



Le Réseau Conseil
Interdisciplinaire du Québec

Volume 5 / numéro 1 - Juin 2005



Comprendre les enjeux de la nouvelle gestion publique

301, Clairevue ouest, Saint-Bruno (Québec) J3V 1S1
Tél. : (514) 708.4966 / Télécopieur : (450) 441.6396
ricard@videotron.ca

SOMMAIRE

Cliquez sur le lien pour accéder directement à l'information voulue :

- **10 ANS DÉJÀ**
- *COMPRENDRE LES ENJEUX DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE : D'OÙ VIENNENT LES CHANGEMENTS ACTUELS ET OÙ ALLONS-NOUS ?*
- *LES NOUVEAUX CSSS : DU TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE À MIEUX PLANIFIER*
- *FORMATION SUR LA GESTION DES ÉQUIPES DE TRAVAIL*
- *INTERVENTION DE CONSOLIDATION D'ÉQUIPE DE TRAVAIL ET DE RÉOLUTION DES PROBLÈMES*
- *FORMATION «STRESS ET ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL»*
- *FORMATION AU TRAVAIL D'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE*
- *COMPRENDRE LES ENJEUX DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE*
- *FAIRE L'ANALYSE DE VOTRE CHAMP DE FORCES*
- *INTÉGRER LA RÉALITÉ LOCALE DANS UN MODÈLE CLINIQUE*
- *UNE PLACE POUR LES PRATIQUES PSYCHO-SOCIALES ET COMMUNAUTAIRES ?*
- *NOS COLLABORATEURS*
- *INSCRIPTION SUR NOTRE LISTE DE DISTRIBUTION ÉLECTRONIQUE*

10 ANS DÉJÀ

Hé oui ! Le Réseau Conseil Interdisciplinaire du Québec (RCIQ) a 10 ans cette année.

Nous avons collaboré avec plus d'une centaine d'organisations depuis le début de nos interventions. À l'aube des transformations en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous croyons, plus que jamais à la pertinence de nos actions de formation et de consultation au sein des organisations.

Au début de notre existence comme entité, nous nous étions donnés comme objectifs de produire un travail de très grande qualité et de développer une expertise utile et unique dans le réseau. Cela, en liant notre connaissance des pratiques aux apports scientifiques.

Après des centaines de mandats et en écoutant les commentaires des nombreuses organisations où nous avons travaillé, nous sommes heureux de constater que nous avons atteint nos objectifs.

Nous avons constamment poursuivi nos efforts pour maintenir un haut niveau de qualité et nous nous engageons à continuer dans le même sens au cours des 10 prochaines années.

Nous en profitons pour vous remercier de la confiance que vous nous avez témoignée! Nous espérons continuer à vous soutenir dans vos transformations au cours des années à venir.

À l'occasion de nos 10 ans nous ajoutons un format électronique à notre bulletin qui saura, nous l'espérons, vous plaire. Vous pouvez l'utiliser et le diffuser autant que vous le désirez en mentionnant la source.

Bonne lecture...

COMPRENDRE LES ENJEUX DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE : D'OÙ VIENNENT LES CHANGEMENTS ACTUELS ET OÙ ALLONS-NOUS ?

Le discours et les pratiques de la «nouvelle gestion publique» (NGP), présents depuis une vingtaine d'années, s'inspirent de trois courants complémentaires. Provenant initialement de l'influence de l'approche néolibérale, ils visent à restreindre le rôle de l'État dans nos sociétés et à mieux utiliser ses ressources en ciblant mieux leur usage (efficacité) et leur contrôle (gouvernance). Ils empruntent des modes de fonctionnement en usage dans le secteur privé (approche de l'excellence : gestion analytique des activités et des budgets, mise en concurrence et sous-traitance, comparaison des processus et des résultats avec les meilleures pratiques, agrément des organisations). Enfin ils cherchent à revaloriser les droits des citoyens usagers (accessibilité et continuité accrues, imputabilité des prestataires de services, enquête de satisfaction).

