

*La nouvelle gestion publique et la transformation du
Réseau québécois de la santé et des services sociaux entre 1987 et 2007*

-

Quels impacts pour les diverses parties prenantes?

par

François Bernard Malo et

Jean-Noel Grenier¹

S'il existe un sujet dans l'histoire récente du Québec qui a su soulever les passions de plusieurs c'est bien celui de la transformation récente du Réseau québécois de la santé et des services sociaux(RQSSS)². Dans ce système réputé pour être très refermé sur lui-même il est difficile d'y conduire de la recherche sans pour autant être membre à part entière d'une profession médicale³. Pour cette raison, bien qu'ayant fait couler énormément d'encre, la question de la transformation du RQSSS n'a jusqu'ici été que très peu traitée du point de vue de la gestion des ressources humaines (GRH) et des relations du travail (RLT). Qui plus est, tout obnubilés par leur champ disciplinaire, rares sont les chercheurs qui ont vu dans ces transformations une critique de l'État-providence et la naissance d'une nouvelle gestion publique (NGP)⁴ remettant fondamentalement en cause les façons de gérer les ressources humaines et les relations patronales-syndicales dans le RQSSS.

¹ Les auteurs sont membres de l'Alliance de Recherche entre l'Université et la Communauté (ARUC)-Université Laval intitulée *Innovations sociales dans le travail et l'emploi* et se spécialisent dans l'étude de la nouvelle gestion publique et de ses impacts sur la gestion des ressources humaines et les relations du travail.

² À titre de figure emblématique de ces passions pensons uniquement aux milliers d'articles de presse ayant été publiés au cours des derniers mois suite au jugement de la Cour Suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli sur la place du privé dans le système québécois de la santé et des services sociaux.

³ Nous nous sommes d'ailleurs très fréquemment vus entendre qu'il est impossible pour une personne non issue d'une filière médicale de comprendre les transformations récentes dans le RQSSS.

⁴ En lieu et place de l'expression 'NGP' certains auteurs emploieront 'NMP' (nouveau management public). Pour les fins de nos propos nous considérerons ces deux expressions comme des synonymes.

En effet, la majorité des études s'étant penchées sur la transformation récente des systèmes nationaux de santé sont issues de chercheurs préoccupés par les sciences politiques et la redistribution de l'influence au sein des établissements hospitaliers (Cueille 2005), l'économie et les coûts totaux des systèmes de santé nationaux (Chapain et Vaillancourt 1999), l'administration de la santé et l'histoire générale des systèmes de santé nationaux (Bergeron et Gagnon 1997) ou encore les modifications 'micro' à l'organisation du travail infirmier en milieu hospitalier par le biais d'études de type 'temps et mouvements' (Viens 2004). Sans renier l'apport important de ces contributions nous nous proposons dans cet article de les compléter en utilisant le champ des relations industrielles et l'approche de la NGP seules capables, selon nous, de souligner avec force les impacts de ces transformations sur les performances organisationnelles considérées sous l'angle des diverses parties prenantes.

Problématique générale

De l'avis de plusieurs auteurs nous assisterions dans le champ des relations industrielles à une transformation majeure de la GRH et des RLT au sein des organisations tant privées que publiques (Betcherman et al. 1995; Guérin et Wils 1996; Kochan, Katz et McKersie 1994). D'un modèle traitant bien souvent le travailleur comme une pièce interchangeable de la machine de production avec laquelle nous ne pourrions entretenir que des négociations de type conflictuel, nous assisterions de plus en plus à l'émergence d'une gestion renouvelée des ressources humaines où en plus d'un caractère résolument stratégique (Fombrun, Tichy et Devanna 1984; Mabey, Salaman et Storey 1998), on concevrait désormais l'employé comme un être humain à part entière parfaitement capable de prendre part aux décisions le concernant et de négocier avec la partie patronale d'une manière raisonnée afin de dégager des bénéfices mutuels pour toutes les parties impliquées (Sériex 1987; Lawler III 1988; Kochan, Katz et McKersie 1994). Si l'idée

d'exploiter plus entièrement le travailleur est loin d'être récente⁵, c'est la façon de l'articuler avec la stratégie de l'organisation dans un tout cohérent et se voulant ancré dans une gestion participative qui l'est davantage.

À l'origine de ces transformations dans les organisations privées plusieurs pointent du doigt la mondialisation qui aurait eu pour effet d'augmenter la concurrence entre les organisations et de là, aurait fait naître une plus grande offre de biens et de services contribuant à faire en sorte que le client est plus exigeant et infidèle que jamais (Thwaites 2006).

Loin d'être à l'abri de ces avancées la GRH et les RLT dans les organisations publiques⁶ tendraient à prendre exactement la même direction mais cette fois, à partir d'un point de départ légèrement différent. Dans les organisations publiques tout partirait d'une remise en cause de l'État-providence jugé de plus en plus incapable de satisfaire les demandes des citoyens pour des services de qualité à des coûts abordables (Osborne et Gaebler 1993). Pour Rouillard, Montpetit, Fortier et Gagnon (2006) la NGP⁷ devrait être distinguée de l'administration publique traditionnelle dans la mesure où la première fait beaucoup de place que la seconde à 'l'intrapreneurship, la créativité, la flexibilité, la prise de risques, la liberté managérielle et le clientélisme, pour accroître l'efficacité et l'efficience organisationnelle et, par-delà, la qualité des services publics.'(Rouillard, Montpetit, Fortier et Gagnon 2006, 49).

Sensiblement du même avis Monks (1998), qui fait apparaître la naissance de la nouvelle gestion publique au milieu des années 1980, avance que la remise en cause du fonctionnement

⁵ Voir par exemple les travaux classiques de l'École des relations humaines au début du XXe siècle.

⁶ Pour les fins de nos propos nous incluons dans l'expression 'organisation publiques' les organisations appartenant aussi bien à la Fonction publique à proprement parler (ministère et organismes publics) que les organisations parapubliques (hôpitaux, écoles etc.) et péripubliques (Hydro-Québec, Loto-Québec etc.).

⁷ Qui serait d'ailleurs loin d'être une théorie intégrée ou un paradigme unifié selon les auteurs.

traditionnel des organisations publiques passerait par huit caractéristiques dont plusieurs traitent plus ou moins directement de la GRH et des RLT et qui viseraient toutes, ultimement, une amélioration des performances organisationnelles :

- 1-séparation des rôles entre le politique (niveau stratégique) et l'administration (niveau opérationnel) (par l'introduction d'une gestion par contrats de service et des accords sur la prestation de services (déclaration de services aux citoyens));
- 2-décentralisation et délégation des responsabilités au plus bas niveau possible (opérateur de 1ère ligne et client) (par la création d'agences autonomes ayant leurs propres objectifs et ressources et la prise en charge du processus de soin par le client lui-même et ses proches);
- 3-réduction de la distance hiérarchique et des règles bureaucratiques (par l'introduction du travail en équipe, l'instauration d'une gestion par projet et le développement d'une organisation apprenante);
- 4-orientation vers le marché (par la facturation interne, le *benchmarking* et la concurrence avec le privé);
- 5-transparence et mesure des coûts (par le développement des tableaux de bord de gestion, les audits de qualité, la création de banques d'indicateurs et leur communication au plus grand nombre possible);
- 6-orientation vers les résultats (par la globalisation de la gestion des budgets);
- 7-orientation vers le client et développement d'une culture de la qualité (passant par la mise en place d'enquêtes de satisfaction de la clientèle, de démarches qualité, de certificat de conformité ou d'agrément etc.);
- 8-orientation vers le citoyen et les communautés (par leur implication dans les prises de décisions importantes et la gestion de l'organisation).

Avant d'examiner dans quelle mesure la transformation du RQSSS au cours des vingt dernières années a bel et bien obéi aux principes de la NGP exposés par les auteurs cités précédemment et qu'elle s'est effectivement accompagnée d'une amélioration des performances organisationnelles du point de vue de toutes les parties prenantes, il convient de dire quelques mots sur les objets et les formes de la participation aux décisions à l'intérieur des organisations et sur le modèle que nous avons retenu pour définir la performance organisationnelle.

La participation aux décisions dans les organisations

Lorsqu'il est question de la participation aux décisions dans les organisations il faut d'abord noter que celle-ci peut prendre forme directement (lorsqu'elle s'adresse aux différents salariés considérés individuellement) ou indirectement (lorsqu'elle s'adresse à des représentants élus ou nommés par les salariés) (N'Gahane et De Rongé 1996). Alors que la gestion participative directe renvoie à une transformation « micro » au sein des postes de travail occupés par le personnel (souvent par le biais d'un enrichissement du travail), la gestion participative représentative renvoie davantage à une transformation « macro » qui amène les représentants des travailleurs à prendre part aux décisions stratégiques concernant l'ensemble de l'organisation. Ainsi donc, alors que la participation directe vient étriiller une part du pouvoir dévolue traditionnellement aux cadres inférieurs qu'on peut alors réduire considérablement, la participation représentative s'attaque au pouvoir détenu par les cadres intermédiaires et supérieurs qui voient pour leur part leur influence totalement diminuée au profit de ces nouvelles parties prenantes. Selon plusieurs auteurs les deux formes de participation seraient nécessaires l'une à l'autre et se supporteraient mutuellement (Lapointe 2006). En ce sens, il serait risqué de ne se concentrer que sur une seule d'entre elles (Bélanger, Lapointe et Lévesque 2004).

