un leader capable d'appliquer une lentille donnée de façon rigide. Plutôt, il s'agit d'un leader capable de réfléchir la bonne situation avec le bon cadre de pensée. Il faut donc octroyer un espace mental à un cadre de référence alternatif.

Ainsi, la lentille structurelle à elle seule ne saurait rendre compte avec exactitude de la réalité avec laquelle *Villa Medica* doit composer dans toute sa complexité.

5.1.2. LENTILLE DES RESSOURCES HUMAINES

Nous avons évoqué préalablement l'élaboration de l'offre de services, à travers laquelle *Villa Medica* a su mettre de l'avant son côté innovateur. Or, cet exemple contient aussi une richesse à exploiter à l'aune de la lentille des ressources humaines : d'abord, il va sans dire que les dirigeants ont choisi de retravailler la structure proposée en raison de considérations budgétaires, mais ils ont aussi pris cette décision afin de ne pas appliquer une pression trop forte sur un employé du personnel infirmier, qui se serait retrouvé à réaliser un travail exigeant sur de longues heures de travail. La décision de constituer une équipe composée d'archivistes médicaux sous l'autorité d'un ergothérapeute est porteuse de sens : la rotation des archivistes médicaux permet une meilleure répartition du travail – toujours en respectant l'enveloppe budgétaire puisque leurs salaires de base sont inférieurs –, puis la confiance placée en leurs capacités témoigne de l'« empowerment (autonomisation) » propre à la lentille des ressources humaines. Nous avons mentionné précédemment qu'il s'agissait d'une première de confier une telle tâche à des archivistes médicaux. Cela parle donc de la confiance qu'a *Villa Medica* en ses employés et la volonté qu'elle a de développer leur potentiel. D'ailleurs, les dirigeants ont su regarder la situation du point de vue des besoins à combler, ce qui leur a permis d'offrir cette solution innovante. Rappelons

que les critères financiers et budgétaires du guichet de santé physique ont été respectés ultimement, même s'il ne s'agissait pas du format proposé initialement.

Par ailleurs, *Villa Medica* se distingue par son lien privilégié qu'elle entretient avec les étudiants à travers les stages qu'ils réalisent chez elle. On peut donc en déduire que l'accompagnement et la formation de personnel est au cœur de ses priorités.

5.1.3. LENTILLE POLITIQUE

De nombreux autres centres de réadaptation ont postulé dans l'espoir d'obtenir le contrat de guichet de santé physique. Mais, à la différence de *Villa Medica*, la totalité des autres joueurs ont respecté en tous points les critères de l'ASSS pour la constitution de l'équipe du guichet de santé physique. Cela engendre donc certaines tensions, en ce que *Villa Medica* est perçue d'emblée comme ayant gagné sur un pied plus ou moins légitime.

Dans les faits, *Villa Medica* s'est vu attribuer deux rôles distincts : celui de guichet de santé physique et celui de centre de réadaptation. Or, cela contribue aux tensions déjà existantes, une forme de « rivalité », car *Villa Medica* doit désormais traiter les demandes en réadaptation et les acheminer au bon endroit, en s'incluant parmi les destinations potentielles. Certains, parmi les partenaires, l'accusent de se réserver les cas plus faciles. Un jeu de pouvoir s'installe entre *Villa Medica* et les autres joueurs.

Villa Medica et l'ASSS, afin de mener à bien le partenariat du guichet de santé physique, doivent travailler conjointement à installer *Villa Medica* comme partenaire légitime aux yeux des autres partenaires. Ils décident de mettre de l'avant la neutralité du centre de réadaptation face aux demandes des patients en jouant de **transparence** et d'objectivité, ce qui correspond d'ailleurs à une condition de succès de réalisation d'un PPP. Pour ce faire, *Villa Medica* maintient une **communication** ouverte avec ses partenaires et leur ouvre ses livres. Elle laisse parler les données. D'ailleurs, initialement, certains partenaires étaient incrédules quant aux statistiques présentées par *Villa Medica* lors d'une rencontre, car jugées trop positives. Mais, peu à peu, et l'on pourrait dire, à force de transparence et d'objectivité, les partenaires finissent par se résigner et à accepter les données qui leur sont montrées. Il faut dire aussi que l'ASSS contribue à dédouaner *Villa Medica* en maintenant que, contrairement aux accusations selon lesquelles *Villa Medica* se garderait les cas les plus faciles, cette dernière fait plutôt office d'éponge, en ce qu'elle cherche plutôt à

soulager le trop plein de demandes, notamment en acceptant les cas refusés par d'autres centres.

5.1.4. LENTILLE SYMBOLIQUE

Au-delà de son application politique, la profession de foi de l'ASSS en la capacité de *Villa Medica* d'assumer le rôle de guichet de santé physique est un geste symbolique de création de sens. En effet, l'idée est de symboliquement fixer *Villa Medica* comme partenaire légitime. Implicitement, on cherche à faire découler le succès du partenariat de ce moment charnière où *Villa Medica* est acceptée comme joueur clé. La **confiance** des partenaires est cruciale pour le bon fonctionnement du projet. Il faut donc créer du sens et mettre de l'avant une image inspirante de *Villa Medica* qui saura gagner les partenaires. Ultimement, l'ASSS et *Villa Medica* y parviennent.

Accessoirement, *Villa Medica* a su jouer de sa réputation – son image – basée sur l'innovation et la proactivité, notamment à travers l'élaboration d'une offre de services innovante. Nous savons que ceci lui a permis d'obtenir le contrat.

Enfin, la lentille symbolique a aussi connu son lot de difficultés. La notion même de « PPP », du côté du public, était connotée négativement, ce qui a freiné quelque peu l'acceptation de certains. Un intervenant parle d'un « débat d'idéologies » non basé sur la rationalité, mais plutôt sur les croyances et les opinions de chacun. L'entrée du privé dans le terrain du public est vue d'un mauvais œil par certains qui croient que les soins dispensés par le public ne doivent pas être « souillés » par une intervention du privé traditionnellement motivé en très grande partie par la quête du profit.

Sans doute une intervention plus soutenue d'un dirigeant, basée sur le leadership et le charisme, en ce sens aurait-elle permis de contrecarrer ce problème. Nous observons que cela n'a pas été le cas et qu'il s'agit donc sans doute d'une lacune, qui n'a heureusement pas été fatale pour le projet. Afin d'insuffler la **confiance** en ce projet auprès des parties prenantes, les dirigeants concernés auraient pu, par exemple, adresser les craintes de leurs employés à travers une rencontre explicative démystifiant les PPP, appliquant par le fait même une lentille des ressources humaines, pour ensuite mettre de l'avant une lentille symbolique en créant une culture autour de la réussite de ce PPP, en cherchant à inspirer les employés en vantant les services rendus à la population.

En outre, le concept même de « guichet unique de santé physique » est hautement symbolique. En effet, alors qu'auparavant, les différents centres de réadaptation traitaient les demandes individuellement, les demandes convergent désormais vers un seul et unique point de service : celui opéré par *Villa Medica*. C'est donc conférer à *Villa Medica* un statut haut en importance, qui n'est pas banal au point de vue symbolique.

5.2. STEVENS

En 2014, l'entreprise de fourniture médicale *Stevens* nouvellement installée au Québec se voit attribuer le contrat d'élimination de l'Agence de la Santé et des Services sociaux (ASSS) de Montréal. Il s'agit d'un contrat de livraison de produits d'incontinence à domicile, réalisé en partenariat avec des intervenants des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui doivent assurer, quant à eux, le suivi des usagers à domicile.

Pour *Stevens*, c'est le début d'une aventure ponctuée de défis dont l'entreprise viendra à bout à force de travail en équipe, de flexibilité et d'ouverture.¹²

Nombre d'intervenants rencontrés : 6

Dans le cadre du PPP liant l'entreprise *Stevens* et l'ASSS, il est intéressant de noter que les usagers se voient investis d'un rôle important quant au succès du projet. Le PPP mis de l'avant ici est le « Programme d'aides matérielles aux fonctions d'élimination » et concerne donc essentiellement les produits touchant à la sphère de l'incontinence. Les usagers sont donc impactés de plein front par le moindre changement tant au niveau du produit en lui-même que sur la manière dont il leur sera acheminé. Il convient donc de considérer les usagers comme partenaires de ce PPP, au même titre que *Stevens* ou l'ASSS. Ainsi, observons de quelle manière les dirigeants ont exercé leur cadrage :

5.2.1. LENTILLE STRUCTURELLE

D'abord, afin de s'assurer de la viabilité des produits proposés dans l'offre de service de *Stevens*, l'ASSS constitue un comité d'experts, au sein duquel on retrouve notamment des intervenants d'expérience. Leur mandat est d'évaluer la qualité des produits provenant

¹² Ce résumé – que nous avons rédigé – a été publié dans le cahier du participant lors du colloque du 4 février 2016 à HEC Montréal. Le cas de gestion dans sa totalité est disponible en annexe.

d'une multitude de fournisseurs. Ceci témoigne, de la part de l'Agence, d'une volonté d'ériger le projet sur des assises officielles. On construit à partir de standards de qualité établis, ce qui est propre à la lentille structurelle de Bolman et Deal.

Afin de démarrer le projet sur une note solide, la chargée de projet de l'Agence organise une journée de portes-ouvertes auxquelles toutes les parties prenantes de ce partenariat prennent part : le personnel administratif l'Agence, les fournisseurs de produits d'incontinence, les employés de *Stevens* et quelques intervenants des CSSS. Dans une perspective structurelle, ceci permet à chacun de se définir par rapport à l'autre. Les rôles se tracent dans le contact avec les autres partenaires.

Toutefois, les débuts sont difficiles, car il y a beaucoup d'ajustements à faire. Les mesures ne sont pas les mêmes et la clientèle doit apprivoiser de nouveaux produits destinés à accomplir une tâche sensible. L'Agence ayant imparti son département de service à la clientèle dans les bureaux de *Stevens*, les employés de *Stevens* se voient obligés de composer avec un volume d'appels anormalement élevé. Ils doivent rassurer les usagers, écouter leurs plaintes, modifier les produits dans leur dossier selon leurs besoins, etc. Face à cela, *Stevens* prend la décision stratégique d'embaucher temporairement plus de personnel de service à la clientèle, en plus de temporairement affecter d'autres employés à ce département. De cette façon, *Stevens* croit être en mesure d'affronter plus sereinement la tâche qui l'attend. Or, ceci est un exemple concret de manipulation de la structure afin de l'harmoniser avec la tâche à faire. *Stevens* retravaille sa structure organisationnelle pour répondre aux besoins du programme.

Qui plus est, afin de fonctionner efficacement, les employés de *Stevens* veillent à ce que les dossiers des usagers soient toujours suffisamment détaillés, de sorte à ce que même si la personne-contact d'un usager en question n'est pas disponible, un autre employé peut reprendre le flambeau sans que l'utilisateur ne perde de temps de service. L'usage de la technologie est donc employé adéquatement pour soutenir la structure de travail.

Enfin, en ce qui concerne les mécanismes de communication formels, les employés de *Stevens* ont identifié des vis-à-vis auprès de l'Agence, ce qui a permis une communication directe et rapide, facilitant l'avancée du projet en renforçant sa structure de fonctionnement.

5.2.2. LENTILLE DES RESSOURCES HUMAINES

Nous avons mentionné précédemment que la nature de ce partenariat faisait en sorte qu'il faille considérer les usagers comme partenaire. Or, bien qu'il soit peu à propos de considérer les usagers comme l'on considère du personnel, il convient de s'attarder à la relation tissée avec eux au fil de ce partenariat.

Notons d'abord que la clientèle est, par sa nature, sensible. Il s'agit souvent de personnes handicapées et qui souffrent de problèmes d'incontinence. On retrouve aussi des parents d'enfants handicapés ou connaissant des troubles du développement. En bref, il convient, pour l'entreprise, de traiter sa clientèle avec délicatesse, afin de mener à bien le projet. Or, *Stevens* semble avoir intégré cet élément dans sa façon de fonctionner. La métaphore de la famille est tout à fait à propos : le personnel de *Stevens* cherche, certes à desservir la clientèle, mais cherche aussi, d'autre part, à tisser un lien de confiance qui pérennisera la relation. Cela fait partie de ses objectifs stratégiques. Elle ne cherche pas seulement à satisfaire les clients à court-terme, mais bien à développer une relation qui perdurera dans le temps. Pour ce faire, elle assigne à chaque usager une personne-contact. L'utilisateur connaît le nom de la personne qui lui est assignée, de sorte à ce qu'une certaine familiarité favorisant le lien de confiance s'installe. Ceci n'est pas du hasard : *Stevens* a prévu cette mesure. D'un point de vue technique, nous observons que la communication chez *Stevens* est au service du partenariat, ce qui relève d'une condition de succès.

Qui plus est, l'élément central de ce projet a été la satisfaction des besoins des usagers. L'entreprise a, pour ainsi dire, aligné ses activités avec les besoins des usagers. Leur satisfaction a été le point de convergence de tous les efforts déployés. Quand on regarde une situation à travers une lentille de besoins à combler, on est en situation de lentille des ressources humaines. Cette façon de voir les choses a d'ailleurs conduit le personnel de *Stevens* à faire preuve de beaucoup de flexibilité et à exercer beaucoup de compensation dans l'exercice de ses fonctions. En effet, les employés ont dû, à plusieurs reprises, prendre sur leur temps individuel pour aller effectuer des livraisons, lorsque l'horaire initial proposé ne convenait pas aux usagers. De la même manière, les employés ont travaillé sans relâche à ce que les usagers trouvent chaussure à leur pied, en ce qui a trait aux produits d'incontinence. Il a fallu parfois envoyer de multiples échantillons et modifier le profil des usagers à plusieurs reprises avant que satisfaction ne se fasse. Mais, ultimement, un

sondage évaluant la qualité du service à la clientèle révèle un taux de satisfaction des usagers de 100 %, ces derniers qualifiant par ailleurs le personnel de *Stevens* « d'aimable ». Cet empressement à satisfaire les besoins des usagers témoigne d'une bienveillance de la part de *Stevens*, ce qui correspond aussi à une condition de succès aux PPP.

Du côté de l'entreprise, le travail en équipe a aussi été une clé du succès de ce projet. Rappelons d'ailleurs que les employés de *Stevens* travaillent ensemble depuis plusieurs années puisqu'ils proviennent pour la plupart de la même entreprise originalement, avant l'arrivée de *Stevens* en sol québécois. Ainsi, la fluidité et la densité des relations de travail a favorisé une certaine mobilité au sein des employés, qui ont ainsi délaissé certaines de leurs activités pour concentrer leurs énergies dans le soutien du département de service à la clientèle. La métaphore de la famille est encore une fois à propos dans ce contexte.

5.2.3. LENTILLE POLITIQUE

L'arrivée de *Stevens* au Québec est éminemment politique. En effet, c'est sous la recommandation du Bureau de la Concurrence que l'entreprise a pris la décision stratégique d'ouvrir une division québécoise, afin d'offrir un contrepoids aux entreprises de fourniture médicale Dismed Inc. et Cardinal Health qui étaient jusqu'alors les principaux joueurs. Ils détenaient par ailleurs l'exclusivité sur certains produits médicaux. L'entreprise doit dès lors faire sa place dans l'échiquier. Elle roule sa bosse au fil des contrats gagnés par appels d'offres sur le Système électronique d'appels d'offres du gouvernement du Québec (SEAO). L'opportunité d'un contrat avec l'Agence est donc stratégique pour l'entreprise, qui verrait sa place sur le marché consolidée par cet appui. Ainsi, *Stevens* a tout à gagner dans le développement d'une relation stratégique positive avec l'Agence. Pour ce faire, elle fait preuve d'une grande ouverture quant à la communication, identifiant rapidement des vis-à-vis pour que la communication soit rapide et fluide. À cela, alors que *Stevens* a eu la confirmation que ses produits respectaient les paramètres demandés par l'Agence, l'entreprise a tout de même pris l'initiative de soumettre ses produits pour vérification de son côté. Cela témoigne d'un souci du détail et d'une bienveillance à travailler ensemble, renforçant le lien de confiance unissant les deux parties.

À une échelle macro, *Stevens* est passée d'une entreprise simple de livraison de produits à une entreprise de services, ce qui est d'ailleurs témoigné à travers l'agrandissement de son département de service à la clientèle. Cela nous renseigne quant à l'évolution de *Stevens* par rapport à son partenaire, dans une perspective politique : certes *Stevens* a modifié le cours de ses activités normales afin de soutenir la relation avec son partenaire. Sans doute une telle compensation de sa part n'était-elle pas prévue par le contrat initial. *Stevens* est venue combler le vide laissé par le flottement contractuel, ce qui parle de la manière dont les partenaires ont moulé leurs intérêts l'un dans l'autre et est un indice des partenariats sur la voie du succès. Ultimement, *Stevens* sort gagnante de cette union, car elle a désormais la réputation de prodiguer des services de qualité; l'Agence en retire le bénéfice de fonds bien investis au service du public; enfin, les usagers bénéficient de produits gratuits tout en pouvant compter sur un service personnalisé. *Stevens* aurait pu protester auprès de l'Agence en arguant que son département de service à la clientèle n'était pas conçu pour soutenir un tel volume. À court-terme, cela aurait ménagé ses ressources, mais dans une perspective stratégique et politique, cela aurait freiné tant le développement du partenariat que le développement personnel de l'entreprise.

5.2.4. LENTILLE SYMBOLIQUE

Le partenariat touchant Stevens a commencé sur une note hautement symbolique, mais ses retombées ont été inégales : la journée portes ouvertes organisée par la chargée de projet de l'ASSS était en apparence le parfait outil cristallisateur du partenariat. La volonté était alors de mettre un visage sur le changement à venir, ainsi que d'offrir aux intervenants la possibilité de manipuler les produits au cœur du projet. Cette manifestation physique d'une collaboration à venir était porteuse d'espoir. La journée, à laquelle ont d'ailleurs assisté différents intervenants des deux côtés du projet, s'est soldée par un bilan positif. Toutefois, nous avons appris au fil des entrevues que tous les intervenants concernés n'ont pas répondu présent. De plus, une intervenante sur le terrain n'avait pas été mise au courant. Ainsi, à lui seul, cet élément symbolique n'a pas été suffisamment puissant pour générer un élan symbolique durable.

Notons par ailleurs qu'à certains égards, le partenariat aurait sans doute bénéficié d'un cadrage davantage symbolique. Selon *Stevens* : « Ils [les ergothérapeutes et les travailleurs

sociaux chargés des visites à domicile] sont plus intéressés par d'autres programmes jugés plus stimulants que le programme d'élimination traitant d'incontinence où leurs compétences et leur formation en ergothérapie ou en travail social sont peu sollicitées. »¹³ Si ces spéculations s'avèrent fondées, il est permis de penser que davantage de motivation au niveau du leadership de l'Agence aurait pu corriger le tir. Le mérite du service rendu à une population vulnérable de façon d'autant plus efficace aurait pu être mis de l'avant, inspirant ainsi les intervenants à s'engager davantage dans le projet, notamment en assistant aux journées portes ouvertes.

5.3. LA TRAVERSÉE

En 1990, le Centre *La Traversée*, ressource intermédiaire à but non-lucratif, est créé. Il œuvre d'abord dans l'hébergement de la clientèle en santé mentale; aujourd'hui ses activités sont divisées en quatre grands axes principalement sur le modèle des ressources intermédiaires : la déficience intellectuelle, la santé mentale, la clientèle jeunesse et les personnes âgées, plus spécifiquement la perte d'autonomie liée au vieillissement.