LES FONDEMENTS DE LA NGP

La littérature scientifique qui recense les pratiques caractéristiques de la NGP (liste inspirée de Giauque, 2004 : 51) nous permet de constater comment celle-ci opère concrètement dans la gestion des réseaux de distribution de services à la population:

- Le politique fixe les objectifs que l'administratif doit réaliser;
- Le discours public est axé sur la décentralisation, mais dans la pratique il y a une croissance du contrôle à partir d'objectifs déterminés et rationalisation des structures (moins d'organisations, plus grosses);
- La volonté de contrôler les coûts s'affirme par un suivi budgétaire (comptabilité analytique et imputation précise) et plus de flexibilité managériale (liberté de choix des moyens) dans le cadre des objectifs à atteindre (y compris des possibilités de sous-traitance et de partenariat public/privé);
- Les efforts pour une plus grande responsabilité administrative visent une efficacité accrue (imputabilité par objectifs, mesure de la performance);
- Le discours public parle aussi de rapprochement du client mais parallèlement, on observe une réduction de la participation citoyenne;

- La planification et le management stratégique sont encouragés (notamment à la suite des transformations organisationnelles et aux modifications des mandats);
- On observe un changement des styles de gestion (vers l'approche de l'excellence et davantage de contrôle) et l'introduction d'incitatifs monétaires pour récompenser l'atteinte des objectifs fixés ;
- La NGP favorise une utilisation accrue des technologies de l'information (notamment pour un *monitoring* des clientèles, des processus et des résultats).

Au plan du mode de gestion des organisations, l'accentuation des formes de contrôle et la recherche constante de l'efficacité (utiliser au mieux les ressources pour atteindre les cibles désignées), typique de l'approche de l'excellence, entraînent des modifications significatives des pratiques en matière des ressources humaines et poseront des défis particuliers aux gestionnaires qui chercheront à mobiliser leurs personnels.

Nous avons travaillé ces aspects (à partir d'un tableau de Giauque, 2004 : 59) en mettant en valeur le discours de la NGP sur la gestion des ressources humaines (GRH) et le vécu constaté habituellement par les acteurs au quotidien :

OBJECTIFS POURSUIVIS ET PROMESSES DE LA NGP

- Discours portant sur l'autonomisation des services en matière de gestion, volonté de débureaucratiser et de flexibiliser
- Discours lié à une plus grande responsabilisation et délégation des compétences. Renforcement de l'idée de pouvoir sur son travail personnel
- Discours sur la valorisation des initiatives individuelles, sur une culture plus engagée, vers une prise de risques
- Légitimation des réformes par rapport à la qualité des services aux usagers/clients
- Objectif d'amélioration et de personnalisation des services, rapprochement avec les usagers/clients
- Objectif d'augmentation de l'efficacité productive (réduction des coûts des services)
- Volonté d'évaluer le personnel
- Volonté de favoriser les collaborations et les formes de concertation interorganisationnelle
- Discours sur la motivation des employés, sur leur participation nécessaire à la poursuite d'objectifs communs

RÉALITÉ DU TERRAIN

- Pas d'autonomie constatée car trop forte dépendance à l'égard des autorités politiques (orientations, objectifs à atteindre) et des décisions budgétaires
- Centralisation des processus décisionnels au niveau de la direction dans un contexte de déconcentration régionale
- Les incertitudes provoquées par les changements favorisent la création d'une culture défensive, de comportements de retrait
- Évaluation des prestations des services en fonction de leur capacité à utiliser optimalement les fonds publics (logique marchande)
- Après des réductions parfois massive des budgets durant la décennie 90, des moyens insuffisants pour réaliser les objectifs proposés
- Augmentation des problèmes de coordination au sein des organisations regroupées qui coproduisent ces services
- Absence des moyens nécessaires pour récompenser les « bons employés »
- En même temps, multiplication des incertitudes liées à la mesure individuelle des performances
- Développement de l'individualisation (compétition) favorisé par des outils et principes de gestion provenant du secteur privé

LES CHOIX DE L'ÉTAT QUÉBÉCOIS

Le ministre Castonguay a conçu l'idée d'un réseau public de santé et de services sociaux construit à partir des anciennes institutions reprises des communautés religieuses (centres hospitaliers, agences diocésaines de services sociaux, hospices et orphelinats) et par l'ajout de nouvelles structures régionales (conseils régionaux) et locales (CLSC), les premiers reprenant des cliniques communautaires créées par des citoyens. Rappelons qu'il a fallu près de 15 ans (de 1973 à 1987) pour que l'ensemble des territoires bénéficient de CLSC et que la présence souhaitée des médecins dans ces services de première ligne n'a jamais pu être atteinte dans plus de 50 % d'entre eux; le réseau des polycliniques médicales privées accaparant près de 90 % des omnipraticiens du Québec.