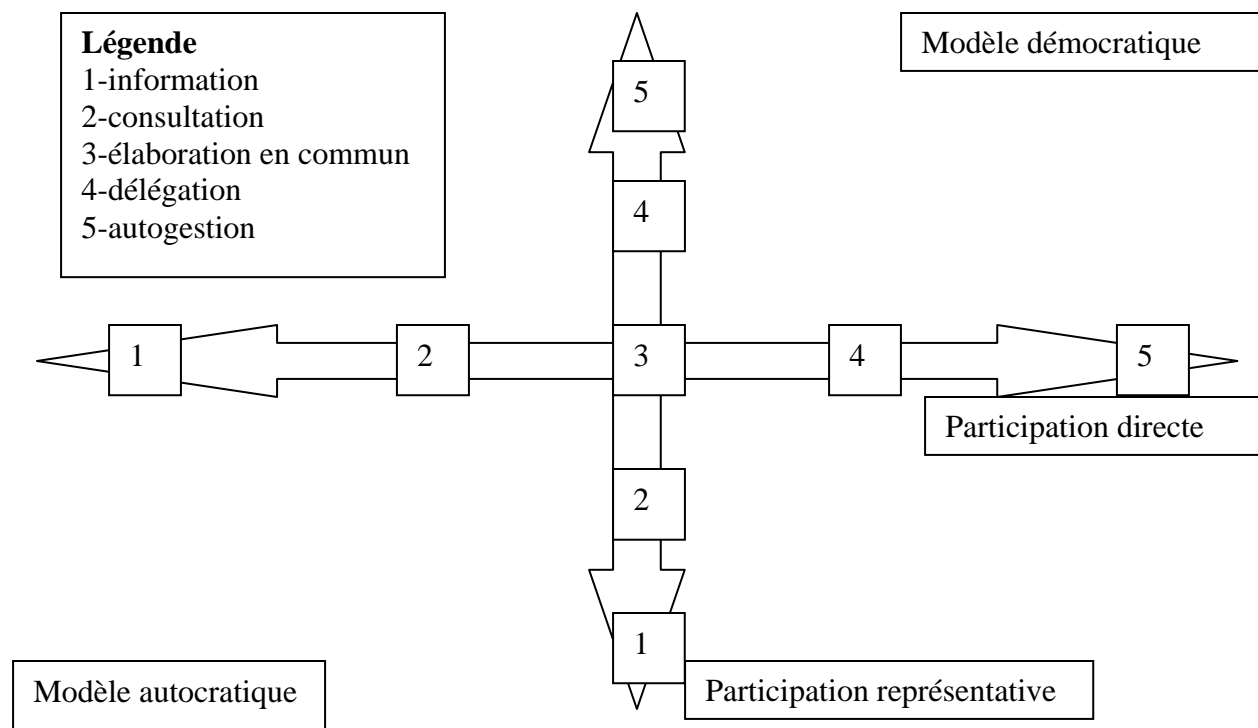
Qui dit participation aux décisions ne dit pas automatiquement autogestion. Afin de clarifier les relations entre ces concepts Côté et Tegas (1981) stipulent que la participation des travailleurs à la prise des décisions peut passer par six stades différents qui réfèrent finalement à six intensités de la gestion participative. Dans les prochaines lignes, les stades présentés le seront par ordre croissant :

- 1-information des employés par la direction;
- 2-consultation des employés par la direction;
- 3-élaboration en commun (employés et direction)
- 4-cogestion (employés et direction)

5-délégation (de la direction aux employés)

6-autogestion (autonomie complète des employés).

Étant personnellement d'avis que les distinctions entre l'élaboration en commun et la cogestion sont plutôt ténues, nous avons choisi de les regrouper pour n'aboutir qu'à cinq degrés de la participation des travailleurs à la prise des décisions. Une fois combinés, directement et indirectement, ces divers degrés de la participation aboutissent à une figure marquée à ses extrémités d'une part, par le modèle participatif et d'autre part par le modèle autocratique.



Alors que le modèle autocratique limiterait la participation des salariés aussi bien directement que représentativement, le modèle démocratique ferait exactement le contraire.

Les performances organisationnelles

La littérature sur les performances organisationnelles fait consensus sur le fait que cette expression renvoie à des définitions très différentes selon les acteurs sociaux et selon les chercheurs qui s'intéressent à la question (Bourguignon 1995 et 1996; Louart 1996) Pour les fins de nos propos nous retiendrons que la performance organisationnelle ne peut être comprise correctement que dans la mesure où les intérêts de toutes les parties prenantes sont considérés sur un même pied d'égalité et que les indicateurs pour s'en approcher sont ancrés dans la réalité des gens qui ont à se prononcer à son sujet (Morin, Savoie et Beaudin 1994; Paauwe 2004). Parmi ces parties prenantes nous retiendrons donc les gestionnaires (chargés de veiller à l'atteinte des objectifs organisationnels découlant des priorités gouvernementales), les employés (chargés d'accomplir le travail planifié par les gestionnaires) et enfin, les clients de l'organisation (constituant ultimement les appréciateurs finaux de la performance de l'organisation). Pour les auteurs régulationnistes comme Boyer et Saillard (1999) et Bélanger et Lévesque (1994) les périodes de stabilité économique sont caractérisés par l'établissement d'un compromis social entre les acteurs sociaux donnant à chacun un niveau de satisfaction minimal correspondant à sa propre définition des performances organisationnelles. Ainsi, si la période de l'après-guerre en fut une de croissance jusqu'au milieu des années 1970 c'est que les diverses parties prenantes (principalement les gestionnaires, les employés et les actionnaires) ont su trouver dans l'établissement du compromis fordiste les éléments propres à la satisfaction de leurs intérêts (efficacité pour les gestionnaires, sécurité et qualité de vie au travail pour les employés et enfin, croissance économique soutenue pour les actionnaires).

Les différents indicateurs que nous avons retenus pour juger des performances du RQSSS selon les parties prenantes retenues sont donc les suivants. Comme le tableau suivant le démontre, certains de ces indicateurs sont quantitatifs (taux moyen d'occupation des lits; durées moyennes de séjour; pourcentage des chirurgies d'un jour sur le nombre total de chirurgies; coûts en

assurance-salaire) alors que d'autres sont plus qualitatifs (charge de travail; satisfaction général au travail; satisfaction générale à l'égard des soins reçus). Alors que les indicateurs quantitatifs ont tous été tirés de documents officiels, les indicateurs qualitatifs ont été documentés par le biais d'entrevues avec des personnes-ressources susceptibles de se prononcer à leur sujet (employés, gestionnaires; patients etc.). De par leur nature les indicateurs nous ont incité à mener une analyse qualitative ancrée dans la réalité du milieu étudié et validée verbalement par les acteurs directement concernés par la problématique.

PARTIES PRENANTES	INDICATEURS
Gestionnaires	Taux moyen d'occupation des lits
	Durées moyennes de séjour
	Pourcentage des chirurgies d'un jour sur le nombre total de chirurgies
Employés	Charge de travail
	Coûts en assurance-salaire
	Satisfaction générale au travail
Clients	Satisfaction générale à l'égard des soins reçus (particulièrement en ce qui a trait à la qualité, à l'accessibilité\continuité et à la gratuité)

Méthodologie

Afin de voir dans quelle mesure la transformation du RQSSS obéissait bel et bien aux principes de la NGP et aboutissait réellement à de meilleures performances organisationnelles du point de vue de toutes les parties prenantes nous avons analysé pour les vingt dernières années (1987-

2007) des milliers de documents de sources primaires et secondaires (comme par exemple des rapports financiers annuels, des rapports sur la satisfaction de la clientèle, des rapports spécifiques publiés par les Régies régionales de la santé et des services sociaux, des brochures et rapports produits par le Ministère québécois de la santé et des services sociaux et des articles de presse pigés parmi une vaste recension des plus grands journaux québécois) (Ellem 1999; Hodder 1994), nous avons conduit plus d'une cinquantaine d'entrevues d'une durée moyenne d'une heure trente avec 131 acteurs différents évoluant dans le RQSSS et au Gouvernement du Québec afin d'approfondir les données statistiques obtenues précédemment (infirmières; médecins; fonctionnaires; gestionnaires d'hôpitaux et d'organisations privées à but lucratif; patients; regroupement de patients; aidants naturels et membres de groupes communautaires sans but lucratif) (Quivy et Campenhoudt 1988; King 1994) et nous avons mené plusieurs séjours d'observation directe non participante afin de nous familiariser avec le milieu (Pirès 1993; Sutcliffe 1999; Waddington 1994).

Les validités interne et externe de même que la fiabilité de nos résultats ont été assurées par le respect des règles méthodologiques suivantes proposées par Laperrière (1997) :

validité interne : -prise en compte de la subjectivité humaine (par la tenue d'un journal de bord consignait nos émotions ultérieurement partagées avec des collègues chercheurs afin de favoriser la distanciation entre l'expérience du chercheur et la réalité observée et la confrontation entre les acteurs et le maximum possible de données objectives préalablement triangulées);

-observation en contexte naturel (par la description en profondeur du contexte dans lequel se situe l'action permise par un long séjour sur le terrain ayant permis de repérer les divers rythmes et l'évolution des phénomènes);

-concordance entre les observations empiriques et leur interprétation (par le biais d'une constante confrontation entre les interprétations du chercheur et l'ensemble des données empiriques débouchant finalement sur un phénomène de saturation à l'intérieur duquel toutes les données y trouvent leur place de même que les divers liens existant entre elles);

validité externe (généralisation) : -description fine du contexte;

fiabilité : -séjour prolongé et analyse documentaire exhaustive permettant que tous les phénomènes se produisant dans la réalité trouvent leur place dans la description que le chercheur en fait.