Le Centre jouit d'une entente avec le CSSS du territoire pour l'embauche d'un ergothérapeute, qui, au sein de *La Traversée*, offre les services pour les patients de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine et des autres établissements du territoire.¹⁴

Nombre d'intervenants rencontrés : 7

5.3.1. LENTILLE STRUCTURELLE

Le cas du PPP impliquant *La Traversée*, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL), l'ASSS et le CSSS CDI est conte relatant la recherche de la bonne structure de fonctionnement.

À l'origine, *La Traversée*, HLHL et l'ASSS ont conclu une entente stipulant que HLHL donnerait une enveloppe de 150 000 – 200 000 \$ à *La Traversée* pour que celle-ci embauche un ergothérapeute/éducateur spécialisé. La situation est gagnante pour tous : *La Traversée* y gagne les services d'un ergothérapeute au sein de son établissement et HLHL

¹³ Cas *Stevens*

¹⁴Ce résumé – que nous avons rédigé – a été publié dans le cahier du participant lors du colloque du 4 février 2016 à HEC Montréal. Le cas de gestion dans sa totalité est disponible en annexe.

y gagne un endroit où rediriger ses patients nécessitant de tels services puisqu'il ne dispose pas de l'espace nécessaire à l'hôpital pour prodiguer ces services.

La structure originale de ce partenariat est quelque peu problématique. En effet, le partenariat est reconduit sur une base annuelle et il faut donc renégocier l'entente chaque année. Qui plus est, puisqu'il s'agit à la base d'une entente entre HLHL et l'ASSS, cette dernière décidant du montant de l'enveloppe budgétaire à octroyer, *La Traversée* n'est pas impliquée dans les négociations, alors qu'elle est pourtant l'hôte de ces services. Cette dernière tente par plusieurs moyens de participer à ces rencontres, sans succès. *La Traversée* doit donc composer avec un climat d'incertitude entourant la prestation de soins par son ergothérapeute. Or, il est arrivé que la ressource intermédiaire reconduise les soins avant même d'avoir perçu l'enveloppe budgétaire puisque les négociations étaient toujours en cours. C'est que le centre a jugé que les soins dispensés étaient trop importants pour la clientèle pour que l'on s'en prive, quitte à ce qu'elle doive en assumer les coûts. Ceci témoigne par ailleurs de la bienveillance dont *La Traversée* fait preuve dans l'exercice de ses fonctions et représente une condition de succès identifiée dans la revue de littérature. Le service rendu au client prime et *La Traversée* cherche à se doter d'une structure adéquate pour soutenir le service.

Mais ces frustrations sont de courte durée de toute façon : en 2013, l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) émet un nouveau cadre de pratiques entourant les ressources intermédiaires. Il n'est désormais plus permis pour celles-ci de dispenser des soins qui soient de nature autre que des soins de nature « préposé aux bénéficiaires » (PAB). On vise par-là les soins primaires tels que l'aide au repas, les bains, le soutien à la prise de médicaments, etc. Les autres soins de nature dite « professionnelle » ne peuvent désormais plus en théorie être dispensés dans une RI.

Or, *La Traversée* juge qu'il serait dommageable pour sa clientèle de se passer des services d'un ergothérapeute, puisque son profil s'alourdit et que des soins de type PAB ne couvrent pas la totalité des besoins qu'ils peuvent présenter. L'heure est donc à trouver une solution permettant de reconduire les services de l'ergothérapeute en toute légalité, en gardant le financement dont elle dispose actuellement. N'oublions pas que *La Traversée* est un organisme à but non-lucratif et qu'elle dispose donc de par sa nature de ressources limitées.

On adopte donc une lentille éminemment structurelle afin de trouver une solution. Au terme de négociations impliquant l'avocat de l'Agence – ce qui nous renseigne d'ailleurs quant au type de lentille employée par l'Agence, soit structurelle puisque l'Agence cherche à faire tirer son épingle du jeu en faisant valoir le contexte légal de la chose–, HLHL et *La Traversée*, une solution est dévoilée : on signera une entente 108 de façon à bonifier le contrat de type ressource intermédiaire déjà existant. Une entente 108 stipule qu'un établissement peut faire usage de services professionnels lorsqu'un de ses usagers en présente le besoin. On prévoit que les heures de soins prodiguées par l'éducateur spécialisé seront financées avec un principe de reddition de comptes. Ce premier point de négociations est donc le point de départ de l'émergence de la structure du PPP.

Notons par ailleurs que cette clause permet de solutionner le problème initial soulevé par *La Traversée*, soit que l'entente ne soit reconduite que sur une base annuelle. Il est désormais prévu pour une durée de cinq ans, à compter d'avril 2015. Cela pérennise les façons de faire et permet à une structure de gouvernance d'émerger pouvant soutenir adéquatement le fonctionnement d'un tel projet.

Un autre élément qu'il convient de considérer avec la lentille structurelle est la rédaction des contrats au sein de ce PPP. En effet, rappelons que la « rigidité optimale du contrat » est une condition tendant à prévoir le succès des PPP. Il est donc important qu'un contrat soit suffisamment détaillé de sorte à ce que l'essentiel du partenariat soit couvert, soit les rôles et les attentes de chacun, par exemple, tout en laissant une certaine marge pour amortir la réalité du terrain. Les signataires d'un contrat ne doivent pas chercher à maximiser à outrance leurs bénéfices, puisque le partenaire à l'opposé du contrat doit aussi y trouver son compte si les deux parties veulent gagner à long terme. Une sorte de symbiose doit s'installer.

À l'origine, *La Traversée* et son homologue du public pouvaient compter sur un contrat d'une centaine de pages auxquelles se greffaient énormément d'annexes précisant les attentes quant à la nourriture ou la décoration du lieu. Les contrats étaient donc hautement personnalisés et étaient de véritables guides de gestion pour ceux appelés à les consulter. Selon une intervenante, on se référait très souvent au contrat pour déterminer le comportement à adopter dans situation donnée. Le contrat était donc à l'origine le point phare du partenariat.

Il est pertinent de rappeler ici une autre condition de succès recensée dans la revue de littérature : la clarté des objectifs. Certes, la personnalisation du contrat qui devient alors un élément cristallisateur du partenariat est une condition facilitant le succès du partenariat, mais notons que cette expression explicite des objectifs en est une aussi. Les objectifs étant clairement énoncés en début du partenariat, les deux parties se retrouvent sur la même longueur d'ondes et bénéficient en prime d'un guide qu'ils peuvent consulter à loisir dans déroulement du projet.

Avec la réforme du cadre légal entourant les ressources intermédiaires, les contrats deviennent standardisés à l'échelle du Québec. On ne tient compte que du nombre de place, du profil de la clientèle et de la durée du contrat. Il n'est désormais plus possible de personnaliser le contrat selon les institutions concernées. Selon une intervenante, on perd énormément « en finesse ». Les nouveaux contrats ne peuvent donc plus servir de point d'appui pour les partenariats.

D'ailleurs, ce flottement structurel ouvre la porte à des problèmes au niveau de la gestion du personnel. En effet, puisque les rôles et attentes ne sont désormais plus détaillés comme ils l'étaient auparavant, la définition des rôles est une tâche qui incombe aux gestionnaires, mais encore ceux-ci doivent-ils s'en acquitter. Et cela n'est pas simple, lorsqu'il s'agit d'un partenariat au sein d'un établissement abritant du personnel de deux employeurs différents. Cette tâche est donc quelque peu laissée de côté et l'on doit se débrouiller sur le terrain pour faire sens de la nouvelle réalité. C'est ainsi que certaines tâches sont laissées au bon vouloir de certains employés, dans le cas où l'on ne sait pas trop à qui incombe, par exemple, la tâche de prendre les rendez-vous médicaux des usagers.

Ainsi, afin de ne pas occasionner de bris de service aux usagers en position de vulnérabilité, le personnel de *La Traversée* prend sur lui et fait preuve de bienveillance, encore une fois, afin de faire rouler la roue du partenariat. La finesse perdue au niveau de la clarté des objectifs et de la personnalisation du contrat est heureusement compensée par la bienveillance de l'institution.

La communication étant aussi une condition de succès que nous avons classée dans la section de la revue de littérature comme appartenant à la lentille structurelle, il est pertinent de s'interroger quant à l'efficacité des mécanismes de communication formels dont se sont dotés les acteurs de ce PPP. Ceux-ci sont nombreux et à divers paliers. D'abord, il y a les

comités internes aux deux organisations qui prennent la forme de réunions d'équipes. Puis, à l'externe, on organise des réunions en dyade auxquels participent tant des employés de *La Traversée* que des employés du CSSS : ce sont les comités de coordination. De chaque côté, les vis-à-vis formels sont identifiés pour faciliter la communication en ligne directe. Il existe aussi un comité conjoint auquel participe le personnel décisionnel de *La Traversée* et le personnel décisionnel du CSSS. Un enjeu a été soulevé ici en ce que lorsque le personnel décisionnel du CSSS n'assiste pas aux réunions du comité conjoint, le personnel professionnel n'y assiste pas non plus. Un procès-verbal leur est tout de même envoyé, mais cela freine la communication en plus de créer certaines frustrations chez les membres de l'équipe de *La Traversée* pour qui le message est que si les patrons n'assistent pas à la réunion, les autres employés ne jugent pas qu'il en vaille la peine de faire le déplacement. Ainsi, bien que la structure communicationnelle du partenariat a quelques fois des échappées, cette dernière a démontré qu'elle était tout à fait apte à soutenir le roulement du projet.

5.3.2. LENTILLE DES RESSOURCES HUMAINES

La clientèle de *La Traversée* et celle de *Stevens* sont quelque peu similaires en ce qu'elles sont toutes les deux caractérisées par une vulnérabilité accrue. Chez *La Traversée*, il est question de personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement, alors que chez *Stevens*, le public cible est les personnes souffrant d'incontinence liée ou non à un handicap. La mission de *La Traversée*, en tant que ressource intermédiaire, étant d'offrir un service qui réponde aux besoins de sa clientèle vulnérable, il convient de considérer les usagers à travers la perspective du patient-partenaire. Ainsi, à travers une lentille des ressources humaines, nous dénotons une volonté de la part de *La Traversée* d'aligner sa stratégie organisationnelle avec les besoins de ses usagers. Ceci est rendu explicite, notamment lorsqu'elle a pris la décision d'aller de l'avant avec les services de l'ergothérapeute, malgré que l'entente soit toujours en négociations – auxquelles elle n'avait d'ailleurs pas de siège – et, ce, malgré qu'il n'était pas certain qu'elle puisse toucher à l'enveloppe budgétaire destinée à financer ses services.

En ce qui concerne le fonctionnement à proprement parler du partenariat rendu possible grâce à la clause 108, nous avons évoqué les tensions occasionnées sur le plancher de *La*

Traversée en lien avec la gestion de deux bassins de personnel répondant à des autorités différentes. Une intervenante a mentionné que les PAB¹⁵ n'apprécient pas qu'on se réfère à elles en les désignant comme étant les « non-professionnelles », alors que le personnel infirmier, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux sont identifiés comme étant les « professionnels ». Cela laisse planer, selon l'intervenante, un doute sur le sérieux du travail qu'elles accomplissent, d'autant plus que ce sont les PAB qui montrent davantage d'ouverture à accomplir des tâches qui ne correspondent pas toujours à leur description de tâches officielles.

Rappelons en effet que la réforme quant à la façon de rédiger les contrats, désormais standardisés, a occasionné un flottement structurel quant aux rôles de chacun et aux tâches qui leur incombent respectivement. Certaines tâches sont donc tombées dans l'angle mort du contrat, mais devaient toujours être accomplies pour assurer un service de qualité aux usagers. Ce sont les PAB qui ont accepté de combler ce vide structurel. D'un point de vue de la lentille des ressources humaines, il y a donc eu ici un échec quant à l'alignement stratégique de l'organisation avec les besoins humains. La direction n'a pas su fournir la structure adéquate permettant de répondre aux besoins, d'une part, des usagers, et, d'autre part, du personnel. Le personnel s'est retrouvé sans directives claires quant à la démarche à suivre dans l'exercice de ses fonctions et a donc dû improviser au gré du bon vouloir individuel des employés. Il est permis s'interroger sur la conséquence de ceci à long terme sur la confiance des employés vis-à-vis du personnel décisionnel, sans compter les conséquences potentielles sur le service rendu aux usagers. Une structure inégale peut se traduire en un service inégal. En effet, si un employé accepte de réaliser une tâche qu'un autre employé n'accepte pas, ceci risque de désordonner le service et, ultimement, engendrer un climat de frustration et de tension à plusieurs niveaux.

5.3.3. LENTILLE POLITIQUE

L'amont du partenariat est essentiellement politique. En effet, à l'origine, le partenariat a été conclu entre *La Traversée*, HLHL et l'Agence et stipulait que HLHL octroierait une enveloppe à *La Traversée* pour l'embauche d'un éducateur spécialisé qui desservirait principalement la clientèle de HLHL. Il s'agit donc d'une manifestation des visées

¹⁵ Le féminin est employé ici afin d'alléger le texte.

stratégiques des organisations concernées. *La Traversée* cherche à bonifier son offre de services et HLHL cherche un endroit où elle pourra rediriger ses patients nécessitant d'être suivis par un éducateur spécialisé.

La Traversée a toutefois souffert pendant quelque temps de cette union en ce qu'elle ne faisait pas partie de la table des négociations. Elle était donc à la merci des discussions à huis clos entre HLHL et l'Agence, elle qui avait pourtant un rôle important à jouer.

La réforme du cadre de pratiques des ressources intermédiaires a donc permis de remédier à cette situation, bien qu'elle n'ait pas été perçue de façon positive au tout début. Le nouveau cadre de pratiques restreignant le type de services rendu aux seules activités de type PAB, il n'était désormais plus légal pour *La Traversée* de dispenser des soins d'un éducateur spécialisé en son sein.

La Traversée, l'Agence et HLHL ont donc dû négocier de plus belle afin de trouver une façon de fonctionner qui permettrait la reconduite des services de l'éducateur spécialisé, tout en respectant le nouveau cadre de pratiques. Ces négociations ont été en quelque sorte une arène politique où les intérêts organisationnels ont croisé le fer, pour ultimement et heureusement accoucher d'une solution satisfaisant aux critères fixés.

5.3.4. LENTILLE SYMBOLIQUE

La Traversée est une institution investie d'une mission : desservir une population vulnérable, principalement des personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. Cette mission est ressentie à travers les visées stratégiques formulées par le personnel décisionnel. Nous pouvons évoquer à cet égard la volonté de *La Traversée* de reconduire les services de l'éducateur spécialisé, sans avoir la garantie que ses services seront financés par une nouvelle entente. Selon le directeur de *La Traversée*, le « bien-fondé » du service l'emportait et la décision d'aller de l'avant avec l'éducateur spécialisé était naturelle. En d'autres termes, il est possible d'en déduire que le sentiment du devoir est si puissant chez le personnel décisionnel de *La Traversée* qu'il accepte de prendre des décisions qui pourraient être jugées risquées dans une perspective strictement rationnelle. Ceci témoigne de l'enracinement de *La Traversée* en sa valeur symbolique et de l'attachement à ses valeurs et à sa mission.

5.4. L'INSTITUT DE L'ŒIL DES LAURENTIDES

L'Institut de l'œil des Laurentides a été fondée en 2010 par cinq ophtalmologistes de l'hôpital Saint-Jérôme. Peu de temps après sa fondation, l'hôpital ferme son département d'ophtalmologie pour une durée de deux ans, le temps de rénovations majeures. Il nouera un partenariat avec l'*IOL* afin que celui-ci offre les services d'ophtalmologie sur le territoire. Faisant preuve d'innovation, ceux-ci auront une performance remarquable et viendront à bout des listes d'attente en peu de temps. Le partenariat sera interrompu une première fois considérant le dépassement des coûts estimés par l'hôpital en raison du grand nombre de services donnés à l'*IOL*. Toutefois, l'hôpital n'était pas encore prêt à rapatrier les services à l'intérieur de ses murs, il reprendra le partenariat mais avec des contraintes précisées. La seconde entente étant venue à échéance, elle n'a pas été renouvelée.¹⁶

Nombre d'intervenants rencontrés : 7

5.4.1. LENTILLE STRUCTURELLE

Dans le cadre de ce partenariat, l'*IOL* est venu palier à un déficit en termes d'effectifs de soins ophtalmiques pour la région des Laurentides. Le ratio habituel en ophtalmologie est d'un ophtalmologiste pour 30 000 patients. À cette époque, on est à un ophtalmologiste pour 125 000 patients et donc en situation de pénurie ophtalmologique. L'Hôpital Saint-Jérôme venait de recevoir une enveloppe budgétaire pour le trio de chirurgies communément appelé « hanche, genou, cataracte » afin de faire diminuer les listes d'attente excessivement longues pour la région. Toutefois, l'Hôpital Saint-Jérôme ne dispose que d'un espace plutôt limité. Il doit donc faire des choix pour organiser les activités de sorte à ce qu'elles se déroulent optimalement. C'est donc la chirurgie de la cataracte qui « sort » de l'hôpital, en ce qu'elle est traditionnellement plus facile à impartir que les autres types de chirurgie. L'*IOL* reprend donc le flambeau, en quelque sorte, de la chirurgie de la cataracte pour la région des Laurentides. Ainsi, l'*IOL* facture l'Hôpital Saint-Jérôme pour chaque chirurgie de la cataracte réalisée selon l'entente. Le financement provient ultimement du Ministère selon une enveloppe budgétaire fixe.

¹⁶ Ce résumé – que nous avons rédigé – a été publié dans le cahier du participant lors du colloque du 4 février 2016 à HEC Montréal. Le cas de gestion dans sa totalité est disponible en annexe.

En adoptant le point de vue d'une perspective structurelle, dans un premier temps, il convient de s'attarder aux contrats des ententes conclues entre l'*IOL* et son homologue public, car nous croyons que de la nature de ces contrats ont découlé les principaux enjeux rencontrés au fil de ce partenariat. Dans la littérature, on parle de « rigidité optimale du contrat », notamment en ce qu'une rédaction suffisamment étoffée permettra d'éviter les abus, tout en considérant qu'une certaine marge laisse une flexibilité d'adaptation nécessaire à la réalité du terrain.

L'Hôpital Saint-Jérôme s'est retrouvé avec de lourdes conséquences financières, car la première entente conclue avec l'*IOL* ne prévoyait pas de plafond maximal quant au nombre de chirurgies de la cataracte pouvant être réalisées. L'*IOL*, forte de son équipement à la fine pointe de la technologie et de ses méthodes de travail exceptionnellement efficaces, a fait exploser les frais pour l'Hôpital Saint-Jérôme, faisant fondre les listes d'attente pour les chirurgies de la cataracte qui étaient jusqu'alors d'environ 6 mois pour la région des Laurentides. Rappelons, à titre illustratif, que l'*IOL* était en mesure de voir entre 25 et 30 patients par jour, contre seulement six pour l'Hôpital Saint-Jérôme.

