



# CONGRES CALASS 2019 MONTRÉAL

## L'AUTISME ORGANISATIONNEL: LE CAS DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Hubert Wallot

Professeur titulaire - Université TÉLUQ

Professeur agrégé de clinique – Université Laval

Psychiatre – Centre hospitalier régional du Grand Portage

- EN PSYCHIATRIE PAS DE MALADIE AU SENS DE PAS DE RELATION DÉMONSTRABLE DE CAUSE À EFFET.
- MAIS SEULEMENT DES CONSTELLATIONS TYPIQUES DE SYMPTÔMES ET SIGNES CLINIQUES POUR LESQUELS IL Y A LA PLUPART DU TEMPS DES FACTEURS DE RISQUE.

- AUTISME
- LEO KANNER (1943) : «SOLITUDE AUTISTIQUE»
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION :
- DSM (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS)
- DSM-IV (199..) : TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT
- DSM-5 (2013) : TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

## ➤ AUTISME

TROIS CLASSES DE SYMPTÔMES:

- 1) DÉFICIENCE DE LA COMMUNICATION SOCIALE ET ÉMOTIONNELLE
- 2) COMPORTEMENTS RESTREINTS, STÉRÉOTYPÉS OU RÉPÉTITIFS AU RISQUE D'ANXIÉTÉ INTENSE S'ILS DOIVENT ÊTRE MODIFIÉS MÊME LÉGÈREMENT
- 3) UNE SOUFFRANCE SUBJECTIVE OU UNE PERTURBATION DU FONCTIONNEMENT

## ➔ MINTZBERG

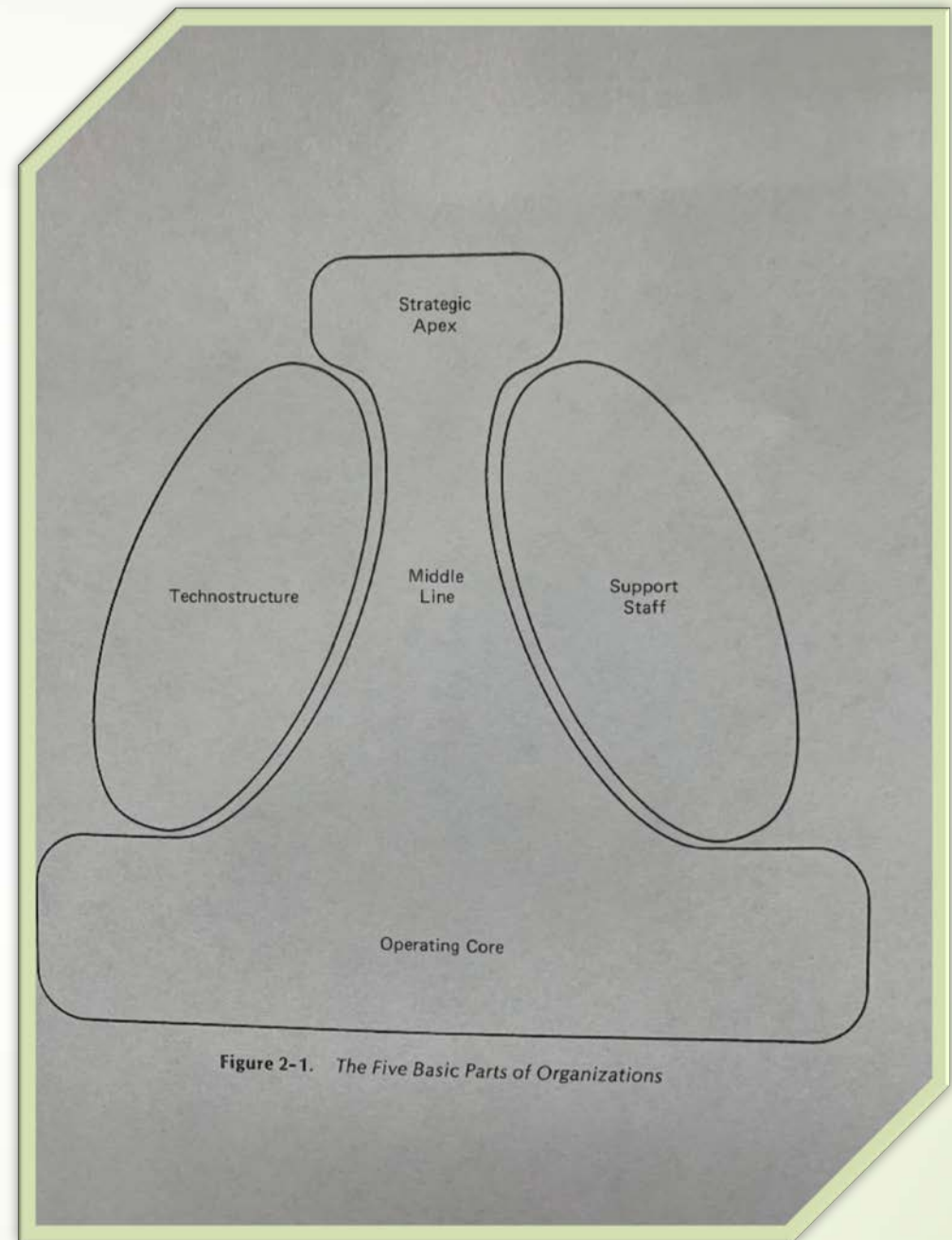
LA STRUCTURE A POUR FONCTION DE DIVISER LE TRAVAIL PUIS LE COORDONNER SELON CINQ MODES :