Présentation des données et analyse

Le fonctionnement du RQSSS fut longtemps résumé par une expression toute simple : l'hospitalocentrisme. Système d'organisation des soins implanté originellement en 1970 et qui avait pour caractéristique de faire en sorte qu'à plusieurs égards le fonctionnement du RQSSS se limitait presque exclusivement aux hôpitaux de soins généraux et spécialisés, l'hospitalocentrisme incite chaque patient à se rendre à l'hôpital pour se préparer à recevoir des soins, les subir et en guérir. Dans l'hospitalocentrisme le patient n'est jamais laissé à lui-même. Il est pris en charge par du personnel travaillant en milieu hospitalier aussi bien avant qu'après l'intervention médicale. Enfin, lorsqu'il est retourné à la maison, c'est qu'il est presque parfaitement guéri (Lemieux, Bergeron, Bégin et Bélanger 1998).

Dans le RQSSS certains autres établissements venaient aussi en aide aux patients. Il s'agissait principalement des CLSC (Centre locaux de services communautaires) surtout chargé de faire de la prévention et de l'éducation en matière de santé et de services sociaux et des cliniques médicales privées (où évoluaient les médecins non rattachés à un centre hospitalier). À l'époque de la domination de l'hospitalocentrisme les organisations communautaires bénévoles, les aidants naturels et les travailleurs autonomes en pratique privée n'étaient pas des acteurs de premier plan dans la dispensation des soins de santé et des services sociaux. Même les CLSC, pourtant des organisations de santé communautaire créées par le gouvernement lui-même, étaient considérés par plusieurs comme véritablement accessoires au bon fonctionnement du RQSSS (Bergeron et Gagnon 1997).

Depuis plus de trois décennies les dépenses totales en santé *per capita* sont en hausse constante dans la majorité des pays industrialisés (Rheault 1997). C'est dans cette perspective pour le moins inquiétante que fut créée en 1985 la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Présidée par Jean Rochon, cette commission avait pour mandat d'alimenter la réflexion de la population du Québec sur les orientations à prendre afin d'améliorer le système alors en proie à de profondes remises en question. Dans son rapport officiel publié au premier trimestre de 1988, la Commission Rochon concluait ses travaux en soulignant que le Réseau québécois de la santé et des services sociaux (RQSSS) était littéralement pris en otage par les multiples acteurs qui y évoluaient et qu'il était impossible d'en améliorer les performances sans recourir à une démocratisation importante de sa gestion (Commission Rochon 1988). Dans la partie IV de leur rapport, intitulée 'Pour une nouvelle dynamique des pouvoirs', les commissaires avaient même écrit un chapitre complet sur la nouvelle dynamique de la GRH et des RLT qu'ils préconisaient dont voici un extrait démontrant clairement à quel point l'implantation d'une gestion participative dans le RQSSS était alors vue comme une nécessité à développer impérativement :

'Depuis quelques années, certains établissements mettent de l'avant des formules de gestion participative. Généralement toutefois, cette nouvelle approche ne s'adresse qu'à la direction (sic), aux cadres supérieurs et à certains professionnels. Ces initiatives doivent être fortement encouragées, mais pour atteindre leurs objectifs, elles nécessitent une participation plus large de toutes les catégories de personnel d'une organisation ou d'un établissement. Actuellement la participation des salariés à la gestion des établissements se limite à une présence symbolique au conseil d'administration (...). Au total, la participation des employés à la gestion des établissements est peu encouragée et peu significative.' (Commission Rochon 1988, 569) (Les soulignés sont de nous).

Au cours de la période s'étendant de 1987 à 1994 les changements qui ont pris place au sein des divers hôpitaux composant le RQSSS se rattachent surtout à la participation représentative des

travailleurs. Modifiant la composition des conseils d'administration des hôpitaux pour faire une plus grande place au personnel soignant et diluer l'importance très grande que les médecins, dentistes et pharmaciens y prenaient, le ministre de la santé et des services sociaux demanda aux représentants des différentes catégories de personnel de s'impliquer davantage dans les décisions à caractère stratégique. Afin d'y parvenir, le gouvernement décida de modifier la composition des comités consultatifs au sein des hôpitaux. Alors que par le passé le conseil d'administration (CA) était entouré du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CDMP) et du CCPC (Conseil consultatif du personnel clinique) sans compter la présence fréquente d'un médecin à titre de directeur-général (DG) de l'hôpital, on encouragea l'accession de divers gestionnaires au poste de DG tout en veillant à démanteler le CCPC pour le remplacer par trois nouveaux organes de représentation : le Conseil des infirmières et infirmiers (CII), le Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) et enfin, le Conseil multidisciplinaire (CM) regroupant toutes les autres catégories de professionnels. N'ayant pas comme mission de participer aux prises de décisions, tâche toujours dévolue au CA, ces divers comités consultatifs n'en ont pas moins la possibilité de l'influencer par le biais de diverses recommandations touchant au premier chef le personnel qu'ils représentent.

L'intention du gouvernement, calquée sur la principale conclusion du Rapport Rochon et confirmée par les opinions émises lors des nombreuses entrevues que nous avons réalisées avec les acteurs, était de diluer l'importance très grande qu'occupait jusqu'à ce moment les médecins, dentistes et pharmaciens sur la gestion de l'établissement hospitalier en comparaison des autres catégories d'employés (et des gestionnaires) et des représentants de la population.

En ce qui a trait à la composition même du CA il était d'ordinaire composé comme suit : un représentant des médecins qualifiés, un représentant des médecins internes et résidents, un

représentant du personnel clinique, un représentant des employés généraux, un représentant des Centres locaux de services communautaires (CLSC) rattachés à l'hôpital, un représentant d'un centre d'accueil situé sur le territoire desservi par l'hôpital, un représentant d'un centre de services sociaux, un représentant de l'université à laquelle est rattaché l'hôpital, trois représentants de la corporation propriétaire des immeubles et enfin quatre ou cinq personnes représentant la population (dont une ou deux élues par le Comité des usagers, une choisie par le conseil régional sur recommandation des organismes bénévoles et deux autres par le ministre après consultation des groupes socio-économiques).

Pour faire une nouvelle fois écho au rapport de la Commission Rochon, les CA furent modifiés afin de donner à la population un maximum possible de huit sièges sans compter un siège exclusivement attribué aux infirmières (en sus du siège toujours accordé à un représentant du personnel clinique). Un peu comme pour les divers comités consultatifs évoqués précédemment, ces modifications à la gestion représentative avaient pour but d'élargir la démocratie au sein des établissements hospitaliers en diluant l'importance très grande occupée jusqu'à ce moment par le corps des médecins, dentistes et pharmaciens (Demers, Dumas et Bégin 1999).

L'automne 1994 fut le théâtre d'importantes élections provinciales au Québec. Alors que le Parti Libéral était au pouvoir depuis quelques années, il allait céder sa place au Parti Québécois comportant parmi ses élus l'ancien président de la Commission Rochon. C'est sans grande surprise que ce dernier fut nommé Ministre de la santé et des services sociaux et qu'on lui donna alors l'occasion de poursuivre la grande réforme qu'il préconisait dans son rapport.

On dit souvent que pour les organisations à vocation économique les pressions en provenance des actionnaires expliquent une large part des nouvelles politiques de compression des ressources

humaines. Alors que les hôpitaux québécois sont plutôt des organisations publiques à vocation non économique, l'importance du rendement souhaité par les actionnaires ne devrait pas occuper une telle importance car après tout, en théorie du moins, le pouvoir de taxation gouvernemental est pratiquement illimité. Dans les faits cependant les choses sont plus compliquées. S'il est exact que les hôpitaux québécois « ne doivent rien » à de quelconques actionnaires, il n'en reste pas moins que le gouvernement, à titre de principal bailleur de fonds, souhaite depuis quelques années comprimer au maximum le budget de fonctionnement des hôpitaux pour mieux contrôler ses propres dépenses en santé et réduire sa dette. En ce sens, après avoir fait adopter une loi interdisant aux organisations publiques de faire des déficits budgétaires il fit passer l'un des établissements que l'on suivit de près d'un budget de fonctionnement total de près de 300 millions de dollars en 1994-1995 à un peu plus de 250 millions de dollars en 1997-1998 alors même qu'on fermait des hôpitaux à la grandeur de la province et que la clientèle était en augmentation! Ce n'est qu'à partir de 1998-1999 que le budget de fonctionnement global commença à augmenter de nouveau pour finalement légèrement dépasser celui de 1994-1995 en 1999-2000, non sans toutefois laisser sur la table des gestionnaires de l'établissement une dette dépassant les 30 millions de dollars pour l'année financière 1999-2000 et conduisant quelque temps plus tard à une mise en tutelle de l'établissement!

Une fois en place, et fortement incité par les membres de son parti à imposer aux acteurs du RQSSS une cure d'amaigrissement jamais vue jusqu'alors, le nouveau Ministre commença par procéder à une importante réingénierie du système québécois de la santé et des services sociaux. En l'espace de seulement quelques mois il ferma un nombre non négligeable d'hôpitaux de soins généraux et spécialisés (de 127 en 1994-1995 on passa à 110 en 1998-1999). Beaucoup des hôpitaux visés par ces fermetures furent reconvertis en Centres hospitaliers pour soins de longue durée (CHSLD), établissements davantage à même d'offrir à une clientèle vieillissante des soins

moins aigus mais somme toute tout aussi importants. Si l'on examine le nombre total d'établissements publics faisant partie du RQSSS en 2007 et que nous le comparons au nombre enregistré à la fin des années 1980 nous parlons alors d'une diminution de 66% du nombre total d'établissements et d'une diminution de près de 30% du nombre de lits pour soins généraux et spécialisés. Dans le domaine des soins de réadaptation pour déficients intellectuels la désinstitutionnalisation a fait chuter le nombre de lits de 87%! C'en était maintenant fait de l'hospitalocentrisme.