Puisqu'il s'agissait d'une première entente de ce genre pour les deux parties, lors de la rédaction du contrat, les clauses n'ont pas pu être peaufinées par l'expérience du terrain. C'est ainsi qu'un plafond maximal a été omis. Bien qu'en théorie, l'abolition des listes d'attente soit un élément positif pour les patients des Laurentides, la vitesse à laquelle on a atteint cet objectif s'est fait au détriment d'un des partenaires. En d'autres termes, la structure n'a pas été pensée de façon à supporter adéquatement cette éventualité. Le contrat n'a pas été suffisamment ficelé pour parer aux éventuels abus.

À cet égard, la clarté des objectifs, autre condition de succès, n'était pas au rendez-vous. Bien que l'abolition des listes d'attente ait été l'objectif poursuivi par les deux parties, il va sans dire que l'Hôpital Saint-Jérôme ne prévoyait pas l'atteinte de cet objectif dans de telles conditions. Par ailleurs, en 2015, l'Hôpital en était toujours à porter le fardeau financier de ce partenariat.

En ce qui concerne la communication, lors de la première entente, les mécanismes de communication étaient essentiellement informels, sans procès verbaux ni suivis réguliers. Lorsque la seconde entente a été effective, l'Hôpital Saint-Jérôme, apprenant de son erreur, a insisté pour que les deux parties se dotent de mécanismes formels, qui ont pris la forme

de comités de gestion de l'entente sur une base mensuelle. L'objectif était de s'assurer que les deux partenaires demeurent sur la même longueur d'ondes et que les volumes soient respectés. Sur ces comités siégeaient notamment le président de l'*IOL*, son directeur, un représentant de l'Agence et la directrice adjointe de l'Hôpital Saint-Jérôme. Selon une intervenante de la recherche du côté du public, la communication y était difficile, car l'*IOL* semblait toujours se prononcer à mots couverts, malgré que les enjeux mis à l'agenda étaient précis et explicites. Face aux dépassements de coût subséquents, ceci a eu pour conséquence de sévèrement porter atteinte à la confiance. Il y avait en effet un certain manque de transparence, que l'intervenante associe à un enjeu de bienveillance. Par ailleurs, la communication s'est d'autant plus complexifiée lorsque le directeur de l'*IOL* a cédé sa place à une infirmière responsable du dossier. Pour le partenaire public, ce désistement peut s'apparenter à une forme de fermeture. Notons par ailleurs que l'infirmière, lors d'une de ces rencontres de comité, a laissé échapper qu'un des objectifs premiers de l'*IOL* était tout de même d'être profitables, ce qui lui a valu d'être remerciée de son poste. En somme, malgré les mécanismes de communication formels dont l'*IOL* et l'Hôpital Saint-Jérôme se dotent pour assurer le suivi du partenariat, la communication demeure ardue et peu efficace.

En adoptant un point de vue plus macro, soit en s'intéressant aux processus propres à l'*IOL*, il est permis de dire que la lentille structurelle a été adéquatement appliquée. En effet, si l'on considère que la seule tâche était d'abolir les listes d'attente, l'*IOL* a définitivement su mettre en place une structure permettant d'atteindre efficacement cet objectif. On parle donc de manipuler la structure pour l'harmoniser avec la tâche à faire. En effet, depuis même ses balbutiements, l'*IOL* est axé sur l'innovation et l'optimisation afin d'offrir des soins de qualité. C'est pourquoi l'Institut a fait appel à l'entreprise Médifice pour la construction de son bâtiment. Le résultat est un édifice moderne où les locaux sont divisés de sorte à faciliter les déplacements. À l'*IOL*, on cherche à éliminer le plus possible les goulots d'étranglement. Le design de l'établissement reflète cette volonté.

Ainsi, lorsqu'est venu le temps de s'attaquer à la tâche d'abolir les listes d'attente pour les chirurgies de la cataracte, l'*IOL* a, une fois de plus, fait preuve de flexibilité en malléant sa structure de sorte à répondre au besoin en question. Traditionnellement, et comme c'est le cas au public, les ophtalmologistes assurent la totalité du processus de la chirurgie de la

cataracte, de la préparation du patient au post-opératoire. L'*IOL* a jugé qu'il s'agissait là d'un gaspillage du temps des ophtalmologistes, en ce que d'autres professionnels de la santé au salaire moins coûteux seraient capables de réaliser notamment le pré et le post-opératoire. Ils ont donc choisi de confier ces actes à des optométristes ou des infirmiers, ne laissant les ophtalmologistes intervenir uniquement dans la chirurgie à proprement parler. Ceci témoigne de la capacité de l'*IOL* de manipuler une structure permettant de répondre à un objectif donné. L'enjeu, dans le cadre de ce partenariat, en a été un notamment de manque de vision, de part et d'autre. Chez l'*IOL*, la structure a été pensée de façon à répondre au besoin comme si l'Hôpital Saint-Jérôme n'entrait pas dans l'équation. Auprès de l'Hôpital Saint-Jérôme, le partenariat a été pensé trop superficiellement, laissant des ouvertures à des abus potentiels.

5.4.2. LENTILLE DES RESSOURCES HUMAINES

Le projet a démarré sur une note extrêmement positive pour l'*IOL*. Rappelons, à cet effet, que la fondation d'une clinique ophtalmique dans la région des Laurentides était, à l'origine, une volonté politique, sous la forme des CMSA (centres médicaux spécialisés affiliés). L'*IOL* devait être le projet pilote de ces CMSA, mais le tout est finalement tombé à l'eau avec le changement de gouvernement. Les cinq ophtalmologistes entrepreneurs ont connu alors une grande déception, eux qui avaient passé des mois à élaborer un plan d'affaires. Ils ont donc décidé d'aller de l'avant avec le projet, mais à leur propre compte. Or, l'enthousiasme et la motivation étaient très hauts, car il s'agissait de mettre au monde un projet que l'on croyait avorté. Qui plus est, l'*IOL* promettait d'être un centre qui ferait l'envie de tous les spécialistes ophtalmiques : le bâtiment, construit en partenariat avec l'entreprise Médifice, serait moderne, avec des salles de traitement garnies de matériel à la fine pointe de la technologie. En somme, une intervenante résume la situation : « C'était un rêve. On y croyait! »

À cet égard, la lentille des ressources humaines nous permet de concevoir que les entrepreneurs à l'origine de l'*IOL* étaient comblés dans leurs besoins de travailler dans un milieu où leurs compétences seraient rehaussées de matériel moderne, tout en s'appuyant sur des méthodes de travail innovantes. On cherchait alors à orienter les stratégies

organisationnelles avec les besoins de réalisation humains, ce qui est propre à la lentille des ressources humaines.

Dans le cadre du partenariat, la performance hors du commun résultant en l'abolition des listes d'attente en un temps jusqu'alors impensable est, ironiquement, à l'origine d'une dégradation sérieuse du climat de travail. Pour soutenir son prodigieux rythme de travail, l'*IOL* a dû embaucher rapidement beaucoup de personnel, passant de 9 au départ à près de 100 en l'espace de quelques mois. Cette machine doit être soutenue par une entrée d'argent constante, mais la principale entrée d'argent de l'*IOL*, soit les chirurgies de la cataracte financée par l'entremise de l'Hôpital Saint-Jérôme, se tarit rapidement. Certains intervenants dénoncent des pratiques douteuses où des chirurgies seraient alors proposées par des spécialistes, alors qu'elles pourraient, dans les faits, attendre.

À cela, bien que la division du travail selon les compétences soit une façon très efficace de procéder, plusieurs intervenants sur le terrain ont décrit ce qu'ils appellent du « travail à la chaîne ». Les chirurgies se réalisant sous anesthésie, certains patients n'ont jamais rencontré leur chirurgien, étant uniquement en contact avec la personne assurant le pré et le post opératoire. Deux chirurgiennes rencontrées dans le cadre de ce travail ont toutefois spécifié qu'elles tenaient à rencontrer leurs patients pour établir un lien de confiance, mais qu'elles ressentaient de la pression de la part de leurs collègues pour laisser tomber ces pratiques jugées sans valeur ajoutée pour le processus. En d'autres termes, la performance étant tellement prônée à cette époque à l'*IOL*, les comportements jugés non performants sont systématiquement regardés avec désapprobation. Rapidement, le climat de travail se dégrade considérablement. On parle même de harcèlement psychologique dans certains cas. Décidément, on est loin de l'« empowerment (autonomisation) » préconisé par la lentille des ressources humaines afin de permettre aux employés de se réaliser parmi leurs pairs, de densifier leurs relations et d'évoluer comme au sein d'une famille. Plutôt, les relations sont amputées pour ne garder que le strict minimum nécessaire pour performer. Mais cette façon de fonctionner est jugée peu soutenable par de nombreux intervenants, qui souffrent de cet environnement, malgré les salaires très compétitifs. La confiance des employés vis-à-vis des dirigeants n'est plus au rendez-vous.

Enfin, nous croyons que la lentille des ressources humaines aurait gagné à être davantage appliquée. Elle aurait sans doute, à bien des égards, permis de soutenir à long terme le

rythme de travail exigeant. La ressource principale de l'*IOL* étant ses ophtalmologistes, il convient de satisfaire leurs besoins humains pour que leur force de travail soit préservée dans le temps. Rappelons la mise en garde d'Adam Smith face à l'aliénation des employés.

5.4.3. LENTILLE POLITIQUE

Nous avons déjà mentionné le contexte de la fondation de l'*IOL*, originalement un projet pilote de CMSA, mais qui n'a pas abouti en raison du changement de gouvernement porteur d'une idéologie différente. Malgré cela, les cinq ophtalmologistes fondateurs ont décidé d'aller de l'avant avec le projet, ayant passé des mois à travailler sur le plan d'affaires de l'entreprise, et croyant fermement en le potentiel de l'initiative. En amont, d'un point de vue politique, deux choses méritent d'être soulevées : d'abord, la fondation de l'*IOL* a été possible en raison de l'apparition d'une fenêtre d'opportunité, telle que définie par Kingdon (1984). En effet, on avait alors une problématique identifiée, soit un déficit ophtalmique criant pour la région des Laurentides, une volonté politique et des politiques publiques appropriées à travers l'initiative des CMSA (malgré que le projet n'ait pas abouti sous la forme des CMSA, la volonté politique et les politiques publiques ont tout de même porté le projet pendant un certain temps, lui permettant ainsi d'acquérir suffisamment de souffle pour se lancer seul). En d'autres termes, l'émergence de l'*IOL* à cette époque précise et au sein de ce territoire précis ne tient pas du hasard : le contexte sociopolitique était favorable à la naissance d'un tel projet.

Ensuite, malgré qu'un besoin se fasse sentir dans la région, l'*IOL* doit trouver la bonne façon d'approcher sa clientèle, afin de gagner sa confiance et ainsi établir sa marque. L'*IOL* a donc tout à gagner avec l'entente conclue avec l'Hôpital Saint-Jérôme, car c'est ce dernier qui redirigera les patients à son adresse à ses débuts. Les patients de l'Hôpital Saint-Jérôme accepteront avec plus d'aisance de faire affaire avec une entreprise privée si la directive provient du public, traditionnellement jugé plus « neutre » et moins axé sur le profit que le privé.

Ainsi, l'*IOL* démarre la machine avec un capital politique relativement faible en raison de sa nouveauté. Elle a donc beaucoup à gagner et doit faire ses preuves sur le terrain. Notons que le fait que certains des ophtalmologistes fondateurs de l'*IOL* ont déjà travaillé à l'Hôpital Saint-Jérôme et jouissent d'une bonne réputation. Ceci aide donc à bâtir le lien

de confiance entre les deux institutions. L'Hôpital Saint-Jérôme peut ainsi être tranquille en recommandant l'*IOL* à ses patients pour leur chirurgie de la cataracte.

Malheureusement, cette confiance s'est rapidement dégradée, lorsque l'Hôpital de Saint-Jérôme a découvert que l'*IOL* ne faisait pas preuve d'une transparence exemplaire. En effet, l'*IOL* sectionne le processus de chirurgie selon les compétences nécessaires à chaque étape, alors que l'Hôpital Saint-Jérôme est sous l'impression que la totalité du processus est portée par un ophtalmologiste. Questionné à ce sujet, l'*IOL* se défend en mettant de l'avant que rien dans le contrat signé entre les deux parties ne requérait que l'acte soit conduit par un ophtalmologiste; il fallait uniquement que la chirurgie soit réalisée. L'Hôpital Saint-Jérôme, quant à lui, mentionne après coup qu'il n'est pas contre l'idée et trouve même qu'il s'agit d'une façon brillante d'organiser la chose, mais qu'il aurait apprécié être informé et ne pas l'apprendre de façon impromptue en constatant certaines irrégularités dans les dossiers. On peut donc dire que la confiance s'est dégradée significativement en raison d'un enjeu de transparence, notamment, qui aurait pu être paré par un contrat davantage étoffé.

À travers une lentille politique, la défense de l'*IOL* présente un point d'analyse intéressant : en mettant de l'avant le contrat l'*IOL* se met dans une position défenderesse. Plutôt que de faire valoir, par exemple, qu'il s'agit d'une façon plus efficace de procéder, en allouant les bonnes ressources au bon endroit, permettant ainsi de voir davantage de patient au moindre coût et octroyant de ce fait une plus grande accessibilité aux soins pour les patients de la région des Laurentides, l'*IOL* s'est accroché au contrat signé entre eux. Ceci témoigne de la volonté rationnelle et intéressée de l'entreprise, cherchant à défendre ses intérêts propres, au détriment – certains pourraient-ils avancer – du partenariat conclu. La première option de défense aurait ramené le partenariat à l'avant-scène, unifiant les deux parties vers un objectif commun : l'abolition des listes d'attente pour permettre aux patients nécessitant une chirurgie de la cataracte de l'obtenir dans des délais raisonnables.

Coase, économiste britannique, dans « The Nature of the Firm » (1937), disait que dans le contexte d'une transaction économique impliquant deux partenaires (par exemple une entreprise et son fournisseur désigné), bien que la pensée rationnelle laisserait à penser qu'il ne faut jamais laisser de l'argent sur la table et qu'il faut donc chercher à maximiser le rendement individuel dans une transaction, cette façon de procéder n'est pas garante

d'une relation économique en santé à long terme. En effet, Coase (1937) préconisait plutôt de toujours « laisser un peu d'argent sur la table », de sorte à ménager la relation avec son partenaire, pour que ce dernier n'ait pas l'impression que l'on cherche à prendre avantage de lui et de lui soutirer jusqu'au moindre sou. Ceci, selon lui, permet de densifier la relation avec son partenaire. Or, si un partenariat a été conclu entre deux parties, c'est qu'individuellement les parties concernées ne parviendraient pas aux mêmes bénéfices, rationalité oblige. Ainsi, pour obtenir un rendement optimal à long terme, il est important de s'assurer de la survie de son partenaire, quitte à ne pas réaliser le maximum de profits à court-terme. Dans le cas de l'entente conclue entre l'IOL et l'Hôpital Saint-Jérôme, sans doute le partenariat aurait-il bénéficié d'une ligne de communication davantage ouverte entre les deux parties. Rappelons que l'IOL s'est buté à un problème de financement une fois les listes d'attente abolies. À cela, la performance extraordinaire de l'IOL a été à l'origine d'une révision à la baisse du coût par cas de la chirurgie de la cataracte, à l'échelle provinciale, diminuant encore davantage les entrées d'argent, tant pour l'Hôpital Saint-Jérôme que pour l'IOL. Ultimement, la performance est certes un élément vital à la survie d'une entreprise, mais cette même performance doit être un moyen et non une fin.

5.4.4. LENTILLE SYMBOLIQUE

Nous avons statué plus tôt que la communication et le leadership notamment sont principalement au cœur de la lentille symbolique. La communication entre l'IOL et l'Hôpital Saint-Jérôme a éprouvé son lot de difficultés, notamment en raison d'enjeux de transparence et de confiance, mais aussi en raison de la différence de culture au sein des deux organisations. Les deux parties proviennent de milieux fondamentalement différents exhibant une culture organisationnelle différente. D'une part, l'Hôpital Saint-Jérôme doit composer avec son lot de paliers décisionnels (gouvernemental, organisationnel, syndical, etc.), ce qui ralentit la concrétisation de nouveaux projets. Ceci a pour conséquence de ralentir quelque peu le rythme de travail. À titre d'exemple, une intervenante nous explique qu'il peut parfois y avoir deux semaines entre l'envoi d'un courriel et la réception d'une réponse, mais cela n'est pas jugé offensant. Au contraire, chez l'IOL, la productivité règne en maître. Notons par ailleurs que le bâtiment même habitant les activités de l'IOL possède une haute valeur symbolique : l'architecture ultra-moderne du bâtiment, signature de Médifce, et sa conception pensée pour optimiser les activités se déroulant en son sein nous

renseigne immédiatement sur sa nature propre. « The medium is the message! »¹⁷, dirait McLuhan (1964). Il faut donc que tout se fasse à une grande vitesse. L'effervescence est telle chez l'*IOL* qu'on adopte régulièrement de nouvelles façons de fonctionner, pour peu qu'elles contribuent à améliorer la productivité.

Il peut donc y avoir une difficulté d'arrimer les deux vitesses quand celles-ci doivent travailler ensemble vers un objectif commun. La clé, dans ce type de situation, réside en la communication et la fixation d'objectifs communs et clairs, tel qu'explicité dans la revue de littérature. Le leadership a un rôle important à jouer dans la cristallisation de ces objectifs. Dans le cas de l'*IOL*, rappelons que le directeur a cédé son siège sur le comité de coordination de l'entente à une infirmière, ce qui peut avoir pour conséquence de jeter un certain halo d'incertitude sur le projet. Sans doute le représentant de l'Agence siégeant sur ces comités aurait-il pu exercer un rôle quant au ficelage des deux parties vers une vision commune : desservir la clientèle de la région des Laurentides en se basant sur des méthodes modernes et efficaces. Nous pensons que ceci aurait eu pour effet de recadrer le partenariat, notamment aux heures où il semblait y avoir une déconnexion entre les deux partenaires. À cela, il serait intéressant d'envisager une seconde phase du développement de la lentille symbolique : la culture du partenariat. Jusqu'à présent, nous avons évoqué les cultures distinctes de chacune des parties et les difficultés de les conjuguer. Sans doute une culture propre au partenariat pourrait-elle favoriser la motivation et le bon déroulement des activités.

5.5. LE GROUPE SANTÉ ARBEC

Groupe Santé Arbec est une entreprise possédant plusieurs ressources d'hébergement privés et privées conventionnées. En 2013, *Groupe Arbec* s'allie avec Médifice pour répondre à un appel d'offres lancé par l'ASSS de Lanaudière pour la réalisation d'un CHSLD privé. Le concours étant basé sur la performance (le plus de qualité pour le coût) et non seulement sur le plus bas soumissionnaire, ils obtiennent le contrat pour le CHSLD de Repentigny. Ils reporteront peu de temps après un deuxième concours pour le CHSLD de Terrebonne, toujours selon la même formule. Les deux CHSLD ont connu des enjeux importants lors du transfert des usagers vers leur établissement, lequel est délicat et doit

¹⁷ Traduction : Le médium, c'est le message.