- 1) AJUSTEMENT MUTUEL
  - 2) SUPERVISION DIRECTE
  - 3) STANDARDISATION DES PROCESSUS DE TRAVAIL (STRUCTURE MÉCANIQUE)
  - 4) STANDARDISATION DES PRODUITS RECHERCHÉS (STRUCTURE MÉCANIQUE)
  - 5) STANDARDISATION DES HABILITÉS (BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE)
- À CHAQUE MODE CORRESPOND UN TYPE IDÉAL DE PRODUCTION MAIS EN CONGRUENCE AVEC LES ENVIRONNEMENTS INTERNES ET EXTERNES.

➔ EN CROISSANT, L'ORGANISATION DÉVELOPPE

5 COMPOSANTES:

- 1) LE COEUR OPÉRATIONNEL
- 2) L'APEX STRATÉGIQUE
- 3) L'INSTANCE GESTIONNELLE INTERMÉDIAIRE
- 4) L'INSTANCE DE SOUTIEN
- 5) L'INSTANCE DE LA TECHNOSTRUCTURE



## ► LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE) COMBINE 2 HIÉRARCHIES

(The structuring of organizations, traduction La structure des organisations, Éd Organisations, 1999, p. 165)

- 1) DÉMOCRATIQUE: DE BAS EN HAUT POUR LES PROFESSIONNELS  
(LOYAUTÉ AUSSI GRANDE ENVERS LA PROFESSION QU'ENVERS L'ORGANISATION ET CONTRÔLE EXTERNE PARTIEL: EX COLLÈGE DES MEDECINS, ACCRÉDITATION EXTERNE D'ORGANISMES DE RECHERCHE).
- 2) MÉCANISTE : DE HAUT EN BAS POUR LE PERSONNEL DE SOUTIEN

EXEMPLES: HÔPITAUX, UNIVERSITÉS.

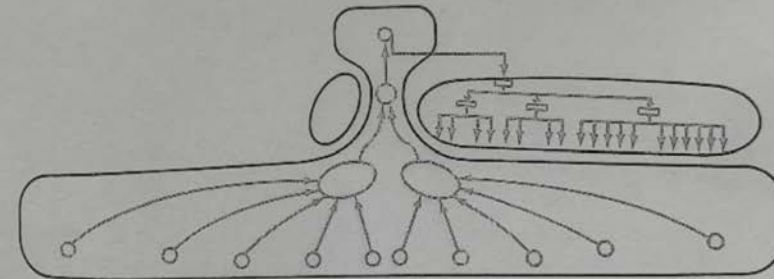


Figure 19-4. *Parallel Hierarchies in the Professional Bureaucracy*

## ➔ MINTZBERG

L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE SE DIFFÉRENCIE STRUCTURELLEMENT À LA FOIS PAR FONCTION (GROUPEMENT PAR COMPÉTENCES) ET PAR MARCHÉ (GROUPEMENT PAR MARCHÉ) PAR CORRESPONDANCE ENTRE COMPÉTENCE SPÉCIALISÉE ET TYPE DE CLIENT. PAR EXEMPLE LES SPÉCIALISTES PÉDIATRES ET LEUR CLIENTÈLE SPÉCIFIQUE, LES ENFANTS.