Afin d'inciter les établissements hospitaliers à réduire leurs coûts de fonctionnement le gouvernement les incita à se regrouper pour partager des services communs et à faire le plus souvent possible usage de la sous-traitance avec le secteur privé. Ainsi, dans l'un des hôpitaux que nous avons suivi de près tous les services de buanderie furent regroupés au sein d'un seul établissement (des camions étant loués pour ensuite acheminer les vêtements propres aux autres établissements). Dans un autre hôpital comportant aussi plusieurs bâtiments dispersés sur un site de près de 30 kilomètres carré ce furent les services de préparation des repas qui furent centralisés au sein d'un seul établissement. Le personnel en contact avec les malades recevant désormais la consigne de simplement réchauffer les plats servis à leurs patients. Enfin, s'ils ne l'étaient pas déjà, certains pans de l'activité des établissements hospitaliers furent complètement privatisés (service d'entretien ménager; service de sécurité etc.).

Cherchant toujours à comprimer l'augmentation des coûts de fonctionnement du système de la santé et des services sociaux, le gouvernement encouragea le départ volontaire de plusieurs milliers de travailleurs du RQSSS et en profita aussi pour annoncer son intention de développer massivement la chirurgie d'un jour, de raccourcir considérablement les durées de séjour à l'hôpital et d'augmenter les taux moyens d'occupation des lits.

Alors que jusqu'au début des années 1980 le nombre de chirurgies réalisées le même jour que l'admission des patients était pratiquement inexistant, il dépasse légèrement 40% en 2007. En ce qui a trait aux durées moyennes de séjour, elles ont diminué de près de 50% entre le début des années 1980 et aujourd'hui. Enfin, pour ce qui est du taux moyen d'occupation des lits, il a augmenté d'environ 10% entre le début des années 1990 et aujourd'hui pour osciller régulièrement aux environs de 90%. En ce qui a trait aux départs volontaires dans le RQSSS, c'est près de 15 000 personnes (dont près de 1000 cadres et plus de 1000 médecins) qui quittèrent le système à l'été 1997. Dans le cas plus spécifique de l'un des établissements que nous avons suivi de près, sur un nombre estimé de 1158 personnes pouvant se prévaloir des mesures de départ volontaire, ce sont 518 individus qui s'en prévalurent (soit près d'une personne sur deux alors qu'à l'origine on évaluait le pourcentage probable de départs volontaires en deçà de 25% des personnes admissibles!). Si pendant la même période le nombre d'usagers admis à l'hôpital diminua de près de 4% en courte durée et pouponnière et de près de 87% en hébergement et soins de longue durée, il crut de près de 25% en néonatalogie.

Si certains pourraient croire que ces différents résultats s'expliquent par une amélioration notable de l'État de santé de la population et un recours moins grand aux services médicaux, les données recueillies nous confirment qu'il n'en est rien. En effet, entre 1982 et 2004 le nombre d'actes diagnostics, thérapeutiques et chirurgicaux a augmenté de près de 40% au Québec! Mais où sont donc passés tous ces patients s'ils sont de moins en moins nombreux à être admis à l'hôpital et s'ils y restent de moins en moins longtemps?

Pour répondre à cette question il faut souligner que par le biais du virage ambulatoire le Ministre de la santé et des services sociaux demanda aux hôpitaux de soins généraux et spécialisés de

n'admettre que les patients ne pouvant pas être traités au cours de la même journée et de retourner dans leurs familles le plus grand nombre possible de patients dont l'état ne demandait pas un suivi médical rapproché (pour ne finalement conserver dans les hôpitaux que les cas les plus lourds et les plus critiques nécessitant plusieurs jours d'interventions médicales poussées).

Au sein des divers hôpitaux désormais moins nombreux les multiples transformations survenues dans le RQSSS ont vite fait de contribuer à une augmentation importante de la charge de travail du personnel soignant. En effet, comme la vaste majorité du personnel dans le RQSSS est syndiquée et que la structure de négociation est largement centralisée au niveau provincial, le mouvement de fermeture des hôpitaux entraîna un phénomène de supplantation d'une ampleur jamais vue. Au total, pratiquement aucune équipe de soin ne fut épargnée par le départ d'un nombre important de ses membres et l'arrivée de nouvelles personnes ne connaissant que peu, voire très peu, les unités de soin qu'elles rejoignaient. Aussi bien pour ces nouveaux arrivants que pour les plus anciens dans l'équipe de soin, il en résulta une surcharge de travail et un stress très important car il fallait rajouter au travail supplémentaire occasionné par des patients plus nombreux et plus mal en point que jamais le besoin d'apprendre à se connaître et à évoluer dans un nouvel environnement.

De surcroît, ces tensions ont été exacerbées par les coupures très importantes dans le personnel de gestion de chacun des établissements hospitaliers. Pour l'un de ces établissements que nous avons suivi de manière plus rapprochée le nombre de cadres passa de 312 en 1994-1995 à 183 en 1999-2000. Si pendant la même période il y eut aussi une diminution du nombre d'employés subalternes (infirmières, préposés aux bénéficiaires etc), la diminution du nombre de cadre fut beaucoup plus importante toutes proportions gardées. Ainsi, quand on calcule le nombre moyen d'employés par cadre on constate qu'il était de 24.26 en 1994-1995 de 36.29 en 1999-2000 (soit

une augmentation de près de 50%). Si on compare les données de 1999-2000 avec celles de 1990-1991, c'est une augmentation de près de 65% du nombre d'employés par cadre dont il est question! Cette augmentation de la charge de travail des gestionnaires fut clairement soulignée par nombre d'entre eux qui, lors d'entrevues, nous ont unanimement avoué ne plus avoir assez de temps pour soutenir leurs subordonnés dans les nombreuses transformations mises en place depuis les dernières années.

Afin de compléter le portrait de l'intensification du travail pour les cadres, il convient de rajouter la précarisation de l'emploi qui jusqu'à tout récemment était un phénomène largement exclu de la situation des gestionnaires. Alors qu'en 1994-1995 ils n'étaient que 9.94% à ne pas travailler à temps complet de manière régulière, ce pourcentage passa à 14.21% en 1999-2000 (ce qui représente une augmentation d'environ 50%).

En plus d'augmenter considérablement la charge de travail du personnel au sein des établissements hospitaliers le gouvernement obligea aussi donc beaucoup de membres des familles des patients à devenir réellement ce que l'on appelle désormais des aidants naturels. Devant dorénavant assumer une part importante du processus de soin autrefois entièrement dévolu au personnel professionnel évoluant en milieu hospitalier ces derniers furent vite pris au dépourvu. Alors que dans certains cas les familles durent avoir recours à des infirmières privées pour soigner leurs parents retournés prématurément à la maison, dans d'autres cas les membres de la famille ont du se relayer les uns après les autres faute de ressources financières nécessaires pour assurer le suivi du convalescent mal pris en charge par les CLSC aussi pris de court par une si rapide augmentation de la demande pour leurs services.

Officiellement le virage ambulatoire aurait du permettre aux patients retournés à la maison plus tôt que par le passé un suivi de qualité permis par des contacts étroits avec les CLSC mais dans les faits nous avons constaté une véritable explosion de la détresse des patients et de leurs proches aidants. Concrétisant ce désarroi un groupe d'aidants naturels n'en pouvant plus de faire les frais de la réforme du RQSSS créèrent au cours des années 1990 la première association connue des aidants naturels du Québec ayant pour mission de faire connaître leur situation auprès des autorités et de tout faire pour améliorer leur sort. Les lignes suivantes, tirées du *Manifeste des aidants naturels* résumant bien les impacts de la transformation du RQSSS auprès des patients et de leurs familles.

Nous ne sommes pas des préposées aux bénéficiaires, des auxiliaires familiales, des bénévoles et encore moins des infirmières. Pourtant, nous effectuons trop souvent ces tâches (hémodialyse, installation de cathéters et de sondes, injection d'insuline, surveillance de la tension artérielle, changements de pansement, prise de médicaments etc.).

'Nous ne voulons plus être enrôlés de force pour devenir des intervenants à rabais, que l'État délaisse ses responsabilités, que l'on s'appauvrisse pour assumer des responsabilités qui reviennent à l'État et qu'on en paie le prix de notre propre santé physique et mentale.

Oui nous voulons soutenir un parent ou un conjoint en difficulté mais à notre propre rythme, sans y être forcés. (AJOUTER CETTE RÉF INTERNET)

Une fois cette importante réingénierie du RQSSS passée, de nouvelles élections provinciales eurent lieu au Québec et le Parti Québécois réussit à se faire réélire pour un deuxième mandat consécutif. Cette fois, la période de l'assainissement majeur laissée derrière, le Ministère de la santé et des services sociaux changea de main et la nouvelle personne en titre entreprit une autre stratégie de changement s'inscrivant cette fois dans une perspective de démocratisation directe de la gestion hospitalière et d'un suivi plus documenté des performances des établissements hospitaliers. En plus de mettre en place des équipes d'amélioration continue au sein de certaines

unités des divers centres hospitaliers, les gestionnaires furent encouragés à créer un certain nombre de postes d'infirmières bachelières beaucoup plus autonomes que leurs consœurs. Détenant beaucoup plus de pouvoir que les infirmières de chevet traditionnelles ne possédant bien souvent qu'une formation collégiale, les infirmières bachelières peuvent gérer leur propre horaire de travail, leurs périodes de repos et, dans certains cas, un petit budget de fonctionnement. Pour avoir interrogé un certain nombre d'entre elles, il en ressort qu'en ce qui les concerne le travail s'est complètement transformé. Plutôt que de s'être « simplement » intensifié, il s'est réellement enrichi et cela, toujours dans la perspective d'une plus grande participation au processus de prise de décisions. Ceci dit, il convient tout de même de remarquer que parmi la vaste majorité des infirmières présentes dans les hôpitaux composant le RQSSS seul un très petit nombre d'entre elles peuvent être associées à ce nouveau mouvement dans la transformation de la GRH. En effet, les statistiques de l'Ordre des Infirmières du Québec nous apprennent que seulement XX% de leurs membres occupent, en 2007, un poste d'infirmière bachelière.