être opéré avec soin selon une planification rigoureuse considérant l'état de santé fragile de ces derniers. Le partenariat est toujours en cours aujourd'hui ; les deux CHSLD privés gérés par *Groupe Arbec* et Médifice, pour la portion bâtiment, font désormais partie du réseau territorial des Laurentides.¹⁸

Nombre d'intervenants rencontrés : 5

5.5.1. LENTILLE STRUCTURELLE

Le partenariat impliquant le *Groupe Santé Arbec*, le CSSS régional et l'Agence en est un que l'on peut qualifier de succès selon les paramètres évoqués dans le chapitre sur la définition du succès. En effet, les objectifs ont été atteints sur tous les fronts et les différentes parties sont satisfaites. Qui plus est, les retombées du projet sont effectivement pérennes.

Nous croyons qu'une grande partie du succès est notamment attribuable à la structure du partenariat. En effet, une des priorités des partenaires a été de se doter, entre autres, d'une structure de gouvernance afin de s'assurer du bon déroulement du projet. Cette structure de gouvernance comprend plusieurs comités, que l'on prend soin d'insérer aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel. On s'assure ainsi d'une prise en charge globale des activités et d'un alignement optimal de toutes les parties vers le but convoité : la migration sécuritaire des personnes âgées dans le nouveau milieu de vie géré par le *Groupe Santé Arbec* et conçu par Médifice. Parmi ces comités, on compte notamment un comité de gestion des communications, un comité de relocalisation et d'intégration de la clientèle, ainsi que plusieurs sous-comités cliniques. Ces comités sont conçus en dyade avec des vis-à-vis désignés de chaque côté, ce qui favorise la collaboration entre le privé et le public. À titre d'exemple, le comité tactique prévu pour encadrer le transfert de la clientèle comprend le directeur du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), provenant du public et une infirmière du *Groupe Santé Arbec*, provenant du privé. Cet accouplage permet un suivi serré à chaque étape du projet. Les rencontres sont fréquentes et les communications y sont de bonne qualité, selon le propos recueilli.

¹⁸ Ce résumé – que nous avons rédigé – a été publié dans le cahier du participant lors du colloque du 4 février 2016 à HEC Montréal. Le cas de gestion dans sa totalité est disponible en annexe.

De plus, le *Groupe Santé Arbec* organise une journée portes-ouvertes à laquelle sont conviées les familles des futurs usagers. Le but est notamment de développer une relation avec eux afin de faire en sorte que les familles deviennent des parties prenantes du partenariat. À travers une lentille structurelle, nous constatons que cet événement permet de cristalliser le projet en assoyant les rôles, les règles et rendant le nouvel environnement plus familier pour les personnes concernées.

Ultimement, nous observons que la structure a été réfléchi et conçue expressément pour supporter les activités nécessaires au déroulement du partenariat, ce qui constitue la pierre angulaire de la lentille structurelle. En effet, les efforts des partenaires sont concertés vis-à-vis la concrétisation du partenariat avant même la construction du centre. Ce dernier a d'ailleurs été pensé en fonction de la tâche précise qu'il y a à accomplir.

5.5.2. LENTILLE DES RESSOURCES HUMAINES

Une des particularités du *Groupe Santé Arbec* est le souci de son PDG pour son personnel au même titre que sa clientèle. Ceci est notamment rendu explicite par l'organisation de groupes de discussion au sein du personnel pour recueillir leurs préoccupations quant à ce qu'ils considèrent important dans un milieu de travail. Par cette action, le *Groupe Santé Arbec* cherche à offrir un milieu de travail où son personnel se sentira épanoui au même titre que sa clientèle. C'est, selon le PDG, une façon de garantir la santé de l'organisation. Notons aussi la bienveillance toute particulière de l'entreprise face à la clientèle. En effet, le *Groupe Santé Arbec* a pris la décision d'étirer la période de transfert de la population vers les nouveaux de vie : contre les quatre semaines indiquées, le *Groupe Santé Arbec* en propose huit et, ce, malgré les frais supplémentaires encourus. On doit en effet embaucher temporairement davantage de personnel pour veiller au bien-être de la clientèle. C'est l'entreprise qui défraiera de sa poche la majorité des frais encourus, bien qu'une partie soit prise en charge par l'Agence. Accessoirement, les quatre semaines prescrites proviennent de recommandations officielles formulées à la suite d'un événement tragique lors duquel des personnes âgées – et donc en situation de vulnérabilité – ont été transférées trop rapidement, épisode qui s'est soldé par le décès de plusieurs usagers. Ainsi, la volonté du *Groupe Santé Arbec* d'aller au-delà même des recommandations officielles témoigne de la bienveillance de l'entreprise.

Le transfert est un franc succès et le seul obstacle rencontré est une résistance de la part de certains usagers face au transfert d'un membre de leur famille que l'on vient tout juste de transférer dans un nouveau milieu de vie temporaire, pendant la construction de l'édifice. Huit familles sont dans cette situation : elles souhaitent éviter à leur proche les désagréments d'un nouveau déménagement aussi rapproché dans le temps. Le *Groupe Santé Arbec* travaille donc de pair avec le CSSS pour accommoder ces usagers et les familles voient leur souhait concrétisé.

5.5.3. LENTILLE POLITIQUE

Le *Groupe Santé Arbec* et Médiforce partagent un même trait culturel : ils accordent une grande importance à leur réputation. Il est important, pour eux, de se montrer comme étant fiable, ce qui permet, en retour, d'insuffler de la confiance dans les projets qu'ils entreprennent. À titre d'exemple, le *Groupe Santé Arbec* prend la décision stratégique de ne pas fonctionner à pleine capacité. À tout moment, il y a quelques lits de disponibles qui lui permettent d'accueillir le trop-plein d'usagers provenant du public. Ceci permet au centre de créer une relation de confiance avec le public qui voit en le *Groupe Santé Arbec* un partenaire apte à compenser et à aider lorsque le besoin s'en fait sentir.

Pour le *Groupe Santé Arbec*, il faut laisser sa marque dans l'environnement au sein duquel on évolue. D'ailleurs, l'entreprise fait preuve d'une étonnante conscience de soi : dès l'annonce du projet, on crée un comité de gestion des communications, notamment pour s'armer contre l'éventuelle méfiance de certains acteurs face à l'implication du privé dans un tel projet (il est question notamment de syndicats ou de la population civile). Y siègent un agent de communication du *Groupe Arbec* et la directrice des communications de l'Agence. Ensemble, ils préparent communiqués et conférences de presse. Il y a donc une gestion de l'image qui se fait. Mais l'idée est aussi d'être transparents et ouverts face à la population au sein de laquelle le projet s'insère. Notons par ailleurs qu'au fil de sa relation avec le CSSS régional et l'Agence, le *Groupe Santé Arbec* s'est assuré de faire valoir explicitement que sa préoccupation principale était l'utilisateur, égalisant ainsi les positions. On anticipe ainsi les questions en préparant un plan de communications impliquant les trois parties. La volonté est ici, d'une part, d'être préparé face à d'éventuelles questions. Il se pourrait en effet que des citoyens remettent en question le bien-fondé d'impliquer le privé

dans un projet de CHSLD. D'autre part, la volonté est d'uniformiser le message, pour que le projet apparaisse d'un front commun face aux autres acteurs. Cette façon de procéder renforce le sentiment de partenariat à proprement parler entre les trois parties concernées.

5.5.4. LENTILLE SYMBOLIQUE

Le succès de ce partenariat a entre autres été assuré par l'arrimage des visions et des cultures des différentes parties. De son côté, le *Groupe Arbec* a travaillé en synergie avec Médiforce afin d'obtenir un bâtiment qui refléterait ses valeurs et sa mission. En travaillant dans une logique centrée vers le service rendu à l'utilisateur, au-delà d'une logique marchande classique, ceci a permis de faciliter les échanges avec ses pairs. Il va sans dire qu'il est plus aisé pour celui-ci de traiter avec une partie parlant la même langue. Or, cette insistance sur le bien-être de l'utilisateur a pris une valeur symbolique au sein de ce partenariat. Les actions de tout un chacun ont convergé vers ce but, notamment de par la motivation et l'inspiration insufflées au sein des acteurs impliqués. À titre d'exemple, la journée portes ouvertes tenue par le *Groupe Santé Arbec* a revêtu une valeur symbolique importante : celle de cristallisation du partenariat, de la concrétisation d'un projet sans doute encore à l'état de concept ou de projet pour les personnes impliquées. En effet, au-delà de la simple présentation des nouveaux milieux de vie, le directeur nous a expliqué que cette journée était d'une importance capitale pour s'assurer du soutien des familles des usagers dans le transfert vers le nouvel environnement. Il fallait donc travailler à gagner leur confiance et à les inspirer à aborder d'un œil positif ce changement. Pour lui, les familles sont des parties prenantes du transfert des usagers. Leur aval est capital pour le succès de l'entreprise. Il convient donc de les inspirer au même titre que les autres acteurs.

6. DISCUSSION

Dans cette section, nous discuterons du succès ou de l'échec des différents partenariats selon la grille d'étude dont nous nous sommes dotés, en étayant également notre propos des réflexions de Bolman et Deal. Nous aborderons l'ensemble des cas dans un consolidé comparatif.

Le tableau résumant le succès des partenariats au vu des conditions de succès identifiées dans la revue de littérature nous apprend que la majorité des partenariats se sont soldés par un succès : c'est donc dire que malgré la résistance qui existe parfois à l'égard des PPP – telle qu'explicitée dans le cas de *Villa Medica* -, ces derniers parviennent tout de même à se réaliser et à générer des retombées positives pour les parties impliquées. Il en ressort ainsi que les cas disposant d'un grand nombre de conditions de succès ont vu leur partenariat effectivement couronné de succès. C'est le cas pour la totalité des partenariats observés à l'exception de celui de l'IOL. On observe plutôt chez ce dernier une absence de la plupart des conditions de succès répertoriées. Nous observons ainsi un certain équilibre au niveau des lentilles explicitées par Bolman et Deal dans la totalité des cas, à l'exception de celui de l'IOL, où nous observons plutôt un déséquilibre criant au niveau des lentilles structurelle, des ressources humaines, et quelque peu symbolique. En observant le projet à travers une lentille strictement politique et symbolique, il est permis de penser que l'IOL aurait dû se solder par un succès, puisque le contexte politique lui était favorable. D'un point de vue symbolique, malgré un environnement de travail à la fine pointe de la technologie et un bâtiment évoquant la modernité, les lacunes au niveau du leadership et de la lentille des ressources humaines auront finalement eu raison de ce partenariat.

Or, toutes les conditions de succès n'ont pas été présentes dans tous les partenariats jugés réussis : *La Traversée* a quelque peu souffert du manque de clarté dans les objectifs en raison de l'uniformisation des contrats des ressources intermédiaires et donc du manque de flexibilité au niveau des contrats. Rappelons qu'avant le nouveau contexte de loi entourant les pratiques des ressources intermédiaires, *La Traversée* et son homologue du public avaient l'habitude de rédiger des contrats considérablement étoffés, ce qui leur permettait de personnaliser hautement le projet. Alors que les anciens contrats tenaient sur des cartables entiers, les nouveaux issus de l'uniformisation ne tenaient que sur une page, ne spécifiant par exemple que le nombre de patients, la durée du contrat, etc. Un flottement

s'est donc installé quant aux rôles qui incombait au personnel. Mais cette anicroche a été rapidement surmontée grâce à volonté de compensation dont ont fait preuve les employés de *La Traversée*, acceptant de réaliser des tâches malgré que celles-ci ne figuraient pas sur leur descriptif de tâches officiel. Agissant en quelque sorte en « pneu de secours », ces employés ont permis d'assurer le déroulement du partenariat, que les deux parties jugent aujourd'hui comme un succès, tant pour les institutions que pour la clientèle.

Cette notion de volonté de compensation est d'ailleurs répertoriée à de nombreux égards dans les partenariats évoqués, bien qu'elle ne figure pas parmi les conditions de succès recensées dans la revue de littérature. En effet, chez *Stevens*, c'est cette même volonté de compensation qui a permis au partenariat de surmonter la période de crise lors de laquelle les usagers des produits d'incontinence démontraient une certaine difficulté quant à l'adoption des nouveaux produits. Face à l'explosion des appels au département de service à la clientèle de *Stevens*, l'entreprise a pris plusieurs décisions stratégiques, dont celle d'y allouer davantage d'employés. À cela, les intervenants sont unanimes quant à la qualité du service à la clientèle de *Stevens*. Malgré que cela n'ait pas été prévu par le contrat les unissant à leur homologue public, l'entreprise s'est montrée très compréhensive quant à la nature délicate du changement chez des usagers en situation de vulnérabilité. Des employés ont d'ailleurs accepté d'effectuer des livraisons en dehors des temps prévus, en s'assurant parallèlement que les usagers trouvent le produit qui leur convienne en leur faisant parvenir de multiples échantillons. Un sondage évaluant la qualité fait d'ailleurs état d'un taux de satisfaction de 100 %.

Auprès du *Groupe Santé Arbec*, cette volonté de compensation s'est illustrée par la bienveillance de l'entreprise lors du transfert de la clientèle en situation de vulnérabilité. En effet, alors que la recommandation officielle quant à la durée d'un transfert était de quatre semaines, le *Groupe Santé Arbec* prend la décision d'échelonner le transfert sur huit semaines, soit le double prescrit, malgré les coûts associés à un transfert plus long. L'entreprise assume d'ailleurs la majorité des frais; son partenaire public en défraie l'autre partie.

D'un point de vue opérationnel, l'on pourrait être tenté d'appréhender cette volonté de compensation comme une erreur technique : pourquoi réaliser une tâche à plus grands frais? Toutefois, l'on constate à travers l'exemple de ces cas que cet investissement à court-

terme est riche en retombées à long-terme. Chez *La Traversée*, la volonté de compensation des employés a permis au partenariat de continuer à fonctionner, pendant que le flottement quant aux rôles se réglait auprès des décideurs. Le résultat a été un service de qualité supérieure rendu à la clientèle, qui pouvait dès lors compter sur les services d'un éducateur spécialisé même dans le contexte d'une ressource intermédiaire. Chez *Stevens*, la crise temporaire liée au changement de produits d'incontinence s'est résolue à force de compensation, de travail et de patience de la part du département de service à la clientèle bonifié pour l'occasion. En effet, une fois que les usagers ont trouvé les produits qui leur convenaient et se sont adaptés au nouveau processus de livraison des produits, le programme a pu fonctionner aisément. De la même manière, chez le *Groupe Santé Arbec*, le transfert des usagers s'est soldé sans aucun accident déplorable. Les usagers bénéficient désormais d'un nouveau milieu de vie moderne, construit en collaboration avec Médiforce et dont la construction a été pensée expressément en fonction de leurs besoins.

Au contraire, chez *IOL*, le réflexe de l'entreprise a été de s'attacher fermement aux stipulations du contrat, malgré les protestations de l'Hôpital de Saint-Jérôme. Rappelons que le contrat prévoyait que *IOL* toucherait une somme de la part de l'Hôpital de Saint-Jérôme chaque fois qu'une chirurgie de la cataracte serait réalisée. Puisqu'il s'agissait d'un premier contrat de la sorte, les parties ignoraient que les listes d'attente seraient complètement annihilées en quelques mois. Ainsi, l'Hôpital de Saint-Jérôme, disposant d'une enveloppe limitée – celle lui étant octroyée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux –, n'était plus en mesure de financer les chirurgies une fois son budget asséché. Malgré que l'Hôpital de Saint-Jérôme ait fait connaître cette situation à *IOL*, ce dernier s'est cramponné au fait qu'aucun plafond n'existait à leur entente, tel que stipulé par le contrat. D'un point de vue opérationnel, ceci correspond à une façon rationnelle de fonctionner. Toutefois, dans le contexte d'un partenariat, nous avons pu constater que cette rigidité a eu des conséquences néfastes sur la relation. C'est donc un élément de nature structurelle qui a inhibé le développement positif de ce contrat. Par ailleurs, le contrat n'a pas été renouvelé au bout de la seconde entente et l'Hôpital de Saint-Jérôme traînait toujours les conséquences financières de son association avec *IOL* quelques années après sa fin.

En somme, nous constatons que pour chacun des partenariats, malgré une planification variable – plus ou moins rigoureuse – des détails techniques du terrain, une période de crise est souvent, voire toujours, à prévoir quelque temps après le début du partenariat. Une fois le projet lancé, les parties doivent composer avec la réalité de tous les jours et trouver leur pied. Cela implique donc un certain degré d'incertitude et parfois de l'improvisation. Nous avons observé que la volonté de compensation agissait dans ces moments, à titre de lubrifiant, permettant aux rouages du partenariat de continuer à tourner. Or cette compensation a essentiellement été observée du côté du privé puisque celui-ci dispose davantage de marge de manœuvre. Il convient donc de retenir qu'un partenariat ne saurait être égal en tous points et qu'une géométrie variable est à prévoir. À l'instar d'un mariage traditionnel, l'intention doit être prise en compte. À titre d'exemple, dans le cas de *Villa Medica*, l'Agence a su faire preuve de compensation lorsque le centre de réadaptation a eu besoin de soutien pour le rendre légitime en tant que guichet d'accès aux yeux de ses partenaires. L'Agence aurait-elle pu déployer davantage de ressources pour faire avancer le dossier? Fort est à parier que non, ses ressources étant déterminées annuellement par le MSSS. À l'inverse, Villa Medica dispose d'un plus grand contrôle de l'allocation de ses ressources. Ainsi, l'analyse des gestes posés par chacun des acteurs doit se faire en tenant compte de la nature et du contexte de chacun.

Par ailleurs, cette volonté de compensation est liée à la condition que nous avons appelée « la rigidité optimale du contrat ». Comme Alfred Korzybski disait que « la carte n'est pas le territoire », le contrat n'est pas le partenariat. Le contrat est une représentation de ce que le partenariat aspire à être, mais, comme la réalité du terrain appelle à la modification de la carte, la réalité opérationnelle du partenariat doit pouvoir être reflétée dans le contrat. Nous entendons que le contrat doit certes contenir les paramètres habituels, tels que les ressources allouées, la durée du contrat, le lieu, les personnes concernées, etc., mais un certain flottement doit être prévu pour amortir les contrecoups inévitables du développement quotidien du partenariat. C'est là que la volonté de compensation entre en jeu : avant que la route ne devienne plus calme, des sentiers cahoteux sont à prévoir, il convient donc, pour assurer le succès de l'entreprise, d'accepter parfois d'aller au-delà de ce qui est strictement écrit dans le contrat. Or, puisque l'essence du partenariat est un succès qui bénéficie à toutes les parties impliquées, cette volonté de compensation, bien que

relativement coûteuse à court-terme, pourrait bien être fertile en retombées à long-terme. Il est toutefois à noter que la compensation s'est surtout observée chez la partie privée, dans le cas de nos partenariats, notamment en raison de la marge de manœuvre plus grande dont ils disposent, de par leur nature. Notons à titre d'exemple que *Villa Medica* a su faire preuve de compensation au niveau de la communication. En observant la situation à travers une lentille structurelle et des ressources humaines, on peut penser que cette volonté de compensation a en effet contribué à densifier la relation entre les partenaires. Lorsqu'un des deux partenaires fait preuve d'une volonté de compenser dans une situation de crise, cela permet de cristalliser la notion de codépendance du succès aux yeux de l'autre partenaire impliqué. Bien que des vis-à-vis soient désignés de chaque côté du partenariat et que des mécanismes de communication formels soient mis en place dans tous les cas, toujours est-il que la majorité du travail accompli dans le cadre du partenariat l'est de façon individuelle dans les locaux de l'entreprise ou de l'organisation. Les employés réalisent leurs tâches de façon habituelle. La signature du contrat du partenariat marque certes le début du projet, mais la concrétisation de cette nouvelle avenue est une autre histoire auprès des employés. Ainsi, lorsque, dans une situation de crise, un des partenaires fait preuve de compensation, cela contribue à concrétiser dans l'esprit de l'autre partenaire le fait que le succès dépend de la collaboration des deux entités. Le sacrifice du partenaire ne passe donc pas inaperçu. À l'image d'un mariage traditionnel, les partenariats sont conclus de sorte à être bénéfiques pour les parties impliquées. Le sacrifice et le don de soi font partie intégrante du projet.