La loi 120 (1991), nouvelle version de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*, constitue la première manifestation de l'influence du courant de la nouvelle gestion publique ; elle reprend les notions d'efficience, d'objectifs de résultats, d'accessibilité, de décentralisation. De fait, le principal élément de cette réforme repose sur la restructuration du réseau institutionnel. Les 32 départements de santé communautaire (DSC) sont réduits en 16 directions régionales de la santé publique et rattachés aux nouvelles régies régionales. Les centres de services sociaux deviennent des centres jeunesse et leurs autres effectifs intégrés en CLSC et en milieu hospitalier. Les centres d'accueil et d'hébergement (CAH) deviennent des centres hospitaliers de longue durée (CHSLD). Dans les faits, par étapes forcées ou volontaires, le nombre d'établissements est progressivement réduit de 950 à moins de 500. Cette tendance se poursuivra sous le gouvernement suivant et sera encore renforcée par la loi 25 (2003) qui ramènera à près de 200 le nombre d'établissements autonomes détenant une charte.

Les constats de la Commission Clair (*Les solutions émergentes*, 2000) avaient déjà balisé le terrain en ce sens en s'appuyant sur de nombreux principes issus de la nouvelle gestion publique : responsabilité populationnelle, territorialité, imputabilité des résultats, rapprocher les décisions de l'action, gestion performante et participation des citoyens. Sa vision comportait déjà un important virage intégrateur : «Implanter les recommandations en ce qui concerne l'adaptation de la première et de la deuxième ligne représentera en fait un défi largement opérationnel. Il faudra là aussi soutenir et coordonner l'action des régies pour qu'émerge cette nouvelle configuration d'un réseau de médecine familiale, bien arrimé à des CLSC renouvelés, des réseaux intégrés de services, notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie, et des corridors de

services efficaces, basés sur une approche contractuelle. Le succès de cette implantation reposera sur la pérennité des orientations, et sur la qualité et la stabilité du management.» (2000 : 212)

La recommandation 33 préfigure le choix du ministre Couillard : «Que les établissements de première ligne soient regroupés sous une gouverne unique dans un territoire donné. Celle-ci devrait regrouper, au sein d'un conseil d'administration unifié, les CLSC, les CHSLD et, le cas échéant, l'hôpital local.» (2000 : 227).

De facto, sans attendre ces orientations, sur le terrain, certains partenaires ont naturellement développé des pratiques de collaboration. Parmi ces différentes formes d'expérimentation notons :

- les **tables de concertation** : approche de collaboration classique entre partenaires préoccupés par une problématique commune (exemple : jeunesse, violence conjugale, santé mentale, etc.). Si elle peut être efficace pour des échanges, elle demeure un mécanisme fragile et dépendant de la continuité des engagements individuels et institutionnels ;
- les **agents de liaison** (souvent des infirmières) : utiles pour la continuité des interventions, particulièrement lors d'une sortie hors du milieu de vie, ces personnes s'assurent que les informations pertinentes circulent pour favoriser de meilleurs services ;
- les **guichets uniques** : progressivement, ce modèle inspiré de pratiques développées dans l'Ouest canadien et aux États-Unis a été utilisé pour mieux coordonner les services à certaines clientèles et mettre en place un «filet de sécurité» préventif pour des personnes à risques élevés de détérioration ;
- l'**entente volontaire de coopération CJ/CLSC** (depuis 1998) : cette initiative est née du désir de ces deux associations d'établissements d'améliorer leurs modes de collaboration et de réduire les situations où des jeunes et leurs familles étaient laissés sans services. Elle a permis des améliorations sensibles, changé le mode de fonctionnement quotidien et conduit à la mise en place de la base d'un réseau intégré de partenaires jeunesse. Des rapprochements existent aussi entre d'autres associations d'établissements (déficience intellectuelle, centres de la petite enfance, etc.) ;
- les **réseaux intégrés de services** (RIS) : surtout expérimentés pour la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie, cette formule constitue un processus interactif permettant aux partenaires d'assurer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité à des clientèles particulièrement fragiles;