Pour améliorer la reddition des comptes au sein des établissements hospitaliers le gouvernement en profita aussi pour obliger les hôpitaux à se donner une structure claire et transparente de traitement des plaintes en provenance de la clientèle. Poussant encore plus loin l'audace on alla même jusqu'à publier dans les divers quotidiens québécois un véritable palmarès des hôpitaux de soins généraux et spécialisés. Sous le motif que ce classement démotivait davantage le personnel du RQSSS qu'il n'informait correctement la population, les employés et les gestionnaires obtinrent que le gouvernement mit fin à cette pratique. Par contre, à ce jour encore, persiste un système transparent des plaintes mais aucune information n'est disponible pour l'ensemble du Québec et encore moins pour permettre une comparaison entre les divers établissements.

Au printemps 2003 ce fut au Parti Libéral du Québec de remporter les élections générales et de nommer le prochain Ministre de la santé et des services sociaux. Élu sur la base d'un programme politique promettant de réduire la dette publique par le biais d'une réduction importante de la taille de l'État le nouveau gouvernement fit de la NGP sa principale priorité. Parmi les nouveautés le gouvernement demanda à chaque ministère et organisme rattaché au fonctionnement de l'État de se recentrer sur sa mission première et de l'enchâsser dans une déclaration de service aux citoyens à l'intérieur de laquelle il est idéalement fait mention des indicateurs retenus pour mesurer leur performance respective. Constatant qu'au niveau de chacun des établissements les divers groupes d'amélioration continue ne progressaient pas suffisamment pour générer les économies espérées, le gouvernement décida de revoir encore une fois le nombre d'établissements et au sein de ceux-ci, de réduire à la baisse le nombre des accréditations syndicales.

Malgré une très forte opposition du milieu syndical le gouvernement décida de fusionner les établissements de santé en mêlant pour la première fois de leur histoire centres hospitaliers, centres hospitaliers pour soins de longue durée (CHSLD) et CLSC au sein de ce qu'il convient désormais d'appeler des centres de santé et de services sociaux construits sur la base de 95 réseaux locaux de services placés sous la gouverne de près d'une vingtaine d'agences régionales. L'objectif poursuivi est toujours le même : assurer à la population des services accessibles, continus et de qualité mais officiellement l'objectif de gratuité semble avoir disparu des documents. En effet, associés à cette nouvelle organisation on compte désormais ce que le gouvernement appelle 'des ressources privées', des organismes communautaires, des entreprises de l'économie sociale, des cliniques et des cabinets privés de médecine et divers partenaires du monde de l'éducation et du milieu municipal.

À titre d'illustration, en 2006, c'est 87% des ressources d'hébergement pour personnes âgées qui sont désormais prises en charge par des entreprises privées à but lucratif (généralement non syndiquées) et il y a aujourd'hui deux fois plus de Québécois âgés en centres privés qu'en centres publics! Quant à la qualité des soins offerts aux personnes âgées se trouvant dans ces établissements, un récent rapport public publié par le Protecteur du citoyen fait état d'un état de la situation lamentable. L'un des constats principaux des autorités a trait au manque de respect témoigné par le personnel à l'égard de la clientèle (CITER CETTE RÉF DANS LE SOLEIL).

S'il y a encore une fois eu baisse du nombre d'établissements de santé possédant un permis délivré par le Ministère de la Santé et des services sociaux (le portrait actuel n'en comportant plus que 296), le nombre d'organismes communautaire offrant du soutien dans le même domaine oscille désormais aux environs de 4000! Reflétant ce désengagement de l'État à l'égard des soins de santé et des services sociaux les sommes allouées par le gouvernement aux organismes communautaires ont crû de près de 450% entre 1991-1992 et 2005-2006. Au total, alors que les dépenses publiques dans le RQSSS n'ont augmenté pour la même période que de 4%, c'est d'une augmentation de 12% pour les organisations communautaires dont il est question!

La modification la plus importante, au-delà de ces apparences, fut la fusion forcée des accréditations syndicales au sein des hôpitaux. Alors que jusqu'à ce moment certains hôpitaux pouvaient se retrouver avec quelques soixante conventions collectives différentes (tout dépendant du nombre d'établissement composant l'hôpital et de la découpe spécifique des unités d'accréditation (chaque type d'employés ayant souvent son propre syndicat), le nombre maximal d'accréditations par établissement fut fixé à quatre :

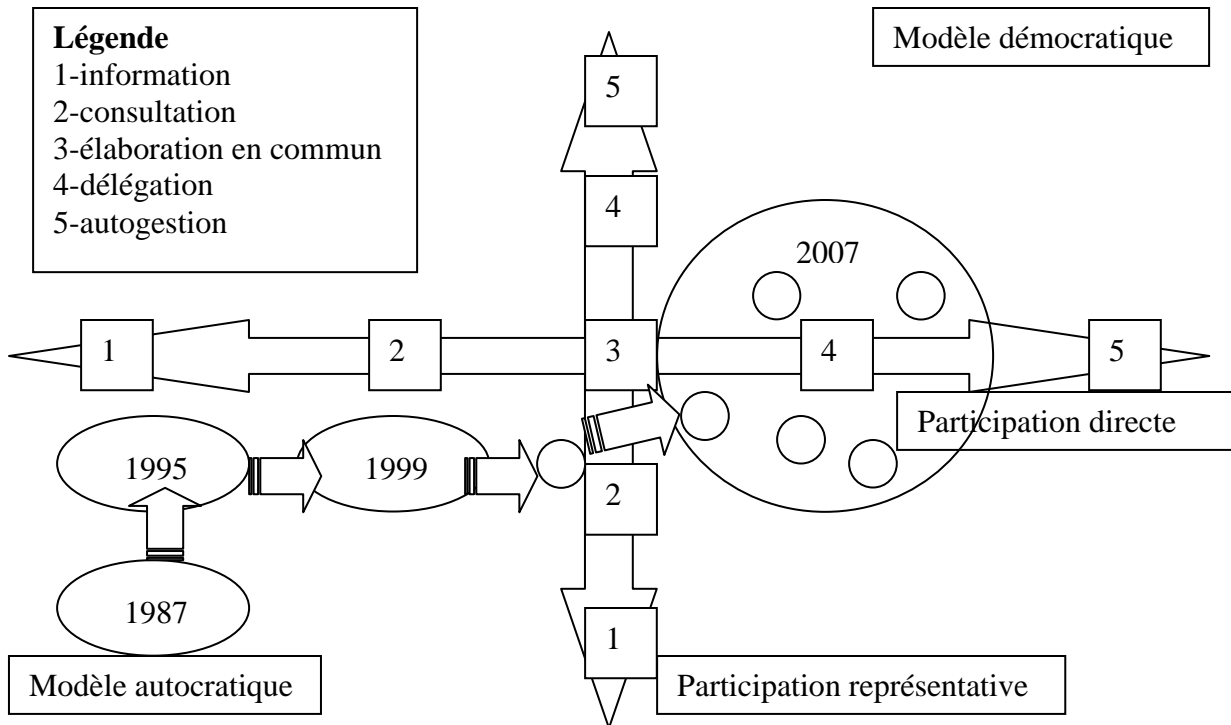
- personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires;
- techniciens et professionnels de la santé;

- personnel para-technique, auxiliaire et de métier;
- employés de bureau, techniciens et professionnels de l'administration.

Au total, d'un nombre de 3671 unités d'accréditations présentes dans le RQSSS en 2003 il n'en reste plus qu'environ 800 en 2007. En complément de ces fusions des accréditations syndicales le gouvernement décida aussi de décentraliser 26 sujets susceptibles d'être négociés à l'échelle locale. Parmi ces sujets retenons justement l'organisation du travail, les règles de déplacement des employés, l'aménagement des horaires de travail et le développement des ressources humaines. Ce qu'il convient de remarquer c'est que désormais toutes les conditions ayant un fort impact monétaire continuent d'être négociées à l'échelle nationale (conditions salariales, budgets de formation, régime de retraite, taux horaire pour le temps supplémentaire, nombre de congés payés etc.) mais beaucoup des autres sujets de négociation sont désormais remis entre les mains des gestionnaires locaux et des représentants syndicaux locaux. L'une des particularités de la négociation locale instaurée par ces nouvelles pièces législatives est qu'en cas de mésentente les syndiqués n'ont pas le droit de faire la grève. Toute mésentente devant ultimement se résoudre par un médiateur-arbitre ayant comme consigne générale de s'assurer que l'accord convenu entre les parties n'occasionne en aucun cas une augmentation des coûts.

Il est actuellement trop tôt pour se pencher sur l'impact réel de ces transformations récentes du régime de négociation dans le RQSSS sur l'organisation du travail mais les premiers échos que nous en avons font état d'une avancée difficile explicable en bonne partie par la manière grâce à laquelle le gouvernement a transformé les façons de faire les choses. De plus amples recherches devront sans aucun doute être conduites au cours des prochaines années pour voir de manière plus précise quelles ont été les retombées de ces modifications législatives sur les relations du travail dans le RQSSS.

Si nous voulons représenter schématiquement les transformations survenues dans le RQSSS entre 1987 et 2007 nous pourrions le faire de la façon suivante :



En résumé, les changements intervenus dans le RQSSS au cours des vingt dernières années témoignent d'un souci d'augmenter la participation directe et représentative du personnel à la prise des décisions. Bien que cette évolution ne soit pas la même selon les différentes catégories de personnel rencontrées, un mouvement d'ensemble vers une plus grande démocratisation est bel et bien perceptible. Placées dans le cadre d'analyse de la NGP, les transformations présentées précédemment nous permettent-elles d'affirmer qu'il y a derrière une réelle logique de 'nouvelle gestion publique'? Les données présentées précédemment nous permettent de répondre par l'affirmative car s'il y a bel et bien une nette séparation des rôles entre le politique (niveau stratégique) et l'administration (niveau opérationnel); il y eut aussi une très grande décentralisation et délégation des responsabilités au plus bas niveau possible; une réduction de la

distance hiérarchique et des règles bureaucratiques; une orientation vers le marché; une plus grande transparence et mesure des coûts; le développement d'une orientation vers les résultats; d'une orientation vers le client et le développement d'une culture de la qualité appuyée par une plus grande participation des citoyens et de la communauté élargie à l'administration des établissements hospitaliers.