La condition de succès identifiée dans la littérature touchant le leadership a peu été observée de façon tangible dans l'exercice de ces partenariats. Ceci ne signifie pas pour autant que les partenariats n'ont pas été chapeautés par un leadership fort; ce dernier peut s'être manifesté de façon constante tout au long du projet, sans éclat identifiable. Mais il peut aussi être moins présent au profit d'autres conditions plus cruciales. Nous avons en effet observé que la totalité des organisations avait nommé des porteurs de dossiers, ce qui leur conférait de facto un statut de leader dans le dossier du partenariat, mais nous n'avons pas été en mesure de déterminer si les qualités personnelles de leader des chefs d'équipe ont eu un rôle important à jouer dans le succès ou l'échec du partenariat. Notons toutefois que *IOL* avait nommé un de ses dirigeants comme porteur de dossier, faisant le lien avec

l'Hôpital de Saint-Jérôme, pour ensuite déléguer le dossier à une infirmière. Le changement de porteur de dossier, coïncidant par ailleurs avec la dégradation de la relation entre les deux parties, revêt un certain symbolisme politique. Ceci nous mène donc à penser que cette condition de succès, bien que sans doute nécessaire à certains égards, n'en est pas une qui soit porteuse de succès en elle-même. Nous constatons plutôt que la culture organisationnelle a souvent fait office de motivateur auprès des employés, et de façon beaucoup plus manifeste. *La Traversée* fait toutefois exception à cette règle : le leadership de son directeur ayant été observé à plusieurs reprises. Là encore, néanmoins, son leadership était caractérisé par un souci porté vis-à-vis des valeurs et de la mission de l'organisation, soit un alignement entre la personnalité du directeur et les valeurs organisationnelles de *La Traversée*. En d'autres termes, la culture organisationnelle semble encore une fois primer sur le leadership seul.

Tableau 4 : Vue globale de l'échec ou du succès des partenariats en considérant les conditions de succès qu'ils ont connues

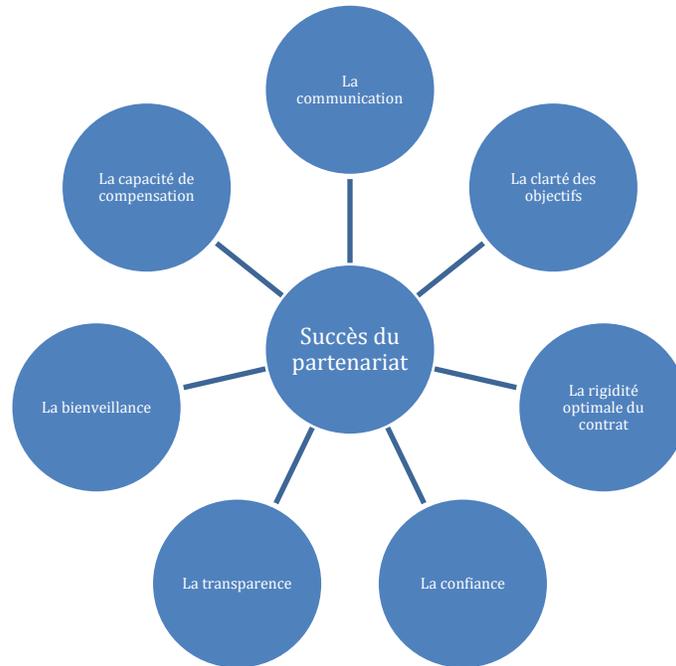
Paramètres de succès	Villa Medica	Stevens	La Traversée	IOL	Groupe Santé Arbec
Respect des paramètres classiques					
Satisfaction par rapport à la relation					
Pérennisation du projet ou de ses retombées					
Caractère innovant du partenariat					
Résultat	Succès du partenariat	Succès du partenariat	Succès du partenariat	Échec du partenariat	Succès du partenariat

Conditions de succès	Villa Medica	Stevens	La Traversée	IOL	Groupe Santé Arbec
La communication					
La clarté des objectifs					
La rigidité optimale du contrat					
La confiance					
La transparence					
La bienveillance					
Le leadership					
Le contexte sociopolitique					

Légende	
Paramètre présent	
Paramètre compromis	
Paramètre présent à certains égards	
Paramètre non-répertorié	

À l'aune de ces réflexions, voici les conditions de succès actualisées :

Figure 7: Les conditions de succès actualisées



CONCLUSION

Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi de nous intéresser aux conditions de succès et aux obstacles aux partenariats public-privé dans le domaine de la santé et des services sociaux, à travers l'analyse de cinq cas de partenariats québécois aux profils divers. Ce projet, une initiative du CEPSEM, a permis d'entamer une réflexion pertinente à l'heure actuelle face à une société vieillissante et un système de la santé et des services sociaux en quête de solutions pour parer aux enjeux à venir. Nous avons donc épluché la littérature attenante afin d'en faire ressortir des conditions de succès aux PPP. L'analyse de ces conditions, observées à travers la lentille du modèle de Bolman et Deal, a permis de dégager effectivement une corrélation entre le succès des projets et la présence des conditions de succès, bien que cette relation ne soit pas absolue – le cas de La Traversée nous l'indique. Malgré quelques obstacles au niveau de la collecte de données, soit un environnement peu propice à la divulgation d'information en raison du contexte de la loi

10, et la période estivale lors de laquelle la collecte s'est déroulée, nous sommes parvenus à dégager un nombre substantiel de témoignages nous permettant d'asseoir la recherche. Sans doute celle-ci aurait-elle été plus riche si elle s'était déroulée dans un autre contexte. Notre effort de réflexion a aussi permis de modifier quelque peu la grille initiale de conditions de succès dont nous nous étions dotée : la capacité de compensation, paramètre observé à de maintes reprises dans les partenariats couronnés de succès, a été promu au rang de condition facilitante. Cette dernière n'avait pas été relevée dans la littérature, mais l'exemple du terrain nous a démontré qu'il s'agissait là d'une condition d'une grande importance.

Ainsi, en résultante de ce travail, notre recommandation aux organisations souhaitant s'associer pour créer des partenariats public-privé serait d'aborder le projet avec ouverture, en se dotant d'un cadre légal précis, mais avec suffisamment de flexibilité permettant aux deux parties de se développer ensemble en symbiose vers un tout commun. La capacité de compensation de chacun viendra supporter les obstacles rencontrés inévitablement sur le terrain. Un leadership fort, une communication constante et transparente mettront la table pour une confiance optimale, guidant le partenariat vers le succès. Il sera également important au niveau de la gestion du partenariat de viser un équilibre entre les quatre lentilles mises de l'avant par Bolman et Deal, soit les lentilles structurelle, des ressources humaines, de leadership, politique et symbolique. En effet, les résultats de notre recherche nous ont démontré qu'un déséquilibre à ce niveau produisait des résultats peu souhaités, à l'instar de ce que nous avons observé chez l'IOL. En revanche, une répartition dosée des éléments de chacune des lentilles permet, selon nos observations, de renforcer le potentiel de succès d'un partenariat. Les éléments structurels de ce cadre conceptuel permettent d'asseoir le partenariat sur une base solide, en définissant les rôles, obligations et attentes de chacun; les éléments des ressources humaines viennent insuffler l'énergie nécessaire pour que le partenariat puisse aller de l'avant – c'est en effet les personnes concernées par ce partenariat qui porteront le projet sur leurs épaules; il est donc important qu'elles se sentent motivées et valorisées dans leurs activités; un leadership fort et facilement identifiable tirera le partenariat vers l'avant; un contexte sociopolitique favorable permettra au partenariat de fructifier dans son environnement; et enfin, les éléments symboliques apporteront une touche d'énergie permettant de cimenter le sentiment d'appartenance au

projet, ce qui, en retour, supportera les ressources humaines. Si ces éléments se trouvent de façon équilibrée à l'intérieur d'un partenariat donné, les différentes parties travailleront ensemble de façon synergique et les conditions de succès favoriseront un dénouement positif.

CONSIDÉRATIONS FUTURES

Nous avons mentionné précédemment que les conclusions de cette recherche sont notamment limitées par la validité interne, puisque seulement cinq cas de figure ont été étudiés, dont un seul cas d'échec. Il serait intéressant de poursuivre cette recherche en explorant en profondeur d'autres occurrences d'échec. Il serait ainsi possible de tirer des conclusions approfondies quant aux conditions d'échec aux partenariats et ainsi enrichir le portrait global des résultats de cette recherche. Également, une étude s'échelonnant sur plusieurs années pourrait être envisagée pour évaluer le comportement des différents partenariats évoqués dans le temps. De quelle manière les conditions de succès évoquées se sont-elles développées dans le temps? Quel rôle ont-elles joué lorsque confrontées à des crises connues récemment telles que celles associées à la pandémie de Covid-19, notamment dans le CHSLD Herron? L'application d'une lentille de Bolman et Deal au profit d'une autre a-t-elle favorisé un résultat particulier? Quels sont les effets désirables ou indésirables de l'application d'une lentille ou d'une autre dans un contexte de crise ou, à plus grande échelle, dans le développement et l'évolution d'une organisation? Une recherche longitudinale permettrait sans doute d'apporter des réponses à ces questions.

BIBLIOGRAPHIE

Aubert, Benoit A et Michel Patry. 2004. « Les PPP : une option à considérer ». *Gestion*; 29,2; ProQuest pg. 74.

Barry, Mamadou, Boidin, Bruno et Sanni Yaya. 2014. « Les partenariats multipartites pour l'aide à la santé : fondements et ambiguïtés ». *Journal de Gestion et d'Économies Médicales*. 32.4. pp308-326.

Bernard DUBÉ *et al.*, « La communication, un outil de gouvernance des PPP. Quelques enseignements tirés du cas « BonjourQuébec. com » », *Revue française d'administration publique* 2009/2 (n° 130), p. 291-306. DOI 10.3917/rfap.130.0291

Bouhamed, Amira et Jamil Chaabouni. 2008. « Partenariat public-privé en Tunisie : Les conditions de succès et d'échec ». *International Journal of Technology Management and Sustainable Development*. Volume 7 Number 1. Intellect Ltd.

Brulhart, Franck. 2002. « Le rôle de la confiance dans le succès des partenariats verticaux logistiques : le cas des coopérations entre industriels agro-alimentaires et prestataires logistiques ». *Revue Finance, Contrôle, Stratégie : FCS* ; 5, 4 ; ProQuest pg. 51.

Brulhart, Franck. 2008. « Expérience du partenariat, expérience du partenaire, connivence interpersonnelle : quel impact sur la réussite du partenariat vertical ? ». *Management. AIMS*.

[CanLII](https://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/rlrq-c-s-4.2/derniere/rlrq-c-s-4.2.html#art108_smooth). 2020. « Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2 ». https://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/rlrq-c-s-4.2/derniere/rlrq-c-s-4.2.html#art108_smooth

CEPSEM. 2018. « À propos ». <http://cepsem.ca/a-propos/bienvenue-au-cepsem/>
Coase, R. H (1937-11-01). « The Nature of the Firm », *Economica*, vol.4, no. 16. ISSN:0013-0427

Desrosiers, G. (1999). Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir : conférence inaugurale du 51^e congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française, octobre 1998. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53 (1), 3–18. <https://doi.org/10.7202/005395ar>

G. Bolman, Lee and Terrence E. Deal. 2013. « Reframing Organizations: Artistry, Choice, and Leadership ». John Wiley & Sons.

Gagnon, Sylvain pour le MSSS. « RAPPORT D'ENQUÊTE sur les événements survenus dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 au CHSLD Herron ». 2020. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-834-04W.pdf>

Greiner, Larry E (1972-07-01). "Evolution and Revolution as Organizations Grow", *Harvard Business Review*, vol.50, no.4. ISSN:0017-

Jiménez, Amparo. 2004. « La gouvernance d'un partenariat public-privé dans un milieu sociopolitique turbulent : analyse d'un cas latino-américain ». *Management International*; 8, 4; ProQuest pg. 59.

JOBIN, M.-H.; FORTIN, A.-H. (2016). « Conditions de succès et obstacles aux collaborations public-privé en santé au Québec ». Montréal: Pôle santé HEC Montréal, février 2016, 114 pages. [En ligne]

Leavitt, Harold Jack. [1964] *Managerial psychology; an introduction to individuals, pairs, and groups in organizations*. University of Chicago Press. 437 p.

Mazouz, Bachir. (2012). « Partenariat public-privé », dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*, [en ligne], www.dictionnaire.enap.ca

McLuhan, Marshall. (1964). *Understanding Media; the Extensions of Man*. McGraw-Hill.

Padova, Allison. Le 12 mai 2010. *Les PPP : pourquoi, où, quand et comment*. [en ligne]. <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2010-18-f.htm> Parlement du Canada. Division de l'industrie, de l'infrastructure et des ressources.

Patrick Hassenteufel. 2010. « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics ». *Informations sociales*, no 157, p.50-58.

Préfontaine, Lise, Skander, Dorra et Valéry Ramonjavelo. 2009. « La capacité partenariale, pilier de la réussite d'un partenariat public-privé ». *Revue française d'administration publique*.

Rinfret, N. (2012). « Leadership », dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*, (en ligne), www.dictionnaire.enap.ca

Smith, Adam. (1723-1790). *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*. Richard D. Irwin, Inc, c1963.

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

Wilson, Christopher. 2012. « Collaboration Co-Governance: A checklist approach to collaboration ». Presentation & Panel discussion to the 64th Annual Conference of IPAC, *Navigating Uncharted Waters: Embracing the Tides of Change*, St. John's, NFLD.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CANEVAS D'ENTREVUE – DIRIGEANTS DU SECTEUR PRIVE

CANEVAS D'ENTREVUE – DIRIGEANTS DU SECTEUR PRIVE

INTRODUCTION

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

AXE 1 : COMMUNICATION

1. Quelle était la vision de ce partenariat ? Était-elle partagée par votre homologue du secteur public ? Est-ce que la vision était homogène au sein de l'organisation ?
2. Avez-vous l'impression que le partenaire public rejoignait la vision et avait les mêmes objectifs que vous ? Comment, selon vous, la vision des deux partenaires [public et privé] se rejoint-elle ?
3. De quelle manière l'entente a-t-elle été élaborée ? Cette entente s'est-elle formalisée à travers un document avec des règles à suivre et des modalités de fonctionnement ? [Le partenariat a-t-il créé l'entreprise ?]
4. Comment décririez-vous la communication avec le partenaire public?
5. Comment décririez-vous la communication ascendante/descendante au sein de l'organisation à propos de ce partenariat? Y a-t-il un suivi régulier sur les opérations journalières ? Sont-elles essaimées aux niveaux tactique et stratégique ?
6. Y a-t-il un porte-parole ou un pilier responsable pour la communication ? Y a-t-il un gestionnaire de compte ? Y a-t-il un gestionnaire de compte chez le partenaire public ?
7. Les rôles de chacune des personnes en contact à chaque niveau de l'organisation sont-ils clairs ?
8. Y a-t-il un comité de gouvernance périodique ? Y a-t-il plusieurs niveaux de comités ?
9. Des activités de lobbying ont-elles été déployées ? Comment avez-vous géré ce dossier de façon politique ? [Avez-vous rencontré un sous-ministre à ce sujet, des médias, des associations médicales?]

AXE 2 : LEADERSHIP

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

AXE 3 : PERFORMANCE

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

AXE 4 : CULTURE ET CONFIANCE INSTITUTIONNELLE

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

CONCLUSION

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

****Identifier les coordonnées des personnes visées au sein de partenaire public.****

ANNEXE 2 : L'INSTITUT DE L'ŒIL DES LAURENTIDES

Regard sur la performance

Institut de l'œil des Laurentides

Rédigé par
Aline PANG-CHARBONNEAU, auxiliaire de recherche
Ariane-Hélène FORTIN, chargée de projets
Marie-Hélène JOBIN, directrice

Pôle santé HEC Montréal

Décembre 2015

TABLE DES MATIÈRES

La fondation de l'IOL : À la convergence de plusieurs facteurs.....	97
Le partenariat entre l'hôpital de Saint-Jérôme et l'IOL.....	99
une organisation des soins selon l'expertise.....	100
Des résultats percutants.....	102
Une cadence difficile à maintenir pour l'IOL.....	103
Un second essai.....	103
En rétrospective.....	105
Bibliographie.....	107

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

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

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

LA FONDATION DE L'IOL : À LA CONVERGENCE DE PLUSIEURS FACTEURS

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

D'abord, la démographie de la région a un rôle à jouer dans la fondation de l'IOL. La région des Laurentides, qui compte en près de 600 000 personnes¹⁹, est en plein développement. Sa population comprend un bassin significatif de personnes âgées de plus de 50 ans, soit une clientèle susceptible de nécessiter des soins ophtalmologiques. Bien que les besoins à ce niveau soient importants dans la région, les institutions de soins de santé et de services sociaux publiques, notamment l'hôpital de Saint-Jérôme, de Saint-Eustache et de Sainte-Agathe, n'ont pas nécessairement les ressources pour s'attaquer à un enjeu de cette taille. Le ratio habituel en ophtalmologie est de 1 ophtalmologiste pour 30 000 patients, selon une ophtalmologiste rencontrée. On est alors à environ 1 pour 125 000, donc en pénurie d'effectif ophtalmologique. Au début des années 2010, un patient doit attendre en moyenne six mois pour être vu en ophtalmologie²⁰, explique un intervenant, ce qui laisse amplement de temps à une maladie oculaire de gagner du terrain.

¹⁹ Institut de la statistique du Québec. 2014. *La région des Laurentides ainsi que ses municipalités régionales de comté (MRC)*. http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_15/region_15_00.htm (page consultée le 4 novembre 2015).

²⁰ Selon la direction de l'IOL, le délai réel sur le terrain serait plutôt de huit à dix mois avant d'obtenir une première rencontre d'évaluation avec un ophtalmologiste, puis de douze à dix-huit mois pour être opéré.

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

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

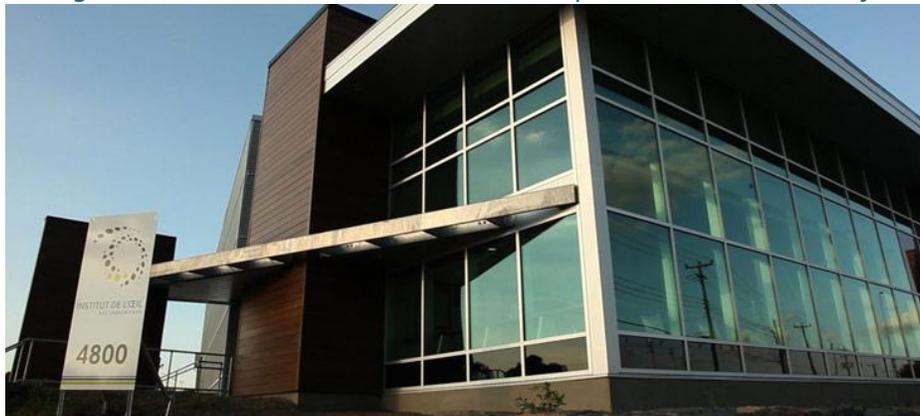
Le projet encaisse un premier revers lorsque Philippe Couillard quitte le Ministère. Le docteur Yves Bolduc qui lui succédera n'a manifestement pas la même vision et le projet des CMSA est arrêté.