- la **gestion de cas** : est l'introduction de personnes à qui est confié le mandat d'évaluer les besoins et de s'assurer de l'accès aux services requis ;
- les **ententes intersectorielles** : qu'il s'agisse de celle précisant les rôles respectifs des partenaires des réseaux de la santé et des services sociaux lorsqu'ils interagissent avec le milieu scolaire (*Entente MSSS/MEQ, 2003*) ou de l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* (2001, impliquant le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Famille et de l'Enfance), ces ententes encadrent l'action des partenaires potentiels ;
- et l'expérience des **équipes d'intervention jeunesse** (EIJ) : véritable noyau central d'un réseau intégré de services pour les jeunes en difficultés, ces EIJ sont actuellement expérimentées avec notre soutien dans chacune des régions du Québec.

LE MODÈLE PRÉCONISÉ PAR LA LOI 25

Le modèle sous-jacent à la loi 25 est à la fois simple à saisir et complexe à mettre en place. En regroupant sur une base territoriale, en 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS), les ressources combinées des anciens CLSC (y compris les centres de santé, en régions éloignées), CHSLD et CH de soins généraux (présents dans la plupart des CSSS) l'État renforce ses efforts pour accroître la concertation territoriale qui devient une responsabilité majeure de cette nouvelle instance (qualifiée de « locale » bien qu'elle prenne fréquemment des caractéristiques de nature sous-régionale. Ce choix gouvernemental comporte deux défis majeurs pour les gestionnaires :

- **Interne** : créer une culture organisationnelle commune intégrant des éléments propres à chacune des constituantes ;
- **Externe** : parvenir à exercer un leadership rassembleur pour s'assurer que l'instance (CSSS) établit les réseaux intégrés de services souhaités avec des partenaires très différents autour d'une motivation certainement partagée d'offrir des services de qualité à la population territoriale.

Cette approche territoriale et populationnelle vise en effet quatre grands objectifs :

- Améliorer (et non pas seulement maintenir) la santé et le bien-être de la population d'un territoire local ;
- Assurer l'accès à des services intégrés (en structurant des réseaux par problématiques) ;
- Partager collectivement (le CSSS et ses partenaires) une responsabilité envers cette population ;
- Créer un palier local de gestion (l'établissement CSSS) dispensateur de services et centre de coordination du réseau local de services.

Le défi est de taille et les risques d'échec nombreux, notamment parce que le changement est perçu comme étant imposé de l'extérieur. Ceci étant pris en compte, la réforme proposée n'est pas sans intérêt et peut, si certaines conditions sont réunies, contribuer à améliorer l'offre de services à la population. Mais cela ne sera réalisable que si les directions des nouveaux CSSS parviennent à mettre en valeur le potentiel de leurs ressources humaines en intégrant leur contribution dans un nouveau projet collectif local. L'intégration de cultures aussi différentes que celles d'établissements publics, d'organismes communautaires et d'entrepreneurs privés comme les médecins dans des réseaux intégrés ne va pas de soi.

Et même dans les établissements publics, la tendance de définir le projet clinique autour d'un modèle hégémonique issu de la santé publique, et niant complètement l'expertise particulière des professionnels psychosociaux pour décoder et traiter les besoins de la population, démontre une absence d'ouverture d'esprit inquiétante. Ceci, dans un contexte où des négociations collectives s'amorcent, où les administrateurs (à peine mis en place) pourraient être remplacés en vertu du projet de loi 83, alors que de plus en plus d'employés et de cadres s'apprêtent à quitter le réseau public pour prendre leur retraite. Cela introduit beaucoup d'incertitude...

À titre d'administrateur d'un CSSS tout autant que comme chercheur, formateur de la relève et consultant, nous suivons de près l'évolution de ces enjeux au cours des prochains mois.

- Clair, M. (2000), *Les solutions émergentes, Québec*.
- Giaque, D. (2004), « *Gestion des ressources humaines et modernisation des administrations publiques* », *Les politiques sociales*, 1-2: 47-62.

Claude Larivière

LES NOUVEAUX CSSS : DU TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE À MIEUX PLANIFIER

La réforme de la loi 25

Le ministre de la santé et des services sociaux du Québec oriente le réseau vers de nouvelles structures, les centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui auront à mettre en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui seront en mesure de donner à la population des services de santé et sociaux de qualité, accessibles et en continuité.