Au-delà des prétentions de ceux qui nous ont fréquemment dit qu'il était impossible à une personne non issus d'une filière médicale de comprendre les transformations récentes dans le RQSSS nos données font la preuve du contraire et nous permettent même de préciser que ces transformations s'inscrivent parfaitement dans le cadre d'une NGP.

Les résultats des transformations dans le RQSSS

Précédemment nous évoquions qu'en théorie, du moins, l'introduction des principes de la NGP devrait avoir pour impact une amélioration des performances organisationnelles et cela, du point de vue de toutes les parties prenantes (gestionnaires, employés et clients). Qu'en est-il au sein du RQSSS?

De nos jours, dans les établissements hospitaliers du RQSSS, les patients sont plus rarement admis que par le passé. On fait tout ce que l'on peut pour les rencontrer sans devoir les garder à l'hôpital plus que quelques heures. Ceux qui sont hébergés suite à une intervention importante sont en général opérés plus rapidement que par le passé et restent moins longtemps à l'hôpital. L'essentiel de la convalescence étant désormais vécue à l'extérieur des murs de l'établissement, il en ressort que pour le personnel soignant le travail est beaucoup plus épuisant que par le passé. En effet, les patients demandent beaucoup plus de suivi et comme leur taux de roulement sur les lits s'est considérablement accru, il en résulte un besoin constant de s'ajuster à de nouveaux cas

tout aussi « critiques » les uns que les autres. Ceci dit, les soins ne sont pas en soi plus complexes que par le passé. C'est seulement que la moyenne de gravité des cas est beaucoup plus importante ce qui engendre une complexité plus grande dans l'organisation du travail. Le personnel soignant ne peut plus bénéficier des marges de manœuvre qu'il lui restait lorsque la moyenne de gravité des cas était moins importante et que le taux d'occupation des lits était plus bas. Lorsque nous ajoutons à ce phénomène la destruction d'une grande partie des équipes de travail par le biais des programmes de départs volontaires et le faible soutien offert par les supérieurs immédiats comme nous l'évoquions précédemment, nous constatons que pour les infirmières en particulier il y a eu une considérable augmentation de la charge de travail et de là, un stress des plus nocifs ayant pour conséquence de diminuer très largement leur niveau général de satisfaction au travail⁸. Ce phénomène est d'ailleurs tellement grave que pour l'ensemble du RQSSS les coûts en assurance-salaire pour remplacer le personnel en congé de maladie ont littéralement explosé depuis le milieu des années 1990.

Entre 1994-1995 et 1999-2000, le taux d'absentéisme pour l'ensemble du personnel de l'un des établissements que nous avons suivi de manière plus rapproché a cru d'un peu plus de 32% alors que les coûts en assurance-salaire ont augmenté de près de 39%! Heureusement, diront certains, les gestionnaires ont rapidement pris conscience que leurs employés avaient un besoin urgent d'aide psychologique et dès 1997 ils mirent sur pied un programme d'aide aux employés. Par rapport à sa première année d'existence, le nombre de recours au PAE crut de près de 60% en l'espace de seulement trois ans.

⁸ Certains chercheurs ont d'ailleurs parlé pour ces mêmes employés d'une véritable détresse psychologique (voir par exemple Bourbonnais et al. (1998)).

Maintenant, comment ces transformations se sont-elles répercutées sur les préoccupations de la clientèle? Comme ces informations ne sont pas disponibles de manière chiffrée pour l'ensemble de la province nous avons dû nous résoudre à illustrer nos propos par les données en provenance de l'un des établissements que nous avons suivi de manière plus rapprochée.... données que nous avons par la suite généralisées grâce à des entrevues avec d'autres patients et représentants d'associations de patients. Par rapport à 1994-1995 nous constatons en 1999-2000 une augmentation d'un peu plus de 25% du nombre de plaintes en provenance de la clientèle. En 2006-2007, c'est d'une augmentation de X% par rapport à 1994-1995 dont il est question⁹. Quand nous ventilons ces plaintes en fonction des trois principes directeurs du RQSSS (accessibilité, gratuité et qualité des soins et services sociaux), nous constatons que pour la qualité des soins et services les plaintes ont cru de près de 70%, que pour l'accessibilité les plaintes ont cru de près de 60% et que finalement, pour la gratuité, les plaintes ont cru de près de 150% au cours de la même période!

Si ces informations au sujet de l'appréciation de la clientèle pourraient ne pas être très encourageantes pour les gestionnaires du CHUQ, ils peuvent toutefois se reconforter par l'évolution de deux séries d'indicateurs particulièrement importantes pour le Gouvernement du Québec : les données ayant trait au pourcentage des chirurgies réalisées le même jour, le taux moyen d'occupation des lits et la durée moyenne des séjours. En ce qui concerne tout d'abord le pourcentage moyen des chirurgies réalisées le même jour que l'admission des patients, il a cru considérablement depuis 1994-1995 tandis que le pourcentage moyen d'occupation des lits oscille désormais autour de 95.73% en soins de courte durée, 97.11% en hébergement et soins de longue durée et 86.82% en néonatalogie. Finalement, en ce qui a trait à la durée moyenne des

⁹ N'oublions pas qu'il n'y avait aucun système officiel de suivi des plaintes dans les établissements hospitaliers avant 1994-1995.

séjours en courte durée et pouponnière, elle a diminué en 1999-2000 de près de 12% par rapport à 1994-1995 et de X% en 2006-2007 alors qu'en hébergement et soins de longue durée elle a diminué de plus de 63% et de X% par rapport à 2006-2007. Le seul secteur où la durée moyenne des séjours a augmenté est en néonatalogie où elle était en 1999-2000 supérieure de 21% à ce qu'elle était en 1994-1995. De l'avis du personnel rencontré au sein de ces unités de soins ceci s'explique surtout par le fait que depuis quelques années on réussit de mieux en mieux à sauver « les grands prématurés ».

Pour revenir à notre hypothèse du départ, l'introduction des principes de la NGP dans le RQSSS a-t-elle bel et bien contribué à améliorer les performances organisationnelles? Ce que nos résultats de recherche mettent en évidence, c'est que si les transformations dans le RQSSS ont permis au gouvernement québécois d'améliorer les performances hospitalières d'un strict point de vue gestionnaire, cela s'est fait au détriment de la main-d'œuvre et de la clientèle. De toute évidence la réponse diffère selon le point de vue des diverses parties prenantes et les promesses de la NGP ne se sont pas concrétisées pour tout le monde.

Pour faire un parallèle avec la contribution des auteurs régulationnistes français et québécois, c'est comme si les transformations récentes dans le RQSSS avaient remis fondamentalement en cause l'ancien compromis fordiste au profit d'un nouveau modèle impliquant cette fois-ci un acteur par le passé « négligé »... la famille du patient supporté dans ses nouvelles responsabilités par toute une myriade de nouveaux mouvements sociaux, d'entreprise de l'économie sociale, d'entreprises privées à but lucratif et de travailleurs autonomes cumulant parfois le statut d'employé dans un centre hospitalier et un emploi à leur compte pour offrir à leurs patients un suivi à la maison personnalisé.

En comptant davantage sur le patient, ses aidants naturels et toute cette myriade de nouveaux acteurs sociaux désormais impliqués de près dans le processus de soin, le gouvernement mit au jour une ‘nouvelle recette’ pour diminuer les coûts de fonctionnement du RQSSS et refiler une partie de la facture aux citoyens les plus vulnérables. Obligeant plusieurs de ceux-ci à devenir des acteurs incontournables d’un nouveau compromis social, on a aussi élargi la notion d’acteurs traditionnels en relations industrielles. Désormais, le processus de production des soins dans le RQSSS ne peut plus se limiter à l’analyse des parties au cœur de la relation salariale. En effet, de nos jours, plusieurs autres acteurs non salariés participent activement aux processus de soins et de services sociaux.

Comme la réalité est toujours faite de nuance il importe de rappeler qu’il semble exister une catégorie de personnel dans le RQSSS qui semble toutefois s’être bien accommodé de ces transformations... les infirmières bachelières. Contrairement à la majorité de leurs collègues de travail possédant une formation collégiale, les infirmières bachelières possèdent dorénavant beaucoup plus d’autonomie que par le passé et les entrevues menées auprès d’elles confirment qu’elles y ont trouvé leur compte. Elles font désormais plus d’éducation aux patients et elles ont la chance de les suivre d’une manière plus rapprochée, dans un contexte personnalisé où les médecins ne sont pas autant présents qu’en centres hospitaliers.

Limites

La limite la plus évidente à nos travaux de recherche a trait au caractère parfois difficilement comparable de certaines nos données et de leur évolution. Étant donné la très longue période analysée et les nombreux bouleversements survenus dans le RQSSS les données furent excessivement difficiles à obtenir. De plus, nombreuses sont les informations qui n’étaient pas disponibles pour toutes les années souhaitées. C’est pour ces raisons que nous avons parfois du

nous en remettre à illustrer nos propos par des résultats propres à l'un ou l'autre des établissements hospitaliers composant le RQSSS et pour lesquels davantage d'information était disponible. En ce sens, il est clair que certains des passages de notre contribution pourraient ne pas être aussi généralisables que nous l'aurions souhaité.