Les cinq ophtalmologistes de Saint-Jérôme mobilisés sur le projet depuis environ deux ans doivent donc composer avec une grande déception. Le projet dans lequel ils ont investi temps et énergie ne se concrétisera pas. Néanmoins, avec tant de préparation, les ophtalmologistes prennent la décision d'ouvrir une clinique indépendante. Malgré l'échec

des CMSA, l'IOL ouvre ses portes en 2010. On planifie donner des services d'ophtalmologie en privé pour tous ceux et celles qui ne souhaitent pas attendre pour des services au public.

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

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



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

LE PARTENARIAT ENTRE L'HOPITAL DE SAINT-JEROME ET L'IOL

Au même moment, en filigrane, la région des Laurentides, souffrant toujours de son manque d'effectif de médecins spécialistes, se voit attribuer un flot de médecins de différentes spécialités grâce à l'attribution de postes additionnels en lien avec le plan

régional des effectifs médicaux (PREM). Des spécialistes de toutes les disciplines affluent donc à l'hôpital régional de Saint-Jérôme, ce qui occasionne un manque d'espace physique au sein de l'hôpital.

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

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

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

UNE ORGANISATION DES SOINS SELON L'EXPERTISE

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

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

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

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

DES RESULTATS PERCUTANTS

Après quelques mois d'opération, les résultats témoignent du rythme de travail soutenu de l'IOL. En effet, l'IOL voit les patients à l'intérieur de trois mois, contre 8 à 10 mois auparavant dans le réseau public, explique la direction. Sa capacité chirurgicale s'élève entre 25 et 30 patients par jour, cinq jours par semaine²¹. En six mois de fonctionnement, la liste d'attente pour la chirurgie de la cataracte dans la région, qui était d'environ deux ans, n'existe plus, explique l'un des ophtalmologistes.

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

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

²¹ Le volume de patient à l'hôpital de Saint-Jérôme avant l'entente était de six patients par jour au maximum

UNE CADENCE DIFFICILE A MAINTENIR POUR L'IOL

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

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

UN SECOND ESSAI

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

Néanmoins, la communication est difficile entre l'IOL et l'hôpital. La confiance s'est dégradée. À titre d'exemple, un intervenant de l'hôpital de Saint-Jérôme raconte qu'au fil de rencontres, les représentants de l'hôpital de Saint-Jérôme, questionnant la performance hors du commun des ophtalmologistes de l'IOL, « découvrent » que l'IOL facture des

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

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

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

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

11 septembre 2013

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



Reprise des services d'ophtalmologie au CSSS de Saint-Jérôme

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

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

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

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

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

EN RETROSPECTIVE

À plusieurs reprises, des intervenants évoquent la relation de complémentarité qui aurait dû être entre l'IOL et l'hôpital de Saint-Jérôme. Les intervenants du public soutiennent que le projet a démarré sur une note confiante et optimiste et soulignent le grand talent de l'IOL en matière de performance et d'innovation. Toutefois, le succès du partenariat a été compromis selon eux par un manque d'alignement des objectifs des deux parties et un

manque de communication et de transparence. Le partenariat a perdu de son ardeur une fois les listes d'attente éliminées et les budgets amincis.

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

BIBLIOGRAPHIE

Institut de l'œil des Laurentides. 2015. « Pourquoi choisir l'Institut de l'œil »
<http://www.institutdeloeil.com/pourquoi-choisir-linstitut-de-loeil/services.html>

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

ANNEXE 3 : STEVENS

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

Stevens

Rédigé par

Aline PANG-CHARBONNEAU, auxiliaire de recherche

Caroline PARENT, coordonnatrice-chargée de projet

Marie-Hélène JOBIN, directrice

Pôle santé HEC Montréal

Décembre 2015

Flexibilité

Disponibilité Accompagnement
Résistance Intérêt
Qualité Personnel Usager
Privé Compensation

Communication

Service

Ouverture

En 2014, l'entreprise de fourniture médicale Stevens nouvellement installée au Québec se voit attribuer le contrat d'approvisionnement et de distribution des produits d'incontinence pour les usagers du programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination de la région de Montréal. Ce contrat implique la livraison des produits d'incontinence à domicile et est réalisé en partenariat avec l'Agence de la Santé et des Services sociaux (ASSS) de Montréal et les intervenants des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui doivent assurer, quant à eux, le suivi des usagers à domicile. Pour Stevens, c'est le début d'une aventure ponctuée de défis dont l'entreprise viendra à bout à force de travail en équipe, de flexibilité et d'ouverture.

TABLE DES MATIÈRES

Stevens : une entreprise qui a de l'histoire	113
Image 1 : points de service de l'entreprise Stevens au Canada en 2015	114
Arrivée de Stevens au Québec : le souhait d'une saine concurrence.....	114
De fournisseur de produits à prestataire de service	116
Image 2 : Le programme : avant et après	117
Stevens remporte l'appel d'offres.....	118
La mise en œuvre du programme : une période d'adaptation	119
Face aux enjeux : une attitude proactive.....	120
Soutenir la gestion du changement.....	121
Stevens passe en mode compensation.....	122
Pour répondre aux enjeux : flexibilité, ouverture et travail d'équipe.....	123
En rétrospective	125
Bibliographie	127

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

- « Combien d'appels aujourd'hui? », demande la préposée avec sollicitude.
- « Le 125^e, je crois... Encore un usager insatisfait à cause d'une culotte d'incontinence qui ne fait pas! On va devoir aller à sa résidence pour lui proposer des tailles plus grandes. As-tu le temps d'y aller aujourd'hui? C'est à Verdun... », lance la préposée avec un regard empathique.
- « Au meilleur des cas, ça sera après 19 h. J'ai plein d'autres visites à régler avant. Passe-moi le numéro de dossier », dit la préposée en tendant la main.

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

- « Merci! J'espère qu'on viendra à bout de cette tempête! », s'exclame la préposée.
- « Pas le choix! On y arrivera. Tiens, un autre appel! », devise le chef du service à la clientèle en lançant un coup d'œil au poste téléphonique qui réclame à nouveau de l'attention.

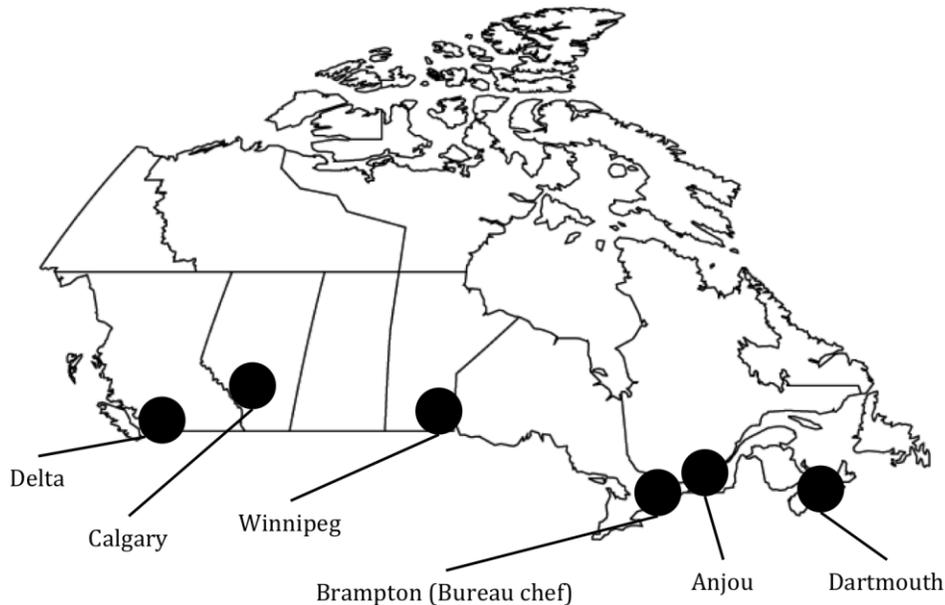
En s'éloignant, le chef du service à la clientèle mesure combien son équipe est aux prises avec un défi de taille à l'aube du nouveau programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination conclu avec l'Agence de Santé et Services Sociaux de Montréal (ASSS) quelques semaines plus tôt. Les nombreux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

STEVENS : UNE ENTREPRISE QUI A DE L'HISTOIRE

Les débuts de Stevens remontent à il y a quelque 185 ans en Angleterre. Alors une entreprise familiale, elle se spécialise rapidement dans la distribution d'équipements médicaux. Elle dispose aujourd'hui de six centres de distribution à travers le Canada où elle a pied depuis 142 ans (voir image 1). Au Québec depuis avril 2012, Stevens dessert la plupart des établissements de santé et des services sociaux, tant le milieu hospitalier que les cliniques médicales ou les établissements de soins de longue durée²². Stevens propose une variété de produits tels que des piqués, des lingettes et des culottes d'incontinence, provenant d'une multitude de fournisseurs.

²² Stevens dessert aussi des cliniques vétérinaires.

IMAGE 1 : POINTS DE SERVICE DE L'ENTREPRISE STEVENS AU CANADA EN 2015



ARRIVEE DE STEVENS AU QUEBEC : LE SOUHAI T D'UNE SAIN E CONCURRENCE

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

Alerté par ce nouvel état des choses, le Bureau de la concurrence²³, mène une enquête sur cette situation durant une période de quatre mois. La conclusion est la suivante : bien que la transaction soit acceptée, le Bureau émet des craintes quant au maintien d'une saine concurrence sur le marché québécois des fournitures médicales. Selon le Bureau, l'acquisition de Dismed Inc. par Cardinal Health risque de maintenir des prix

²³ Bureau de la concurrence. Gouvernement du Canada : « organisme d'application de la loi indépendant, [veillant] à ce que les entreprises et les consommateurs canadiens prospèrent dans un marché concurrentiel et innovateur ». Voir la référence à cet en ligne. http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/h_00125.html

significativement élevés par rapport au prix de production, d'autant plus que certains produits sont exclusivement tenus par Dismed Inc. et Cardinal Health. Il serait donc dans l'intérêt de la population qu'un autre joueur s'implante sur le marché.

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

De leur côté, les employés de Dismed Inc. doivent composer avec un climat d'incertitude notamment quant à la pérennité de leur poste au sein de la nouvelle entreprise, celle-ci n'ayant pas confirmé le maintien de la totalité des postes de l'ancienne entreprise. Qui plus est, Cardinal Health détient notamment un bureau de marketing à Toronto où elle concentre ses activités; celui de Dismed Inc. à Montréal voit donc sa pertinence questionnée.

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

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

DE FOURNISSEUR DE PRODUITS A PRESTATAIRE DE SERVICE

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

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

Au fil des ans, l'Agence constate que cette formule n'est pas efficace. En effet, les usagers étant libres de choisir les marques et modèles en autant qu'il s'agisse de produits d'incontinence conformes, achètent des produits parmi une multiplicité de gammes avec des prix et des formats différents. À l'étape du remboursement, l'Agence se retrouve donc avec la tâche difficile de faire sens à travers une diversité déconcertante de produits, qui l'empêche par ailleurs de tenir des statistiques précises sur les habitudes de consommation des usagers – les usagers soumettent parfois des factures complètes d'épicerie, sans spécifier précisément où se trouve le produit d'incontinence éligible au remboursement, ce qui complexifie encore plus la reddition de compte et alourdit le processus administratif.

L'appel d'offres de l'Agence en avril 2012 vise donc à recruter un partenaire qui aide à corriger les problèmes mentionnés ci-haut, notamment en proposant une livraison des produits d'incontinence à domicile, selon une gamme de produits sélectionnés et correspondant aux besoins des usagers, tels qu'évalués par les intervenants. Ainsi, les intervenants dresseraient un profil des besoins de chaque usager. Ce profil serait transmis à l'ASSS pour approbation. L'Agence²⁴, quant à elle, paierait directement le fournisseur pour les produits livrés.

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

IMAGE 2 : LE PROGRAMME : AVANT ET APRES

PROGRAMME ORIGINAL (AVANT L'APPEL D'OFFRES)



²⁴ Après la dissolution de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal, l'équipe en charge du programme des fonctions d'élimination est restée régionalisée et dessert l'ensemble de l'île de Montréal.

PROGRAMME RÉVISÉ



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

STEVENS REMPORTE L'APPEL D'OFFRES

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

En collaboration avec les compagnies *Domtar-Attends* et *First Quality*, fournisseurs majeurs de produits d'incontinence en Amérique du Nord, Stevens soumet alors pour évaluation et approbation des produits d'incontinence correspondant aux paramètres dictés

par l'Agence. Après quelques semaines, les produits sont approuvés; leur conformité est validée. Le contrat est signé pour une durée de cinq ans et prend effet le 1^{er} avril 2014.

LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME : UNE PERIODE D'ADAPTATION

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

Ainsi, les usagers doivent donc composer avec des enjeux à deux niveaux. D'abord, la mise en place du programme d'élimination instaure un nouveau mode de fonctionnement. Certains usagers peuvent y trouver un avantage, dans la mesure où les produits sont livrés directement au lieu de résidence, mais d'autres peuvent voir leurs habitudes changer. La nature de la clientèle fait en sorte que tout changement, même s'il pourrait être perçu de façon positive, peut aussi entraîner de l'anxiété et de l'inconfort de la part des usagers. En second lieu, il y a une adaptation indéniable à faire en trait avec le produit. Le confort, l'absorption et l'ajustement ne seront pas exactement les mêmes et demandent nécessairement un temps d'adaptation aux usagers pour trouver leurs aises et aussi trouver le bon modèle pour eux. Lors de la première livraison, dans certains cas, les produits ne correspondaient pas à leurs besoins et il a fallu réagir très rapidement.

De leur côté, les intervenants censés assurer le suivi auprès des usagers ont dû essayer les doléances des usagers et souvent assurer une interface avec le fournisseur pour procéder aux ajustements. Du côté de l'Agence comme du côté de Stevens, le propos est le même : les intervenants perçoivent ce changement comme un surplus de travail. Bien que les produits aient été évalués de façon positive par le comité d'évaluation, il demeure difficile de les « rallier à la cause ». Chose intéressante, toutefois, du côté des intervenants, l'enjeu

principal semble être le changement de produit en tant que tel, notamment au niveau de la qualité, selon une intervenante. Personne ne semble se plaindre de l'instauration du nouveau processus.

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

FACE AUX ENJEUX : UNE ATTITUDE PROACTIVE

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

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

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

Par ailleurs, les usagers n'ont pas reçu d'invitation formelle en raison de leur nombre élevé (environ 1200), mais aussi en raison d'enjeux d'accès et de mobilité. Qui plus est, la chargée de projet à l'Agence et les décideurs de Stevens misent plutôt sur l'utilisation des

intervenants présents à titre d'agents multiplicateurs dans leur CSSS respectif et pour informer les usagers. Le programme démarre tout de même sur une note relativement confiante.

SOUTENIR LA GESTION DU CHANGEMENT

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

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

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

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

La première action posée par Stevens pour faire face à cet enjeu est d'informer son vis-à-vis du côté du public, soit la chargée de projet à l'ASSS, afin que celle-ci diffuse le message aux CSSS²⁵ concernés et que ceux-ci puissent rectifier le tir avec leurs employés.

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

« Les intervenants visés par ce programme ont des dizaines de dossiers à porter. Certains d'entre eux seront appelés à réaliser des activités dans le cadre du programme d'élimination seulement une ou deux fois par an. Il est donc difficile dans le contexte actuel de faire libérer ces intervenants pendant une demi-journée pour leur permettre de s'appropriier le programme. »

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

STEVENS PASSE EN MODE COMPENSATION

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

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

²⁵ Les Centres de santé et services sociaux (CSSS) ont été fusionnés pour former les Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) dans la région métropolitaine à l'occasion de la mise en application de la loi 10 en 2015.

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

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

POUR REpondre AUX ENJEUX : FLEXIBILITE, OUVERTURE ET TRAVAIL D'ÉQUIPE

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

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

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

Afin de pallier ces difficultés de démarrage, on embauche du personnel supplémentaire au service à la clientèle. Il faut continuer à « faire rouler la roue du service malgré les embuches », dit la gestionnaire de comptes. Ici, l'équipe n'a pas peur de « compenser », même pour ce qui peut être perçu comme certains manquements du côté des intervenants. Malgré cet effort supplémentaire, les employés de Stevens sont conscients qu'ils ne doivent pas s'employer uniquement à rapiécer le service ; plutôt, ils doivent saisir cette opportunité et chercher à bâtir une relation avec ces usagers qu'ils desserviront pendant des années. Il importe donc que la confiance soit rapidement rétablie.

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

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

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

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

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

EN RETROSPECTIVE

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

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

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

Stevens qui soulève également l'importance majeure du lien de confiance établi entre les deux partenaires comme condition facilitante à la réussite de ce projet.

BIBLIOGRAPHIE

Bureau de la concurrence. Gouvernement du Canada. 2015. En ligne.
http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/h_00125.html

ANNEXE 4 : VILLA MEDICA

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

Villa Medica

Rédigé par

Aline PANG-CHARBONNEAU, auxiliaire de recherche

Ariane-Hélène FORTIN, chargée de projets

Caroline PARENT, coordonnatrice-chargée de projets

Marie-Hélène JOBIN, directrice

Pôle santé HEC Montréal

Décembre 2015

En mai 2014, Villa Medica procède à l'ouverture d'un guichet de santé physique. Ce contrat, obtenu à la suite d'un appel d'offres de l'Agence de la Santé et des Services sociaux (ASSS de Montréal), découlait d'une soumission de services innovatrice déposée par l'établissement privé conventionné.

Avec cette nouvelle responsabilité, Villa Medica, déjà hôpital de réadaptation et partenaire, se voit confier la coordination de la réadaptation en santé physique par le biais d'un guichet unique acheminant les diverses demandes des centres référents vers les différents partenaires fournisseurs de soins. Bien que la réputation d'innovation et la qualité des soins offerts à Villa Medica soit reconnus dans le milieu, il faut encore gagner la confiance des différents acteurs, ce qu'on parvient à faire graduellement, avec l'aide et le support de l'ASSS de Montréal jusqu'en mars 2015.

TABLE DES MATIÈRES

La fondation de Villa Medica : Réponse à un besoin du système de la santé et des services sociaux.....	132
Le besoin d'un guichet unique en santé physique	133
L'obtention du contrat par appel d'offres	137
La mise en place d'une structure pour accueillir le guichet santé physique à l'interne.....	140
Des rencontres de coordination.....	141
Quelques défis rencontrés.....	142
En avant malgré tout	143

LA FONDATION DE VILLA MEDICA : RÉPONSE À UN BESOIN DU SYSTÈME DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

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

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

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

Néanmoins, il s'agit d'une entreprise à but lucratif. Pour l'organisation, cela signifie qu'il est possible de réaliser des profits sur tout ce qui a trait aux activités **hors** champ clinique, tels que l'hôtellerie, la gestion des bâtiments, les services alimentaires, etc. Toutefois, les services de réadaptation ainsi que les soins infirmiers sont financés exclusivement par le MSSS, ce qui, selon certains plus réfractaires à une intervention du privé en santé, protège standardisation des soins sur l'ensemble du réseau. La recherche de profitabilité de Villa

Medica n'empêche pas l'organisation, par ailleurs, d'avoir développé une culture client très forte. L'organisation mesure en fait sur une base régulière la satisfaction de la clientèle et obtient d'excellents résultats.