Le CSSS doit animer ce nouveau réseau local qui se voudra plus intégré au profit du client, dans la poursuite des efforts du passé.

Le projet clinique : un véritable plan stratégique

Un projet clinique, tel que conçu au ministère dans son cadre de référence¹, doit être planifié et mis en place dans chaque CSSS. Lecture du milieu, évaluation des écarts entre l'offre de services et les besoins de la population, tant au niveau de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité, sont à l'ordre du jour.

L'établissement doit revoir ses modèles cliniques, faire des choix organisationnels et se donner des priorités réalistes en fonction de ses ressources. Il doit revoir les ententes avec ses partenaires et préciser les responsabilités de chacun avec leur participation, pour instaurer un véritable réseau local de services. Divers mécanismes seront revus : dossier unique, gestion de cas, etc.

Des corridors de services seront convenus avec tous les partenaires. Le milieu médical sera étroitement associé à cette démarche en lien particulier avec la préoccupation ministérielle, qui rejoint celle du milieu, d'augmenter l'accès aux services médicaux de première ligne.

La création d'une instance locale découlant de la Loi 25 se veut une réforme dans le sens d'une transformation majeure, tant au chapitre des responsabilités que de l'organisation des services. Le changement qui apparaît d'abord administratif et structurel devra se traduire par des bouleversements organisationnels et « culturels » majeurs. Les principaux éléments sont les suivants :

La responsabilité populationnelle

L'instance locale (le CSSS) se voit assigner une responsabilité en regard de la population d'un territoire de desserte. L'établissement a la responsabilité d'offrir une gamme de services définis en fonction de ses besoins et de son état de santé et de bien-être. Lorsque des services ne sont pas

offerts par l'établissement, celui-ci doit s'entendre avec ses partenaires, d'autres établissements ou organismes communautaires pour s'assurer de l'accès à leurs services pour sa population. Comme le ministère l'indique dans son « Aide-mémoire »², le système passera d'un modèle basé sur la production de services pour une clientèle à un modèle de services à la population de l'ensemble du territoire.

La hiérarchisation des services

Comme le MSSS³ l'écrit, « le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants.

Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de service établis entre les dispensateurs.

Collaboration des intervenants : des équipes interdisciplinaires

Le projet clinique sera défini à travers neuf programmes : santé publique, soins généraux, santé physique, santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle, dépendances, jeunes en difficulté, personnes âgées en perte d'autonomie. Le projet devra revoir les modèles de pratique et choisir les approches les plus probantes.

La collaboration des intervenants sera interpellée. Des mécanismes de collaboration seront accentués et le fonctionnement interdisciplinaire est à l'ordre du jour. Comme les frontières entre les anciennes missions sont ainsi abolies, il faudra se donner un vocabulaire commun, des outils partagés et des procédures de référence et de transmission de l'information sur le client.

Les nouveaux CSSS : une occasion à saisir pour mieux travailler en équipe multidisciplinaire, pour appliquer les balises du travail interdisciplinaire!

Jean-Claude Boisvert

¹ Ministère de la santé et des services sociaux du Québec; *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*; Québec, octobre 2004.

² MSSS, Direction de la coordination ; « Aide-mémoire à la réflexion sur la définition du profil de la directrice générale et du directeur général de l'instance locale » ; Québec, 9 juin 2004

³ Ministère de la santé entend des services sociaux du Québec; *Projet clinique : déjà cité.*

FORMATION SUR LA GESTION DES ÉQUIPES DE TRAVAIL

En 2004, nous avons formé 80 cadres intermédiaires d'un centre hospitalier à la gestion des équipes de travail. Pour l'occasion, nous avons développé un contenu de formation adapté et unique, ainsi qu'un cahier de contenus théorique et pratique. Cette formation, maintenant disponible pour toutes les organisations, s'échelonne sur trois jours répartis, dans le temps. Elle peut-être adaptée aux besoins de votre équipe de gestionnaires.