## ➔ MINTZBERG

«UN PEU PARTOUT, LE PROBLÈME ESSENTIEL DANS LES SOINS DE SANTÉ PEUT RÉSIDER À FORCER DES SOLUTIONS ADMINISTRATIVES COUPÉES DE LA RÉALITÉ SUR LA PRATIQUE QUI NÉCESSITE DES JUGEMENTS ÉCLAIRÉS ET NUANCÉS» (P. 165)

- **Sholom Glouberman** et **Henry Mintzberg**
- **Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie**
- *Health Care Management Review*, Hiver 2001, p. 56-68
- Traduction : revue **Gestion 2002/3 (Vol. 27)**, pages 12 à 22

- « Pourquoi les systèmes de santé sont-ils si difficiles à gérer? Aucun pays ne semble satisfait de l'état actuel de son système; presque partout les réformes sont considérées, planifiées ou appliquées, certaines en contradiction flagrante avec d'autres. Chaque réforme prétend mieux répondre aux besoins des usagers, mais la plupart semblent être conçues surtout pour soumettre leurs parties constituantes à un contrôle, particulièrement un contrôle financier. Pourtant, rien de fondamental ne semble jamais changer. L'explication évidente est que ce système est l'un des plus complexes de la société contemporaine. »

➡ On y trouve 4 mondes qui se clivent :

- 1) Le monde des producteurs de soins (infirmières);
- 2) Le monde des producteurs de traitements (médecins), à l'extérieur car ils sont des travailleurs (entrepreneurs) autonomes.
- 3) Le monde des administrateurs représentant la communauté et des bénévoles;
- 4) Le monde du contrôle (gestionnaires) : 2 volets, extérieur et intérieur.

- Lise Lamothe
- La recherche de réseaux de services intégrés: un appel à un renouveau de la gouvernance.
- **Revue Gestion** 2002/2003 (vol. 27) p. 23-30
- Pour les pays développés, l'hôpital fait partie d'un système et ces pays cherchent des « *arrangements organisationnels permettant à leur système de santé d'être mieux adaptés aux pressions démographiques, technologiques et économiques qui s'exercent tout en assurant à leur population des services de qualité* »

## ➤ DEUX VOLETS

### LE PREMIER

### L'INTÉGRATION CLINIQUE

- 1) L'intégration clinique : émergence des communautés de pratiques institutionnelles. En effet «Les professionnels détiennent globalement le contrôle des décisions associées à la production »
- 2) «Le positionnement relatif des établissements dans le système s'appuie en grande partie sur la mise en évidence (et en opposition) des consensus professionnels et des fondements idéologiques qui définissent leur vocation et caractérisent leur mode de fonctionnement.»

## LE DEUXIÈME L'INTÉGRATION SYSTÉMIQUE

- 1) «À plusieurs égards, le système de santé est monolithique. La diversité générée par l'apparition d'une variété de réseau de services intégrés peut contribuer à une plus grande adaptabilité aux réalités locale.»
- 2) «La prédominance d'une logique technocratique dans l'exercice des mesures de contrôle de l'État ne permet pas facilement de tenir compte des dynamiques particulières des établissements ou des besoins des communautés locales»

- « Un nouvel équilibre des rapports entre les niveaux de décision du système exige une plus grande autonomie et une plus grande marge de manœuvre pour ses dirigeants (...) une réelle décentralisation de la gestion s'impose.»
- «Des compétences cliniques doivent s'ajouter aux compétences techniques de gestion. En effet, il faut posséder des connaissances cliniques pour pouvoir repenser et établir de nouvelles mesures de performance.»

- « We can think differently about systems and strategies, sectors and scale, measurement and management, leadership and organization, competition and collaboration.»
- **« Market control of health care is crass, state control is crude, professional control is closed. We need all three—in their place.»**
- **Mintzberg: Managing the Myths of Health Care**

## ➔ ÉVOLUTION RÉCENTE DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

2015

Intégration administratives des établissements à l'intérieur des régions (16 au Québec) avec un conseil d'administration qui devrait représenter la communauté mais dont les membres sont presque tous nommés par le ministre de la santé pour gérer un ensemble si grand qu'il leur échappe en bonne partie, d'où un élargissement excessif du pouvoir des gestionnaires de haut niveau en raison de la concentration de l'information.