Une deuxième limite à nos travaux concerne la période analysée. Comme nous l'avons dit précédemment, nos travaux de recherche ont eu lieu entre novembre 1998 et mai 2007 et visaient à colliger toutes les informations pertinentes des vingt dernières années. Malheureusement pour nous, ce n'est que depuis très peu de temps que les hôpitaux québécois sont tenus de rendre des comptes détaillés à la population au sujet de leurs performances. C'est pour cette raison que nous ne possédons pour certaines dimensions de la performance que des données relativement « embryonnaires ». Il en découle naturellement qu'il convient de considérer nos résultats avec prudence.

Enfin, la troisième limite qu'il nous est apparu importante de souligner a trait à la diversité et à la richesse des informations que nous avons recueillies pour mesurer l'évolution des performances organisationnelles au sein du RQSSS. Bien qu'il aurait été très intéressant de pouvoir faire reposer notre analyse sur des modèles théoriques éprouvés pour mesurer les performances organisationnelles d'un établissement hospitalier (comme celui proposé par Morin, Savoie et Beaudin 1994), force fut d'admettre que les gestionnaires ne travaillent pas pour le compte du chercheur et qu'en bout de piste, ils sont les seuls à décider de la pertinence des informations à recueillir et de celles qu'ils souhaitent divulguer. Si pour le chercheur l'évolution du taux de grief peut souvent apparaître comme une donnée très intéressante afin de mesurer l'évolution du climat des relations du travail au sein des établissements hospitaliers et d'indicateur pour

approcher la satisfaction générale au travail, ces informations ne sont pas toujours disponibles et lorsqu'elles le sont, elles sont rarement mises à notre disposition.

À ce sujet nous croyons que tant et aussi longtemps que le gouvernement québécois n'obligera pas les organisations de grande taille à diffuser leur bilan social sur une base régulière et qu'il laissera aux gestionnaires toute la latitude voulue par ces derniers, les chercheurs et plus largement les simples citoyens pourront être tenus dans l'ignorance et à la remorque du bon vouloir des personnes en autorité.

Enfin, une dernière limite méritait d'être présentée. Notre contribution a tenté de mettre en relief que les changements survenus au cours des vingt dernières années s'insèrent dans la dynamique d'une NGP à la recherche de meilleures performances organisationnelles. Étant donné l'espace limité mis à notre disposition nous n'avons pu que survoler les changements présentés et non en offrir une compréhension fine illustrée par la bouche même des acteurs sociaux directement concernés. En ce sens, nos données n'ont pu être présentées d'une manière très riche qui aurait été susceptible de mettre au jour un processus tout fait de nuances et de contradictions.

Implications

En dépit des limites que nous venons de souligner il n'en demeure pas moins que nos travaux ont plusieurs implications aussi bien pour la théorie que la recherche et la pratique en GRH et en RLT, particulièrement au sein du RQSSS. En ce qui a trait à la théorie, nos résultats de recherche appuient les positions d'un nombre croissant d'auteurs qui reconnaissent que le concept de performance est polysémique et renvoie nécessairement à des dimensions multiples qu'il convient d'appréhender grâce à une vision élargie faisant la plus grande place possible aux diverses parties prenantes intéressées par la mesure du fonctionnement d'une organisation.

Pour notre part, nous ajouterions que les multiples dimensions de la performance organisationnelle peuvent fréquemment entrer en contradiction les unes avec les autres, notamment lorsqu'elles se rattachent à des acteurs ayant des intérêts divergents et lorsque vient le temps de les situer dans des horizons temporels distincts. Dans le cas de nos travaux il est clair qu'une bonne performance à court terme du point de vue des gestionnaires n'a pu être possible qu'au prix d'une détérioration à moyen et long termes de la performance du point de vue d'une majorité des travailleurs et des patients du RQSSS. Ceci dit, comme mentionné précédemment, il y a toutefois une certaine partie du personnel à qui ces transformations ont rapporté dans la mesure où ils ont véritablement vécu une certaine démocratisation des lieux de la production. Il n'en demeure pas moins que les promesses faites par les tenants de la NGP n'ont pas été au rendez-vous dans le RQSSS.

En ce qui a trait à la théorie de la régulation postulant qu'à chaque grande période historique correspond un compromis particulier visant à assurer la stabilité du système social et une croissance économique partagée, il semble que les transformations mises en place dans le RQSSS renvoient directement à une modification en profondeur du compromis traditionnel. Particulièrement en ce qui a trait à la dégradation des performances organisationnelles, c'est comme s'il s'agissait des signes particuliers démontrant qu'un nouveau compromis est en cours d'implantation mais qu'il ne s'est pas encore cristallisé car tous n'y ont pas encore trouvé leur compte. Si nous acceptons cette interprétation des changements constatés au sein du RQSSS au cours des vingt dernières années il semble plausible de penser que l'intensification du travail pour le personnel soignant ne serait, vraisemblablement, qu'un phénomène passager lié à la disparition d'un compromis dépassé et aux premiers balbutiements d'un tout nouveau.

Enfin, d'un point de vue théorique, il semble pertinent d'élargir la définition traditionnelle des acteurs au sein du système de relations industrielles. Si par le passé il fut implicitement admis que seulement trois acteurs composaient le système des relations industrielles (employés (parfois représentés par un syndicat); gestionnaires (représentant les intérêts du public (dans le public) et des actionnaires (dans le privé) et État (garant de l'intérêt général), la transformation récente du RQSSS a fait naître de nouveaux acteurs dans le processus de production des soins et des services sociaux et nous a permis de saisir toute l'importance de la particularité de l'État-employeur dans l'étude des changements et de la négociation collective dans les secteurs public et parapublic. Bien entendu cet élargissement des acteurs à la base du système des relations industrielles n'est possible que dès que l'on cesse de considérer que tout processus de production d'un bien ou d'un service se limite exclusivement à la concrétisation du rapport salarial entre un salarié et l'organisation qui l'embauche.

Pour ce qui est des implications de nos résultats pour la recherche, particulièrement en GRH et en RLT, il semble qu'il faille faire une plus grande place aux études longitudinales capables d'illustrer dans le temps l'évolution de différents indicateurs de performances et cela, afin d'être mieux en mesure de suivre le cours des événements aux conséquences toujours différentes en fonction des diverses parties prenantes. Dans le cas du RQSSS il aurait été impossible de comprendre pleinement la situation actuelle sans remonter à la fin des années '80 où la Commission Rochon recommanda de modifier en profondeur l'organisation du travail et la philosophie de gestion au sein du RQSSS pour en améliorer les performances.

Enfin, du point de vue des implications de nos résultats de recherche pour la pratique, il semble qu'il faille y penser à deux fois avant de se lancer dans une démarche de transformation organisationnelle pouvant déboucher sur une intensification du travail pour une majorité du

personnel soignant, des clients et de leurs aidants naturels. Bien que les incantations pour une réelle gestion participative et l'introduction de la NGP puissent paraître séduisantes au premier coup d'œil, si les transformations réelles servent de prétexte à une augmentation de la charge de travail d'un peu tout le monde et qu'elles débouchent sur des coûts indirects (ou coûts cachés pour reprendre l'expression de Savall (1989)) qui dépassent largement les bénéfices retirés à court terme du point de vue des patients et du personnel en place, il y a fort à parier que ce type d'initiative finira par être considéré d'une manière désinvolte.

Dans un autre ordre d'idées, nos résultats de recherche soulignent l'urgence du besoin que le gouvernement québécois oblige les hôpitaux évoluant sur son territoire à se doter d'indicateurs de gestion beaucoup plus fidèles à la complexité des performances organisationnelles. L'usage quasi exclusif des bilans financiers annuels remplis de données comptables ne peut pas pleinement nous aider à comprendre les performances d'un établissement hospitalier et à le comparer avec ses semblables. Cela est d'ailleurs perceptible au niveau même du Ministère de la Santé et des services sociaux qui s'est avéré incapable de nous donner un portrait global des impacts des transformations dans le RQSSS du point de vue des patients et des employés.

En même temps que l'idée de mettre au point de nouveaux instruments de mesure de la performance organisationnelle hospitalière fait son chemin, nous pensons qu'il pourrait être très intéressant d'obliger les gestionnaires de ces mêmes organisations à rendre publiques leurs performances globales et à les ventiler selon les différentes catégories de personnel qui y oeuvrent et les différents portraits des clients qu'ils desservent. Rendus ainsi redevables devant la population, les gestionnaires d'hôpitaux ne pourraient que mieux travailler à améliorer leur rendement et cela, dans toutes les dimensions associées à la question.

Enfin, quelques mots au sujet de ce nouvel acteur dans le compromis social en émergence dans le RQSSS : la famille et les proches du convalescent. Nous croyons qu'il faudra tôt ou tard se demander ce que la famille du patient retire réellement de sa plus grande participation au processus de soin car « au final » c'est bien de la rétribution d'un travail supplémentaire et passablement exigeant dont il est question. Sans pour autant nous lancer dans un exercice de *futurologie*, nous pouvons déjà émettre l'hypothèse que dans un proche avenir les familles des malades québécois n'hésiteront pas à réclamer de leur employeur et du gouvernement un accroissement considérable des congés payés pour prendre en charge la guérison de leur proche. À notre avis les employeurs, supportés en ce sens par les responsabilités que le gouvernement se sentira obligé d'assumer, n'auront d'autre choix que d'acquiescer à ces demandes.