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

LE BESOIN D'UN GUICHET UNIQUE EN SANTÉ PHYSIQUE

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

En 2007, à la suite d'un travail amorcé depuis plusieurs mois par l'ensemble des établissements de réadaptation, des centres hospitaliers en soins aigus ainsi que des CSSS de Montréal, un cadre de référence pour les services post-hospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et soins subaigus pour la région de Montréal est adopté. Ce document traite des critères d'accessibilité dans les multiples programmes de réadaptation dans les centres hospitaliers en réadaptation (CHR) et unités de réadaptation fonctionnelle

intensive (URFI), de la redistribution des lits par un pairage des régions des CSSS avec les CHR et URFI de Montréal, ainsi que du développement d'une méthode de communication électronique standardisée, basée sur la demande de services inter-établissement (DSIE). Afin d'opérationnaliser ce nouveau programme, deux guichets pour les patients en déficience physiques ont été créés par l'ASSS de Montréal : le premier pour les personnes amputées et le second pour les personnes ayant eu un AVC ou autre problème neurologique.

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

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

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

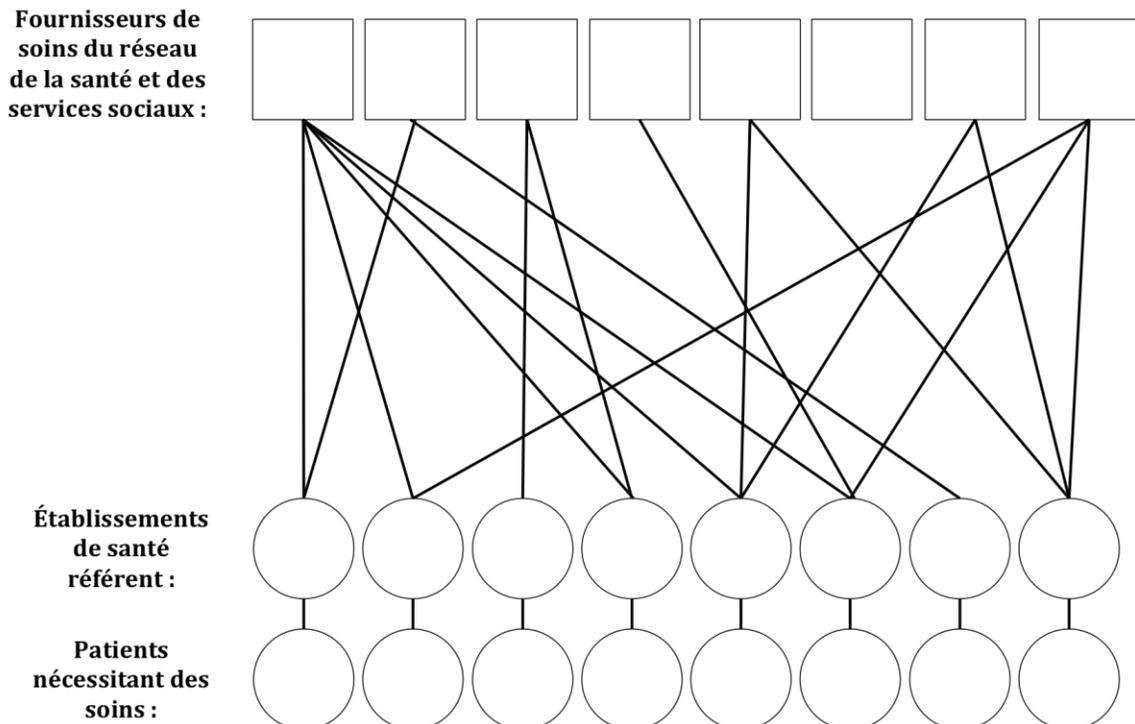
Pour ces raisons, une table de concertation des CHR et des centres hospitaliers (CH) est mise sur pied en 2012 par l'ASSS de Montréal afin de remédier à cette inefficacité dans le traitement des demandes en réadaptation.

En 2013, le regroupement recommande la création d'un guichet unique pour la clientèle en santé physique, en se basant sur le modèle du guichet AVC et autres neurologies qui, aux

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

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

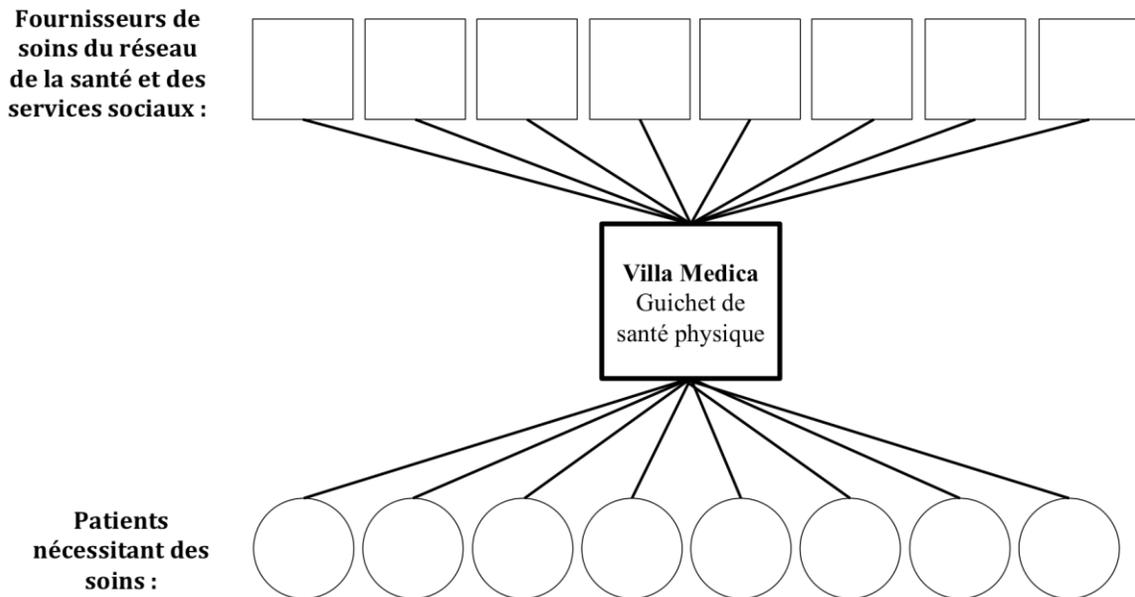
Image 1 : Illustration de la répartition des demandes de soins en matière de réadaptation avant le guichet unique



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

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

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



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

L'OBTENTION DU CONTRAT PAR APPEL D'OFFRES

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

Villa Medica répond à cet appel d'offres mais propose une structure différente. En effet, la structure proposée par l'ASSS est onéreuse. D'un côté, un agent administratif n'est pas en mesure de comprendre et traduire le potentiel de réadaptation d'un patient à partir de documents. D'un autre, la rémunération d'une infirmière sept jours par semaine, huit

heures par jour grugerait rapidement l'enveloppe autorisée. Aussi, les infirmières étant un titre d'emploi en pénurie, il était difficile d'envisager le recrutement d'infirmières sur des postes temporaires. Finalement, avoir recours au bassin d'infirmières déjà en place aurait conduit à offrir régulièrement du temps supplémentaire et évidemment, une difficulté à contenir les coûts.

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

Bien que l'utilisation d'archivistes médicales soit inusitée, Villa Medica est convaincu de la capacité de ceux-ci à effectuer ce travail. En effet, ces derniers sont tout à fait capables de bien lire le potentiel de réadaptation d'un patient décrit dans l'outil standardisé DSIE, étant donné le cursus académique et leur connaissance pointue des diagnostics. La codification des dossiers médicaux et des différentes terminologies utilisées²⁶ prépare bien les archivistes et un tel rôle.

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

Avant même de connaître la décision de l'ASSS, Villa Medica planifie toutes les étapes afin de mettre en place les structures de base du guichet et s'assurer de pouvoir démarrer le projet rapidement advenant une réponse positive. Cette préparation s'avère utile pour la suite car l'ASSS de Montréal annonce au début du mois de mars 2014 que le contrat leur

²⁶ La formation d'archiviste médical, une technique de niveau collégial, exige la complétion de quatre cours de médecine (Médecine I, II, III, IV).

est octroyé pour une durée minimale d'une année. Villa Medica a dès lors un délai de six semaines pour la mise en place du guichet unique santé physique.

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

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

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

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

LA MISE EN PLACE D'UNE STRUCTURE POUR ACCUEILLIR LE GUICHET SANTÉ PHYSIQUE À L'INTERNE

Au niveau du fonctionnement interne, le guichet unique en santé physique se « greffe » en quelque sorte au guichet neurologie qui existe déjà depuis 2007 à Villa Medica. De nouvelles archivistes s'ajoutent à l'équipe en place, dirigée par la chef des archives²⁷.

Afin de mener à bien cette tâche, conformément à la proposition acceptée, on convient que l'équipe d'archivistes médicales du guichet de santé physique doit être chapeauté par un coordonnateur clinique. Pendant un certain temps le rôle est confié à une infirmière clinicienne puis, à son départ à la retraite, c'est un ergothérapeute qui occupera la fonction de coordonnateur clinique.

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

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



Une certaine quantité de demandes (DSIE) sont traitées uniquement par les archivistes médicales. Le coordonnateur clinique est néanmoins présent pour répondre aux situations plus litigieuses où le potentiel de réadaptation est moins clair. La chef des archives, quant

²⁷ Titre exact : Chef des services d'archives, d'accueil, de transports et guichets d'accès

à elle, intervient lorsqu'un cas de réadaptation limite se voit refuser l'accès par un établissement donné, par exemple dans le cas où un client est sans mise en charge mais que les intervenants à l'hôpital suggèrent quand même de la réadaptation. La chef des archives doit à ce moment entrer en communication avec le centre référent et le fournisseur de soins pour clarifier la demande. La chef des archives occupe un rôle éminemment stratégique.

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

DES RENCONTRES DE COORDINATION

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

Un comité de coordination est mis sur place. En début du projet, les fréquences de rencontre sont intensifiées afin de se concerter de façon plus serrée ; puis les rencontres sont espacées à environ chaque six semaines. À ces rencontres sont conviés notamment les directeurs de programmes cliniques des CSSS, du personnel d'encadrement des centres référents, des centres fournisseurs externes aux CSSS, ainsi que le personnel décisionnel de Villa Medica et de l'ASSS de Montréal. L'objectif est tout de fois que ces rencontres ne soient nécessaires que trimestriellement.

QUELQUES DEFIS RENCONTRÉS

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

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

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

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

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

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

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

EN AVANT MALGRÉ TOUT

Malgré les multiples enjeux cités plus haut, Villa Medica parvient à obtenir des résultats témoignant de l'efficacité de la structure qu'elle s'est dotée. Forte de l'équipe d'archivistes

médicaux, chapeauté par un ergothérapeute coordonnateur clinique et avec l'aide stratégique de la chef des archives, l'équipe fait rouler le guichet de santé physique 7 jours sur 7 de façon à ce que tout client ayant besoin de réadaptation, trouve une porte ouverte pour l'accueillir et obtienne les soins appropriés dans le délai prescrit. Somme toute, le guichet de santé physique est jugé comme étant un succès, tant du côté de l'ASSS de Montréal que du côté de Villa Medica.

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

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

ANNEXE 5 : LA TRAVERSEE

Une transition en douceur au bénéfice des usagers

Le Centre La Traversée

Rédigé par

Aline PANG-CHARBONNEAU, auxiliaire de recherche

Ariane HÉLÈNE-FORTIN, coordonnatrice – chargée de projets

Marie-Hélène JOBIN, directrice

Pôle santé HEC Montréal

Janvier 2015

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

Table des matières

Description : La création du Centre La Traversée.....	150
Les ressources intermédiaires, ces entre-deux personnalisés	151
Image 2 : Trois types de ressources en SAPA et leurs différences.....	152
Une entente de services : les soins de l'éducateur spécialisé	153
Le nouveau cadre des ressources intermédiaire en 2013 : contexte de crise.....	154
Le début de l'entente 108	157
Des enjeux intrinsèques à la RI.....	157
Définition des rôles.....	158
Structure de gouvernance et enjeux de communication	159
Un partenariat jugé réussi.....	160
Bibliographie	161

Au moment de sa création dans les années 90, le Centre La Traversée, un organisme à but non lucratif, œuvre dans l'hébergement de la clientèle en santé mentale. Aujourd'hui, ses activités sont divisées en quatre grands bassins, principalement sur le modèle des ressources intermédiaires : la déficience intellectuelle, la santé mentale, la clientèle jeunesse et les personnes âgées, plus spécifiquement en perte d'autonomie liée au vieillissement.

En 2013, l'Association des ressources intermédiaires émet, en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, un nouveau cadre de pratiques encadrant les ressources intermédiaires et stipulant que celles-ci ne peuvent désormais dispenser des services que de types soutien et assistance (généralement dispensés par des préposés aux bénéficiaires), notamment le suivi des médicaments, l'aide au bain et aux repas.

Toutefois, même dans les ressources intermédiaires qui se veulent un entre-deux entre le domicile et le centre d'hébergement, spécialement dans le cas de la clientèle personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement, on constate un alourdissement des cas, qui nécessitent plus de soins et services que ce que peuvent offrir les PAB. Il est donc difficile de bien répondre aux besoins de la clientèle en offrant uniquement des soins de type PAB. Il est prévu selon les nouvelles dispositions que les soins professionnels seront offerts par le CSSS régional, mais il n'en demeure pas moins qu'il est plus aisé notamment pour des raisons de logistique et de gestion du personnel que la dispensation des soins professionnels incombe à l'institution qui en présente le besoin.

Pour remédier à cette situation, le Centre La Traversée et le Centre de Santé et de Services Sociaux du Cœur de l'île (CSSS CDI) signent une entente afin que des soins professionnels, ceux d'un éducateur spécialisé, soient également dispensés au Centre.

Cette entente, un projet phare, ne se fait pas sans heurts, mais avec un bon alignement des objectifs des deux parties, de la bonne volonté et des ajustements, cette collaboration entre l'établissement public et l'OBNL se soldera par un succès pour la clientèle.

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

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

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

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

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

- « Bon d'accord. Je m'en occupe. »

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

DESCRIPTION : LA CREATION DU CENTRE LA TRAVERSEE

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

Depuis, son secteur d'activités s'est élargi : il dessert désormais la clientèle en déficience intellectuelle, en santé mentale, en jeunesse et les personnes âgées, plus spécifiquement la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement. La mission du centre est la suivante : « Mettre en place l'organisation nécessaire afin d'accompagner et de soutenir la personne selon sa condition, à l'intérieur d'un milieu de vie adapté et misant sur la qualité des services et l'intégration sociale. »²⁸

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

- 8 maisons en déficience intellectuelle qui accueillent 45 usagers;
- 5 maisons en santé mentale qui accueillent 82 usagers;
- 1 maison jeunesse qui accueille 9 usagers;

²⁸ Le Centre La Traversée. 2015. « Mission et valeur ». En ligne. <http://centrelatraversee.org>

- 3 maisons pour personnes âgées qui accueillent 77 usagers.

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

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES, CES ENTRE-DEUX PERSONNALISÉS

Le modèle des ressources intermédiaire est régi par l'association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ)²⁹. Ce modèle se prête à toutes les clientèles.

Spécifiquement, pour la clientèle personnes âgées (SAPA³⁰), il s'agit d'un pont entre le domicile et le centre d'hébergement. Il sert à accommoder la clientèle dont le profil est trop sévère pour le domicile, mais trop léger encore pour le centre d'hébergement, notamment en termes de sécurité. C'est le cas par exemple d'une personne âgée privée de l'usage de son bras, mais qui possède toujours toutes ses facultés cognitives. Cette personne est capable de se déplacer, mais peut parfois éprouver de la difficulté à réaliser certaines tâches domestiques et il est possible de craindre pour sa sécurité. Il va sans dire que le centre d'hébergement, dans ce cas précis, représente un environnement avec trop d'encadrement. Qui plus est, selon un intervenant du Centre La Traversée, l'ambiance moins dynamique du centre d'hébergement risque de poser un problème quant au ralentissement de la perte d'autonomie de la clientèle dont le profil ne cadre pas encore avec cet environnement.

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

²⁹ Cette dernière est une organisation qui existe depuis 1992. Sa mission est de « [travailler] à l'amélioration des conditions de pratiques en ressources intermédiaires, afin de rehausser la qualité des milieux de vie et des services de soutien et d'assistance offerts, en s'inspirant des pratiques cliniques et de gestion que promeut le ministère de la Santé et des Services sociaux. »

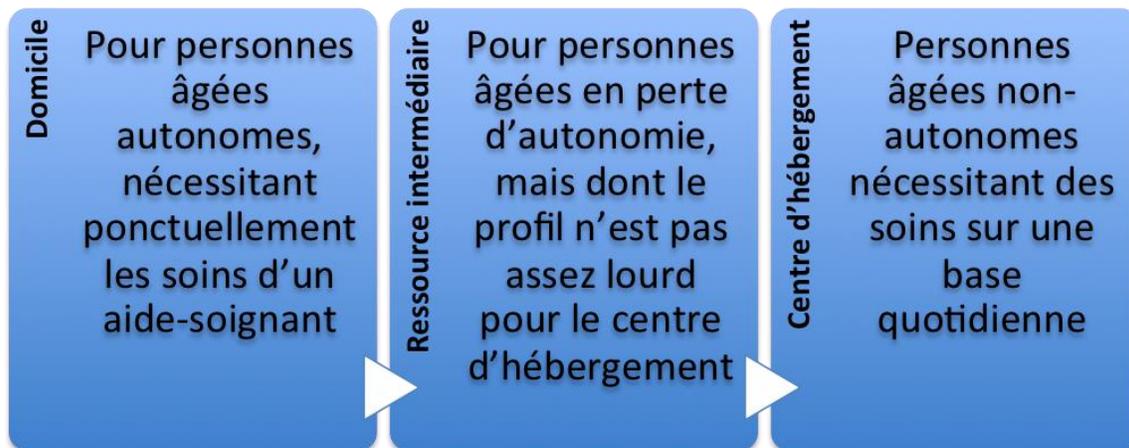
³⁰ SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées.

La clientèle personne âgée en ressource intermédiaire se montre également, quelques fois, capable de réaliser quelques tâches domestiques « comme une brassée de lavage » selon les dires de l'intervenante. Qui plus est, il est possible de réaliser des activités de groupe. L'ambiance est plus proche du milieu de vie naturel de ces personnes.

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

En termes techniques, on parlait « d'heures soins » jusqu'à tout récemment dans le jargon de l'emploi, soit du nombre d'heures de soin devant être dispensées pour une personne par jour. Traditionnellement, les ressources intermédiaires desservent la clientèle nécessitant trois « heures-soins » par jour. Depuis, cette classification a été abandonnée au profit des profils ISO-SMAF, soit le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle³¹.