Les pouvoirs des gestionnaires est aussi très contraints pouvoirs propres du ministre ont été accrus sur le système.

### ► Conséquences des fusions:

- Accroissement des limites à l'accessibilité et à la liberté de choix (vs loi de 1971) de deux façons. Dans un grand territoire (région administrative), l'usager des services n'a plus le choix parce que:
  - 1) En 1971, chaque établissement devait avoir au moins les cinq (5) départements cliniques suivants: médecine, chirurgie, obstétrique-gynécologie, pédiatrie, psychiatrie. Ce qui n'est plus le cas avec les fusions.
  - 2) Le choix d'un médecin est limité par les règlements de l'établissement.
  - 3) Il est inscrit à un endroit où on le retourne s'il cherche ailleurs. En vertu de la «règle de soins et d'utilisation des services
  - 4) Il y a spécialisation des établissements lesquels sont parfois assez distants les uns des autres dans les régions périphériques.

## ► Deuxième conséquence

La spécialisation des établissements ramène les spécialistes de même type dans un même établissement avec disparition de l'émulation inter-établissements et le risque d'une pensée unique imposée et donc frein au changement dans l'évolution médicale.

## ► Troisième conséquence

La fusion des personnels des anciens établissements facilite le mécanisme de permutation des postes d'emploi, ce qui, surtout dans les grands centres urbains, nuit à la continuité personnelle du service à l'utilisateur.

## ► Quatrième conséquence

- 1) Évincement des médecin de famille des hôpitaux au profit des médecins spécialistes avec deux effets néfastes:
- 2) Perte d'attrait de cette spécialité pour les médecins en devenir. Ce qui inquiète maintenant le gouvernement.
- 3) Perte d'un médecin qui fasse la synthèse des diverses interventions spécialisées.

## ► Autres conséquences:

- 1) Création de méga comité où l'intervention du professionnel est restreinte au point de nuire à son implication, et que les réunions deviennent des «discours sur la montagne» des dirigeants.
- 2) Création d'une technostucture dont le mandat consiste à uniformiser les politiques, les procédures, les protocoles dans toute la région ou à appliquer les règles de plus en plus nombreuses venant du Ministre de la santé.

## ➤ L'AUTISME LÀ-DEDANS

- 1) Le patient circule d'un établissement à l'autre, d'un professionnel à l'autre, même dans la même discipline ou le même établissement.
- 2) Pour le même problème, il peut avoir affaire à plusieurs professionnels.
- 3) La dimension émotionnelle de la communication professionnel-usager est délaissée comme si cela n'avait pas d'importance pour la précision du diagnostic ou l'effet du traitement.

- La communications de la direction avec le personnel soignant est impersonnelle
  - 1) On envoie des informations par courriel tous azimutz: par exemple, le psychiatre reçoit l'information que tel anesthésiant de chirurgie est en rupture de stock.
  - 2) On impose d'en haut sans consultation divers éléments comme plusieurs protocoles, mécanismes de fonctionnement, liste de garde, sans égard aux particularités locales.
  - 3) La réduction voulue des gestionnaires par le ministre contribue à cet état de fait.

## ► **COMPULSION DE RÉPÉTITION ET RÉPUGNANCE AU CHANGEMENT**

- 1) Ritualisation et mécanisation rigide des processus de gestion et même de certaines interventions professionnelles en partie attribuable à la réduction programmée des gestionnaire et à la compréhension de leur mandat.
- 2) Faire pareil partout, aux îles de la Madeleine comme à Montréal
- 3) Pour fin d'économies, effort de réduction du personnel clinique avec comme conséquences de l'épuisement professionnel par l'imposition d'horaires supplémentaires obligatoire et un accroissement conséquent d'absentéisme.
- 4) Compulsion de répétition accrue par la centralisation forcément distante.

- 3) LES PERTURBATIONS DU FONCTIONNEMENT
- Il en existe plusieurs déjà mentionnés et des indices comme l'absentéisme accru du personnel paramédical, une chute importante des demandes d'admission dans les programmes universitaires de formation des infirmières, des déficits dans les services aux patients, etc.

- CONCLUSION
- ON EST LOIN DES PROPOSITIONS FAITES PAR LA PROFESSEURE LISE LAMOTHE.
- UNE ANALOGIE PEUT SE FAIRE ENTRE CE TYPE D'ORGANISATION ET L'AUTISME.