Conclusion

Nos résultats de recherche ont démontré qu'au cours des vingt dernières années le RQSSS a été le siège d'une importante restructuration s'inspirant directement des principes de la NGP. Cette période fut largement marquée par une intensification du travail camouflée sous le couvert d'une gestion participative et cela, aussi bien pour la majorité du personnel soignant n'ayant pas vu son travail réellement démocratisé que pour les gestionnaires, les familles et les aidants naturels des nombreux patients retournés prématurément à la maison. S'étant traduite à moyen terme par une détérioration des indicateurs intéressant au premier chef le personnel et la clientèle, il semblerait que ces transformations ait donc eu un impact négatif sur les performances organisationnelles considérées globalement. Ceci dit, une exception semble confirmer la règle : celle ayant trait aux infirmières bachelières. Pour ces dernières, bien qu'on reconnaisse aussi que la charge de travail se soit alourdie, rares sont celles qui s'en sont plaint ouvertement.

Bibliographie

- Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P. et Kalleberg, A.L., 2000, *Manufacturing Advantage : Why high performance work systems pay off*, ILR Press, Ithaca, 259p.
- Bailey, T., 1993, 'Organizational Innovation in the Apparel Industry', *Industrial Relations*, no.32, pp.30-48.
- Bélanger, L., Benabou, C., Bergeron, J.-L., Foucher, R. et Petit, A., 1988, *Gestion stratégique des ressources humaines*, Ed. Gaétan Morin, Boucherville, 662 p.
- Bélanger, P.A. et Lévesque, B., 1994, *La modernisation sociale des entreprises*, PUM, Montréal.
- Bélanger, P. R., Lapointe, P.-A., Lévesque, B. (2004). Les innovations organisationnelles et les blocages institutionnels dans les entreprises. In G. Murray, Bélanger, J., Giles, A., Lapointe, P.-A. (Ed.), *L'organisation de la production et du travail: Vers un nouveau modèle?* (pp. 155-190). Québec: PUL.
- Bergeron, P., Gagnon, F. (1997). La prise en charge étatique de la santé au québec. In V. Lemieux, Bergeron, P., Bégin, C. Bélanger, G. (Ed.), *Le système de santé au Québec-organisations, acteurs et enjeux* (pp. 9-32). Québec: PUL.
- Betcherman, G., McMullen, K., Leckie, N. et Caron, C., 1994, *Les transformations du milieu du travail au Canada*, IRC Press, Kingston.
- Bourbonnais, R. et al., 1998, *La transformation du réseau de la santé : Mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Direction générale de la santé publique de Québec, Québec.
- Bourguignon, A., 1995, « Peut-on définir la performance? », *RFC*, juillet-août, pp. 61-66.
- Bourguignon, A., 1996, « Définir la performance : une simple question de vocabulaire? » in Fericelli, A.-M. et Sire, B.(dir), *Performances et ressources humaines*, Économica, Paris, pp. 18-31.
- Boyer, R., et Saillard, Y., 1995, *La théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris.
- Chapain, C., Vaillancourt, F. (1999). Le financement des services de santé au québec. In C. Bégin, Bergeron, P., Forest, P.-G., Lemieux, V. (Ed.), *Le système de santé québécois-un modèle en transition* (pp. 101-122). Montréal: PUM.
- Commission Rochon, 1988, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les Publications du Québec, Québec.
- Cueille, S. (2005). Réseaux et restructuration hospitalière. In D. Constandriopoulos, Constandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Valette, A. (Ed.), *L'hôpital en restructuration-regards croisés sur la France et le Québec* (pp. 211-236). Montréal: PUM.
- Demers, L., Dumas, A. et Bégin, C., 1999, 'La gestion des établissements de santé au Québec' in Bégin, C., Bergeron, P., Forest, P.-G. et Lemieux, V., *Le système de santé québécois : Un modèle en transformation*, PUM, Montréal, pp. 195-228.
- Ellem, B., 1999, 'Analysing Documents' in Kelly, D. (dir.), *Researching Industrial Relations* (2e édition), The Federation Press, Sydney, pp.73-79.
- Fombrun, C.N., Tichy, N., et Devanna, M.-A., 1984, *Strategic Human Resource Management*, John Wiley, New York.
- Forest, P.G., Bryson, S.A. et Lorion, J., 1997, « La participation des citoyens à l'administration des services de santé » in Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et Bélanger, G. (dir.), *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, PUL, Québec, pp. 143-163.

Guérin, G. et Wils, T., 1996, « Gestion des ressources humaines : le nouveau paradigme, ses limites et ses exigences » in Murray, G., Morin, M.-L. et Da Costa, I., *L'État des relations professionnelles*, PUL, Québec, 612 p.

Gouvernement du Québec, 2000a, *En bref : Le système de santé et de services sociaux au Québec*, Québec.

Hodder, I., 1994, 'The Interpretation of Documents and Material Culture' in Denzin, N.K. et Lincoln, Y.S. (dir.), *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, Londres, pp.393-402.

Huselid, M.A., 1995, « The Impact of Human Resource Management Practices on Turnover, Productivity, and Corporate Financial Performance », *Academy of Management Journal*, no.38, pp. 635-672.

Ichinowski, C, Shaw, K. et Prensushi, G., 1994, 'The impact of Human Resource Management Practices on Productivity', *Columbia Business School Working Papers*, no.15, Columbia University Press, New York.

Igalens, J. et Roussel, P., 1998, *Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines*, Éd. Economica, Paris.

King, N., 1994, 'The Qualitative Research Interview' in CASSEL, C. et SIMON, G. (dir.), *Qualitative Methods in Organizational Research*, Sage Publications, Londres, pp.14-36.

Kochan, T. A., Katz, H. C., et McKersie, R. B. (1994). *The Transformation of American Industrial Relations*. Ithaca, N.Y.: ILR Press.

Laperrière, A., 1997, 'Les critères de scientificité des méthodes qualitatives' in Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pirès, A.P. (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Éd. Gaetan Morin' Boucherville, pp.365-391.

Lapointe, P.-A. (2006). Tensions et paradoxes reliés à la pérennité de la participation et du partenariat. In P.-A. Lapointe, Bellemare, G. (Ed.), *Innovations sociales dans le travail et l'emploi-recherches empiriques et perspectives théoriques* (pp. 131-162). Québec: PUL.

Lawler III, E., 1988, *High Involvement Management*, Jossey-Bass, San Francisco.

LeLouarn J.-Y., et Gosselin, A., 2000, « GRH et profits : y a-t-il un lien », *Effectif* (référence incomplète).

Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. Bélanger, G. (1998). *Le système de santé au Québec-organisations, acteurs et enjeux*. PUL, Québec.

Louart, P., 1996, « Enjeux et mesures d'une GRH performante », in Fericelli, A.-M. et Sire, B., (dir.), *Performance et Ressources Humaines*, Economica, Paris, pp. 1-15.

Mabey, C., Salaman, G. et Storey, J., 1998, *Strategic Human Resource Management A Reader*, The Open University and Sage Publications, Londres.

Malo, F.B., 2001, *Participation des travailleurs et performances organisationnelles : Le cas du CHUQ*, thèse de doctorat, Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi, Université des Sciences sociales de Toulouse, Toulouse.

Morin, E.M., Savoie, A. et Beaudin, G., 1994, *L'efficacité de l'organisation : Théories, représentations et mesures*, Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.

Monks, 1998 (CITER SON OUVRAGE DS IPMT DE JDVÉZINA)

N'Gahane, P. et De Ronge (dir.), 1996, avec la collaboration de Y., Cerrada, K., Henaux, C., Léonard, É., Maréchal, D., Taquet, F. et Thomas, M., *Dictionnaire de gestion*, Armand Collin, Paris.

Osborne, D., Gaebler, T. (1993). *Reinventing government-How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. New York: Penguin\Plume.

Paauwe, J. (2004). *Hrm and Performance: Achieving Long Term Viability*. Oxford: Oxford University Press.

Pirès, A.P., 1993, 'La recherche qualitative et le problème de la scientificité' in Conseil québécois de la recherche sociale, *Les méthodes qualitatives en recherche sociale : Problématiques et enjeux*, Actes du Colloque du Conseil québécois de la recherche sociale à l'occasion du 61^e Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, pp.33-44.

Quivy, R. et Campenhoudt, L.V., 1988, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Éd. Dunod, Paris.

Rheault, S., 1997, 'L'Évolution des dépenses québécoises en services de santé' in Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et Bélanger, G., *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, PUL, Sainte-Foy, pp.301-325.

Paauwe, J. (2004). A multidimensional perspective on performance. In *Hrm and performance-achieving long term viability* (pp. 252). Oxford: Oxford University Press.

Rouillard, C., Montpetit, E., Fortier, I., Gagnon, A.-G. (2006). Le managérialisme, la réingénierie et l'administration publique québécoise. In C. Rouillard, Montpetit, E., Fortier, I., Gagnon, A.-G. (Ed.), *La réingénierie de l'État-Vers un appauvrissement de la gouvernance québécoise* (pp. 45-81). Québec: PUL.

Savall, H., 1989, 'Coûts cachés et analyse socio-économique des organisations' in Joffre, P. et Simon, Y., *Encyclopédie de gestion*, Éd. Économica, Paris, pp.589-627.

Savall, H., 1998, « De la performance globale : Peut-on synchroniser l'économique et le social? », *Actes de la 16^e Université d'Été de l'IAS : Audit social et performance globale*, Paris, pp. 329-346.

Sériex, H., 1987, *Mobiliser l'intelligence de l'entreprise*, Entreprise Moderne d'édition, Paris.

Sutcliffe, P., 1999, 'Interviewing, Observation and Ethnography : Techniques and Selection Criteria', in Kelly, D. (dir.), *Researching Industrial Relations* (2e edition), The Federation Press, Sydney, pp.136-150.

Thwaites, J., 2006, CITER SES DEUX LIVRES SUR LA MONDIALISATION

Viens, C., 2004, CITER SON DOC SUR L'OT.....

Waddington, D., 1994, 'Participant Observation' in CASSEL, C. et SIMON, G., *Qualitative Methods in Organizational Research*, Sage Publications, Londres.