INTERVENTION DE CONSOLIDATION D'ÉQUIPE DE TRAVAIL ET DE RÉOLUTION DES PROBLÈMES

Suite à nos formations sur l'interdisciplinarité, divers établissements nous ont sollicités pour aider des équipes de travail à résoudre leurs tensions. Nous avons construit une programme structuré et adaptable aux besoins des organisations. Le cadre de travail repose sur les éléments suivants :

- Diagnostic
- Définition des valeurs et objectifs
- Amélioration des modes de communication
- Consolidation d'équipe
- Résolution de problèmes et de conflits
- Plan d'action
- Coaching (suivi)

Si vous désirez plus d'informations concernant nos produits et services, n'hésitez pas à nous contacter par courriel ou par téléphone.

FORMATION

«STRESS ET ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL»

Compte tenu de la réorganisation majeure que vivent les membres de votre personnel, il est plus que nécessaire de leur offrir du soutien pour bien vivre les transformations.

Le programme a été conçu pour outiller les participants à connaître les aspects théoriques liés à ces problématiques et à développer un **plan d'action personnel** pour faire face aux risques élevés d'épuisement ou de détresse psychologique dans leurs milieux de travail.

Après avoir eux aussi participé à la formation de base, les gestionnaires poursuivent à une formation/réflexion concernant le soutien, le dépistage (signes, symptômes, diagnostic), les facteurs organisationnels et l'intervention auprès de leurs employés.

FORMATION AU TRAVAIL D'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

L'équipe du **Réseau Conseil** a développé, il y a maintenant dix ans, un programme de formation bien rodé, axé sur la préparation des équipes d'intervenants au travail interdisciplinaire. Celui-ci comprend deux journées de formation théorique et pratique adaptées à la situation de chaque organisation. Nous croyons qu'après avoir pris note des besoins des éventuels participants (un questionnaire préalable est administré si nécessaire), il importe également de préciser aux gestionnaires de ces équipes ce qui sera enseigné à leurs professionnels pour que ceux-ci en soutiennent l'application.

La formule idéale, pour permettre l'intégration des apprentissages, prévoit la dispensation de la formation au rythme d'une journée par semaine. Lorsque des intervenants proviennent de plusieurs équipes différentes, nous suggérons fortement de scinder ces équipes pour faciliter la mise en présence de valeurs et d'expériences différentes et en permettre le partage. Six mois plus tard, nous rencontrons les participants pour répondre à leurs questions et trouver des solutions aux problèmes vécus lors de la mise en application de l'approche enseignée.

Au niveau du contenu, le programme comprend une revue des notions théorique et pratique de l'interdisciplinarité en contexte professionnel. Les divers aspects du travail d'équipe, les facteurs de réussite et d'échec, les techniques de résolution de problèmes et d'animation sont abordés. La formation est construite de telle sorte que les participants font une réflexion sur leur implication personnelle et professionnelle dans l'équipe et sur le fonctionnement de leur groupe de travail. Deux activités pratiques quotidiennes sont bien appréciées et permettent une meilleure intégration de la théorie. À la fin du programme, les participants pourront identifier les éléments qu'ils ont à améliorer et détermineront un plan d'action réaliste pour actualiser ce projet.

Chaque participant reçoit un cahier incluant l'essentiel des informations apprises dans le programme; il peut donc s'y référer par la suite. Les commentaires positifs des 4000 participants provenant des Centres hospitaliers, CHSLD, CRDI et CLSC sont le reflet de la pertinence d'un tel perfectionnement.

Nos animateurs sont des gens compétents issus du réseau de la santé et des services sociaux détenant tous au moins une maîtrise dans leur domaine d'intervention. Ils ont le souci d'aider les participants à améliorer leur travail par des expériences concrètes et collées aux réalités d'intervention actuelle.

Pour plus d'information sur les divers programmes que nous vous offrons, n'hésitez pas à nous contacter. **Nous vous ferons parvenir gratuitement l'essentiel du programme ainsi que notre questionnaire vous permettant un autodiagnostic des équipes.**

Christian Ricard

COMPRENDRE LES ENJEUX DE LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE

L'État québécois a profondément modifié sa vision de son rôle depuis quelques années à travers un processus de révision (travaux de commissions d'enquête), des énoncés de politiques et l'adoption de lois. L'impact sur le réseau de la santé et des services sociaux fut radical et constitue certainement le plus grand bouleversement depuis la mise en place de ce dernier il y a 35 ans. Il est fort probable que plusieurs équipes de gestion ne saisissent pas suffisamment d'où viennent ces changements et éprouvent de la difficulté à imaginer les transformations à prévoir.