IMAGE 2 : TROIS TYPES DE RESSOURCES EN SAPA ET LEURS DIFFERENCES



³¹ Habitation Hébergement Services. 2015. « Le profil ISO_SMAF, aide à la décision pour définir le nouveau « Chez moi » ». En ligne. <http://www.ottiti.net/le-profil-iso-smaf-aide-a-la-decision-pour-definir-le-nouveau-chez-moi/>

UNE ENTENTE DE SERVICES : LES SOINS DE L'ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ

En 2008, le CSSS Cœur de l'île et l'hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine concluent l'entente suivante : le Centre La Traversée touchera entre 150 000 \$ et 200 000 \$³² par année de la part de l'hôpital Louis-H. Lafontaine pour embaucher un éducateur spécialisé en santé mentale.

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

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

Un intervenant a raconté qu'il est même arrivé que La Traversée ait à reconduire les services de l'éducateur spécialisé sans avoir perçu l'enveloppe de Louis-H. Lafontaine. Cette situation a perduré pendant plusieurs mois, mais la direction de la Traversée évaluait que les bénéfices pour les usagers du service offert étaient trop importants pour s'exposer à un arrêt de services, malgré les risques de ne jamais être payés. Dans la culture de gestion de la direction de l'établissement à but non-lucratif, le service offert à la clientèle prime.

³² Le montant diffère selon les intervenants.

LE NOUVEAU CADRE DES RESSOURCES INTERMEDIAIRE EN 2013 : CONTEXTE DE CRISE

En 2013, l'association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) signe une entente nationale avec le Ministère afin de baliser l'appellation « ressource intermédiaire » et de standardiser les pratiques sur l'ensemble du territoire québécois³³.

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

Le nouveau cadre vise à standardiser les pratiques et à les démocratiser sur l'ensemble du territoire québécois n'admet pas qu'une clientèle précise soit privilégiée dans un établissement. Qui plus est, il n'appartient plus à La Traversée d'embaucher un éducateur spécialisé pour desservir sa clientèle en RI pour dispenser des soins d'éducateur. Dans le nouveau cadre, si La Traversée veut embaucher un éducateur spécialisé, celui-ci devra dispenser des soins de type soutien et assistance.

Précisions que les soins de type PAB constituent uniquement le soutien à l'autonomie et l'assistance, soit l'aide au bain, aux repas, à la prise de médicaments, etc. Les soins de nature médicale ou professionnelle ne sont pas compris dans le champ d'activités des préposés aux bénéficiaires. Ceux-ci couvrent entre autres les soins dispensés par un infirmier, un ergothérapeute, un nutritionniste ou encore un éducateur spécialisé. En d'autres termes, les soins dits professionnels devraient être dispensés par des professionnels de la santé payés par les établissements de santé et non pas directement par les employés des ressources intermédiaires.

³³ Sur le site de l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec, dans la section « Historique », on peut y lire ce qui suit : « Avec la signature de l'entente nationale, l'ARIHQ se donnait les moyens d'améliorer les conditions de son partenariat avec les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, des établissements publics de santé et de services sociaux, et tous les acteurs concernés par l'hébergement sur le territoire québécois. »

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

Selon les intervenants rencontrés à La Traversée, il n'est pas pensable que la totalité des soins offerts dans leurs maisons soient désormais dispensés par des préposés aux bénéficiaires. En effet, ils observent un alourdissement constant des cas lié, entre autres, au vieillissement de la population et à la présence chez certains usagers de plusieurs problèmes de santé (santé physique et santé mentale) à la fois.

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

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

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

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

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

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

2^e la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux. »³⁴

Ainsi, avec l'entente 108, le Centre La Traversée est à même de fournir des soins adaptés aux clientèles qu'il dessert en permettant à l'éducateur spécialisé d'œuvrer dans le nouveau contexte RI. Le principe est le suivant : le Centre La Traversée embauche un éducateur spécialisé, qui relève donc du Centre; et le contrat prévoit une rétribution qui finance les heures prévues avec un principe de reddition de compte.

³⁴ Publications du Gouvernement du Québec. 2015. « Loi sur les services de santé et les services sociaux. » *Article 108*.
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

LE DEBUT DE L'ENTENTE 108

En avril 2015, l'entente 108 débute donc et le Centre La Traversée peut désormais prodiguer des soins de nature professionnelle et non-professionnelle dans ses ressources intermédiaires en santé mentale et en personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. La reddition de comptes en trait avec l'entente 108 permet de démontrer que le personnel professionnel, soit l'éducateur spécialisé, est utilisé effectivement de façon efficiente.

DES ENJEUX INTRINSEQUES A LA RI

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

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

DEFINITION DES ROLES

Avant l'instauration d'un nouveau cadre de pratiques régulant les ressources intermédiaires, il était habituel que les ententes signées avec des ressources intermédiaires soient hautement annexées et personnalisées. On peut alors y ajouter de l'information quant à la couleur des murs, le type de repas, les activités à tenir, le nombre de visites à réaliser chez un type de clientèle donné, etc. Ces contrats sont extrêmement détaillés et fournissent toutes les balises nécessaires pour entreprendre une entente sur une base solide.

Avec le nouveau cadre des ressources intermédiaires, il n'est plus possible d'annexer les demandes et les spécifications. Le contrat des ressources intermédiaires est unique et standardisé à l'échelle provinciale. La place à la personnalisation est très limitée : le nombre de places, le profil de la clientèle, la durée du contrat. Tout le reste est régi fermement par l'entente.

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

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

Or, afin de continuer à assurer une qualité de vie, la chef de service explique que certains employés doivent souvent faire preuve de compensation même si cela ne leur incombe pas

professionnellement. Trouver des employés qui acceptent cette situation est d'autant plus difficile dans un contexte de restriction budgétaire. À titre illustratif, la chef de service se rappelle qu'il a été impossible de dispenser les soins d'un animateur d'activités pour une fête pour des résidents âgés de La Traversée, de manière financée, car seuls des soins de type soutien et assistance peuvent être dispensés. Finalement, cette tâche a incombé à un préposé aux bénéficiaires dont ce n'est pas le travail formel mais qui a accepté de bonne grâce de prendre le rôle d'animateur.

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

STRUCTURE DE GOUVERNANCE ET ENJEUX DE COMMUNICATION

Pour faire face aux enjeux rencontrés par la juxtaposition d'un contrat RI et d'une entente 108, le CSSS CDI et La Traversée mettent en place chacun des comités, tant à l'interne qu'à l'externe. Les comités externes auxquels assistent tant le CSSS CDI et La Traversée sont appelés comités de coordination et comprennent notamment le comité de communication, le comité de prévention de chute, le comité de sécurité, etc. On prévoit également un porteur de dossier du côté du CSSS CDI (la chef d'équipe RI), qui voit son vis-à-vis en la chef d'équipe à La Traversée. À l'interne, La Traversée se dote notamment de réunions d'équipe.

Un comité conjoint, auquel prend part la directrice adjointe, la chef de services, les éducateurs du centre La Traversée, de même que l'équipe du CSSS CDI (soit deux infirmières et une travailleuse sociale), est aussi établi. Ce comité se réunit une fois par mois. L'ordre du jour est établi par la directrice adjointe et la chef de services. Le but est de discuter des enjeux pour lesquels on ne trouve pas de solution au niveau opérationnel.

Selon la chef de services, ce sont des rencontres productives. Là où elle soulève un bémol, c'est lors des réunions d'équipe qui ont lieu deux fois par mois. Lorsque le personnel décisionnel ne siège pas à ces rencontres, les infirmières et les travailleuses sociales du CSSS CDI ne viennent pas, malgré qu'elles soient invitées à chacune de ces rencontres, soulève la chef d'équipe. Cette dernière leur envoie tout de même un procès-verbal, mais cela constitue selon elle un frein à la bonne circulation de l'information et contribue à engendrer un climat d'incertitude, voire de frustration dans les maisons puisque les problèmes tardent quelques fois à se régler.

UN PARTENARIAT JUGE REUSSI

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

Publications du Gouvernement du Québec. 2015. « Loi sur les services de santé et les services sociaux. » *Article* 108. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

ANNEXE 6 : GROUPE SANTE ARBEC

Collaborer en maximisant la valeur pour l'utilisateur

Groupe Santé Arbec

Rédigé par

Caroline PARENT, coordonnatrice-chargée de projet

Ariane-Hélène FORTIN, professionnelle de recherche

Marie-Hélène JOBIN, directrice

Pôle santé HEC Montréal

OCTOBRE 2015

Confiance
Collaboration
Réputation
Communication Transition
Hébergement
Planification Préoccupation
Qualité

RESUME

L'entreprise Groupe Santé Arbec a forgé une alliance synergique avec Médiforce pour déposer deux offres de service innovantes pour la construction et la gestion de Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) dans la région des Lanaudière. L'évaluation des offres s'est faite sur la base de la performance, c'est-à-dire sur la qualité des services offerts en fonction des coûts. Groupe Santé Arbec a remporté les deux concours, en 2012 et 2013 et les deux CHSLD ont ouvert leurs portes en 2014. L'entreprise a notamment fait preuve de flexibilité et d'un grand souci de la clientèle en modulant sur une plus longue période le transfert des usagers pour minimiser le stress vécu par ceux-ci. Soulignons par ailleurs la qualité de la relation et la confiance établie entre la partie publique et les entreprises privées impliquées dans ce véritable partenariat.

Table des matières

Résumé.....	165
Description	166
Le début du partenariat : Groupe Santé Arbec remporte deux appels d’offres	167
Faire contre mauvaise fortune bon cœur.....	168
La construction des CHSLD et le début du partenariat	170
Une structure de gouvernance pour assurer la bonne conduite du projet.....	171
Une communication proactive effectuée en partenariat.....	172
Une période de transition à planifier minutieusement	173
Des éléments financiers à négocier.....	176
La période de transition : un franc succès!.....	176
Et après?.....	177

DESCRIPTION

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

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

LE DEBUT DU PARTENARIAT : GROUPE SANTE ARBEC REMPORTE DEUX APPELS D'OFFRES

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

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

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

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

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

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

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

FAIRE CONTRE MAUVAISE FORTUNE BON CŒUR

Malheureusement, le jour venu du dépôt des soumissions, l'entreprise familiale Groupe Santé Arbec a quelques minutes en retard et sa soumission est retirée de la course. C'est

une grande déception pour l'équipe du Groupe. Mince consolation cependant, les propositions des quatre autres soumissionnaires sont jugées non conformes et l'Agence ne retient aucune candidature. Il y a possiblement une chance que le projet soit lancé à nouveau, mais il faut attendre.

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

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

Le fait que l'entreprise était déjà présente dans Lanaudière et qu'elle avait déjà fait ses preuves auprès des décideurs a été assurément un facteur jouant en sa faveur pour les deux appels d'offres remportés, selon le PDG de Groupe Santé Arbec. Il explique à ce propos : *« ils (les décideurs) pouvaient valider que ce qu'il y avait dans notre soumission, ce n'était pas seulement des oui d'ores »*. Aussi, l'entreprise familiale a fait le choix stratégique dans

le passé de ne pas œuvrer à pleine capacité dans ses établissements privés, privés conventionnés et ressources intermédiaires. En d'autres termes, Groupe Santé Arbec laisse en tout temps quelques lits disponibles, ce qui lui permet de « dépanner » le réseau public en accueillant des usagers dans des périodes plus occupées. Cette stratégie lui a permis de collaborer de nombreuses fois avec le réseau public à travers les années et de se faire connaître. Groupe Santé Arbec s'est ainsi fait un nom dans le réseau au fil du temps. Pour Médifce, l'importance d'avoir une bonne réputation est aussi fondamentale : « *Quand vous passez quelque part, laissez votre trace* », souligne son PDG, Marcel Landry. Se forger une bonne réputation est très important pour les deux entreprises.

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

LA CONSTRUCTION DES CHSLD ET LE DEBUT DU PARTENARIAT

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

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

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

Au mois de mai et juin 2014, après 10 mois de construction à un rythme effréné, les deux centres ouvrent leurs portes. Les CHSLD ont 102 lits chacun. Ils accueillent une clientèle ayant une autonomie fonctionnelle variant entre 9 et 14³⁵, c'est-à-dire requérant une moyenne d'approximativement 4 heures de soins par jour.

UNE STRUCTURE DE GOUVERNANCE POUR ASSURER LA BONNE CONDUITE DU PROJET

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

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

Au CSSS du Sud de Lanaudière, on met en place un comité tactique pour la planification et l'encadrement des travaux visant le transfert de clientèle. Spécifiquement, ce comité a le mandat de planifier, d'organiser, d'opérationnaliser et de suivre l'ensemble des activités entourant le transfert de clientèles hébergées dans des places temporaires, dans divers établissements de la région, et devant être transférées dans les deux CHSDL privés conventionnés de Groupe Santé Arbec. Ce comité est composé de plusieurs représentants

³⁵ Selon le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

de directions du CSSS (SAPA, DSI, ressources humaines, services techniques, finances, services multidisciplinaires, communication) et de quelques représentants de Groupe Santé Arbec. Il se rencontre à toutes les semaines ou aux deux semaines pour notamment décider de l'ordonnancement des activités et de la séquence des transferts, tout en assurant la qualité des services et la sécurité de la clientèle. Ce comité est aussi responsable d'élaborer un plan de communication relativement aux transferts et d'assurer les liens avec les différents partenaires internes et externes.

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

La gestion du projet, plus précisément de la transition des patients vers les deux CHSLD est sous la responsabilité d'un duo constitué de l'adjoint à la direction du soutien à la personne âgée (SAPA), représentant la partie publique du partenariat, et de la directrice des soins infirmiers qui combine cette fonction pour les deux établissements, représentant la partie privée de ce partenariat. Ce deux personnes-pivot travailleront main dans la main à chaque étape du projet.

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

UNE COMMUNICATION PROACTIVE EFFECTUEE EN PARTENARIAT

Les communications n'ont pas été laissées au hasard au sein de cette collaboration. Tout d'abord, étant donné le caractère délicat et possiblement controversé d'une entente avec un partenaire privé, un comité de gestion des communications est créé rapidement, dès l'annonce du projet. La mise en place de ce comité était essentielle, selon le PDG de Groupe Santé Arbec, pour faire face aux syndicats et à la population qui, de façon générale ont une

perception plutôt négative quant à l'implication du privé dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce comité composé du PDG, de l'agent de communication de Groupe Santé Arbec en plus de la Directrice de l'équipe des communications de l'Agence est aussi responsable de la planification et de l'élaboration des conférences de presse. Au final, ce comité se rencontre 5-6 fois afin de bien orienter les communications à nature plus stratégique.

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

Ce plan de communication sert entre autres à apaiser les préoccupations des personnes touchées par ce projet, notamment les familles, les syndicats et certains groupes de professionnels du milieu de la santé. Puisqu'au départ, ces groupes éprouvent quelques réticences à ce qu'un partenaire privé ait été nommé responsable des Centres d'hébergement, il était d'autant plus important de bien préparer les communications : « *Il fallait travailler à changer les perceptions à l'effet qu'une organisation privée cherche, au détriment de la qualité des services, à couper dans les coûts et faire un plus grand profit.* », selon le directeur adjoint du programme SAPA. Pour bien anticiper les préoccupations, le CSSS organise un groupe de discussion avec les personnes touchées pour bien comprendre leurs inquiétudes et s'assurer d'y répondre adéquatement à travers le plan de communication.

UNE PERIODE DE TRANSITION A PLANIFIER MINUTIUEUSEMENT

Au départ, l'Agence souhaite que Groupe Santé Arbec intègre les usagers dans les deux CHSLD en l'espace de quatre semaines chacun. En comptant environ 100 usagers par Centre, selon l'équipe clinique de Groupe Santé Arbec cela représentait un risque important

pour la santé et la sécurité des usagers qui peuvent vivre cette période de transition difficilement, compte tenu de leur état de santé précaire.

Prendre le temps nécessaire pour bien effectuer cette transition est essentiel, compte tenu de la tournure tragique d'un transfert de personnes âgées survenu dans la région en 2011 entre l'hôpital Pierre-LeGardeur et le Centre Multivocationnel Claude-David³⁶. Cet événement a marqué profondément la population de Lanaudière. Ainsi, toute l'équipe du partenariat, et particulièrement les gens de Groupe Santé Arbec ont à cœur le succès de la transition. Pour la Directrice des soins infirmiers de Groupe Santé Arbec, il ne faut absolument pas reproduire les mêmes erreurs. Un rapport du coroner découlant de l'événement de 2011 propose de nombreuses recommandations pour éviter qu'une telle situation se reproduise. Ces recommandations sont considérées, et même, dans certains cas, des mesures plus importantes que celles recommandées sont prises. Le PDG négocie ainsi un délai de huit semaines avec l'Agence qui accepte la proposition de Groupe Santé Arbec. Les coûts supplémentaires liés à cet étalement de la prise en charge seront cependant acquittés en grande partie par Groupe Santé Arbec.

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

En parallèle à ces travaux, le coordonnateur du programme SAPA, chargé de projet du côté public, effectue un *benchmarking* des connaissances existantes en matière de transfert de personnes âgées en situation précaire. Il vient ainsi alimenter les discussions du comité de transfert en données probantes pour prendre des décisions éclairées.

³⁶ Aux prises avec un achalandage hors du commun de son Urgence durant la période des fêtes en 2010, l'hôpital Pierre-LeGardeur s'est vu dans l'obligation de transférer 60 personnes âgées dans un Centre multivocationnel. Le transfert s'est effectué en 10 jours dans la précipitation. Dans les trois mois suivants, 18 d'entre elles sont décédées.

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

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

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

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

Au final, le comité de travail tactique prévoit transférer trois usagers par jour sur une période de huit semaines pour chacun des deux Centres. Ces nouveaux résidents proviennent de six centres soit : CHSLD Alexandre-Archambault, Centre

multi-vocationnel Claude-David, Manoir Heather, CHSLD Heather, CHSLD du Nord de Lanaudière et Hôpital Pierre-Le Gardeur. La plupart des usagers transférés sont des résidents du Sud de Lanaudière qui, en contexte de manque de place pour les accueillir sur leur territoire, ont été hébergés temporairement par des centres du Nord de Lanaudière. Certains usagers admis dans les nouveaux CHSLD passent aussi directement de la maison, où ils recevaient du soutien à domicile du CSSS.

DES ELEMENTS FINANCIERS A NEGOCIER

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

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

LA PERIODE DE TRANSITION : UN FRANC SUCCES!

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

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

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

ET APRES?

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

Bien que les contacts avec le CSSS se fait de façon moins régulière et formelle, le coordonnateur du programme SAPA rencontre la DSI et ses assistantes de temps en temps afin de prendre le pouls sur comment les choses se passent dans les CHSLD. Les deux parties profitent de ces occasions pour régler des problèmes lorsqu'ils se présentent. L'interface entre les deux partenaires se fait aussi par le biais du Service d'Accueil Admission (SAA) de l'hôpital du CSSS du Sud de Lanaudière et la chef d'unité du CHSLD, qui discutent ensemble des nouvelles admissions. Avec l'Agence de Lanaudière, les contacts se font davantage via une reddition de comptes annuelle sous forme de rapport. En définitive, et ce, même si les contacts se font de manières moins régulières, tous s'entendent pour dire que l'entretien de bonnes relations est fondamental pour mener avec succès un partenariat public privé dans le domaine de la santé et des services sociaux.

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

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

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

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