Une démarche d'une journée, animée par Claude Larivière, permet de mieux percevoir ces enjeux.

FAIRE L'ANALYSE DE VOTRE CHAMP DE FORCES

Développée par le psychologue humaniste Kurt Lewin, la méthode des champs de forces est un outil très pratique qui permet à une équipe de gestionnaires de tracer un portrait visuel de leur organisation et de déterminer ensemble les objectifs sur lesquels ils comptent travailler au cours des mois suivants. Cette méthode constitue en quelque sorte un abrégé d'une planification stratégique et un tableau de bord concret.

L'exercice nécessite deux journées de travail.

INTÉGRER LA RÉALITÉ LOCALE DANS UN MODÈLE CLINIQUE

Les Centres de santé et de services sociaux issus de la réforme sont constitués d'établissements dont les missions originelles sont différentes, bien que partiellement intégrables et complémentaires. Les attentes actuelles de l'État sont à l'effet que les CSSS adoptent un projet clinique orienté autour d'un certain nombre de programmes services alliant des ressources internes aux CSSS avec celles du milieu. Il s'agit d'un défi de taille que nous pouvons vous aider à réaliser.

La durée de notre implication est à discuter en fonction de la nature de vos besoins.

UNE PLACE POUR LES PRATIQUES PSYCHO-SOCIALES ET COMMUNAUTAIRES ?

La fusion d'établissements dont la préoccupation dominante est nettement la santé pose le problème de la place que peuvent y occuper les pratiques psycho-sociales et communautaires, ainsi que le rôle du conseil multidisciplinaire.

Claude Larivière, travailleur social, et Christian Ricard, psychologue, peuvent vous aider à identifier des pistes permettant à ces intervenants, à leur conseil multidisciplinaire et aux cadres responsables de leur encadrement de s'assurer que l'on tiennent compte de ces aspects dans le développement du projet clinique du CSSS.



NOS COLLABORATEURS

Les principaux membres du RCIQ sont :

CHRISTIAN RICARD

514-708-4966 / ricard@videotron.ca

Monsieur Ricard a été gestionnaire, coordonnateur clinique et psychologue dans le réseau de la santé et des services sociaux durant près de 20 ans. Il est psychologue et consultant en pratique privée depuis dix ans. Il enseigne la gestion des équipes interdisciplinaires et la gestion des conflits au Diplôme de deuxième cycle en administration sociale de l'Université de Montréal.

CLAUDE LARIVIÈRE

514.995.7112 / claude.lariviere@cgocable.ca

Monsieur Larivière possède une maîtrise en service social, une maîtrise en administration publique et un doctorat en sociologie des organisations. Après avoir été gestionnaire dans le réseau de la santé et des services sociaux durant 10 ans, il est devenu depuis 1991, professeur à l'Université de Montréal où il assume la direction des programmes de deuxième cycle en administration sociale. Ses recherches portent sur l'impact des changements organisationnels, le fonctionnement des équipes de travail, la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle.

JEAN-CLAUDE BOISVERT

514-272-5213 / j.c.boisvert@sympatico.ca

Monsieur Boisvert a œuvré dans le réseau de la santé et des services sociaux comme cadre supérieur pendant 15 ans. Il est présentement consultant depuis 10 ans. Il est impliqué dans la mise en œuvre de deux CSSS.

INSCRIPTION SUR NOTRE LISTE DE DISTRIBUTION ÉLECTRONIQUE

Vous pouvez diffuser le bulletin en tout ou en partie à tous les membres de vos équipes en mentionnant la source. Si vous désirez vous inscrire sur la liste d'envoi envoyez-nous un courriel à : ricard@videotron.ca

Si vous désirez ajouter votre nom à notre liste d'envoi ou y apporter une correction, n'hésitez pas à le faire. Nous rappelons que le bulletin du «Réseau conseil interdisciplinaire du Québec» est gratuit. Il peut être photocopié et distribué dans votre organisation, notre seule exigence étant que la source soit toujours clairement identifiée et que les textes qu'il contient ne servent pas à des fins commerciales.