



MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION DES CADRES SUPÉRIEURS
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

PRÉSENTÉ À
LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
LORS DES AUDITIONS PUBLIQUES SUR LE PROJET DE LOI 10
Loi modifiant l'organisation et la gouvernance
du réseau de la santé et des services sociaux

Mercredi, le 5 novembre 2014
Salle du Conseil législatif de l'hôtel du Parlement

ENSEMBLE, ON VA PLUS LOIN

Table des matières

Qui sommes-nous?	3
La reconnaissance et le respect envers les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux.....	5
La quête du « sens » de la transformation.....	7
Les acteurs de transformation	10
Les conditions de travail et les conditions d'exercice de ceux qui feront ou qui ne feront pas la transformation	13
Les mesures de soutien et d'accompagnement.....	15

Qui sommes-nous?

Notre entité existe depuis 1959. D'abord connue sous le nom de l'Association des administrateurs d'hôpitaux de la province de Québec, puis, à compter de 1991, sous sa dénomination actuelle, l'ACSSSS est, depuis 1980, reconnue par le gouvernement du Québec comme la seule représentante des cadres supérieurs du réseau de la santé et des services sociaux en matière de relations de travail. Cette reconnaissance lui confère le droit d'être consultée par le gouvernement avant de modifier ou de fixer les conditions de travail des cadres.

MISSION

Axée sur l'excellence, l'innovation, le partenariat et l'ouverture sur le monde, l'ACSSSS est le chef de file en matière de développement des compétences, de soutien et de rayonnement de ses membres. La mission de l'ACSSSS épouse celle de ses cadres supérieurs. En conséquence, afin de les supporter dans la mise en œuvre de leurs fonctions, elle a pour principale mission de développer et de proposer divers outils qui soient à même de favoriser et maintenir un environnement de travail favorable aux cadres supérieurs.

VISION

Inspirer l'excellence et la coopération

VALEURS

L'EXCELLENCE : réfère à la compétence professionnelle, aux meilleures pratiques de gestion et à l'intégrité. À l'atteinte d'un niveau de conscience qui guide les actions du cadre supérieur avec discernement. Éthique et rigueur. L'attention aux autres et l'écoute. L'excellence implique le savoir-être, faire et durer.

La **CRÉATIVITÉ** : s'infère de l'ouverture sur les pratiques innovantes et la recherche de l'innovation. Oser et avoir le courage managérial de créer, sortir des sentiers battus et voir autrement. Imaginer et s'allier à la technologie innovante.

Le **DÉPASSEMENT** : Voir loin, plus loin encore et globalement. S'améliorer par la formation continue. Découvrir, se nourrir intellectuellement, s'introspecter. Comparer, se comparer en mission étrangère. Bouger, refuser l'inertie.

Le **COURAGE** : S'entend de l'ardeur, du cœur, de la bravoure, de la force mentale, de la hardiesse, du cran, de la volonté et de la persévérance.

Voilà qui nous sommes. Nous représentons les dirigeants de haut niveau stratégique que sont :

- Les directeurs (des soins infirmiers, des services professionnels - cadres médecins, des ressources humaines, des ressources informationnelles, des services administratifs, des finances, des divers programmes cliniques, des programmes multidisciplinaires, etc.);
- Les directeurs adjoints;
- Les commissaires aux plaintes et à la qualité des services et les commissaires adjoints;
- Les adjoints au directeur général.

La reconnaissance et le respect envers les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux

« Il y a certaines gens qui veulent si ardemment et si déterminément une certaine chose, que de peur de la manquer, ils n'oublient rien de ce qu'il faut pour la manquer. »

La Bruyère - Les Caractères

Ce sont les personnes qui font le changement

Les cadres supérieurs sont favorables à l'idée d'une réforme, mais non sans consulter les principaux acteurs « terrain », et certainement pas en se voyant dénigrés injustement publiquement.

Dans la transformation proposée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, la dimension humaine est le principal enjeu. Ce sont les personnes, les gestionnaires et les administrateurs¹ qui font et feront le changement.

Les cadres supérieurs sont insultés, outrés, démotivés par les propos du ministre Barrette à leur égard sur la place publique. Loin de vivre dans la paperasse ou d'être une tour de Babel, les cadres supérieurs consacrent en moyenne une trentaine d'années de leur carrière à servir la population du Québec. Ils constituent les principaux agents de changement organisationnel de premier ordre. Ils sont les porteurs et les responsables du rythme du changement incontournable et indissociable de la performance et de la qualité des soins et services à la population. Ce sont des agents motivateurs et mobilisateurs auprès des équipes dédiées aux opérations. Ce sont les animateurs de la culture du changement.

Les questions de fond visant l'amélioration et la préservation de l'accès aux soins, la recherche de coûts raisonnables et le financement durable doivent être discutées et analysées au moyen des pistes mises en place par le Rapport de l'OCDE², notamment en ce qui concerne le mode de financement des établissements et le mode de rémunération des médecins. Un meilleur encadrement des médicaments d'exception, la révision des actes médicaux exécutés en établissement, les frais d'avocats dépensés annuellement par des procédures initiées par un usager, un employé syndiqué, un médecin, etc., sont également quelques pistes de réflexion envisageables. Aussi, de telles pistes de solutions pourraient-elles inciter les citoyens, bien informés, à croire que les cadres du réseau ne sont pas responsables du déficit et qu'ils représentent autre chose qu'une dépense...

¹ Administrer, verbe transitif. Signifie prendre soin de, s'occuper de
<http://www.cnrtl.fr/étymologie/administrer>

² Études de l'OCDE sur les politiques de santé. 2009. Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé. Éditions OCDE, 182 pages.

Au-delà des médecins et des infirmières, point de salut pour Monsieur Barrette. Certes, nous sommes d'accord sur le fait que ces acteurs sont indispensables. Cependant, nous sommes un **réseau**. Nous ne pouvons exister les uns sans les autres. Notre réseau est constitué de relations fortes permettant d'échanger et de faire circuler l'information entre chaque partenaire pour servir les patients. Un lieu où l'on partage des valeurs, des normes et des compréhensions qui facilitent la coopération mutuelle (Putnam, 1993).

Les cadres supérieurs sont inquiets. Ils perdent confiance. L'avenir augure mal. Continuer à bâtir et à développer un réseau socio-sanitaire capable de répondre à la population, dans le contexte actuel, n'est pas chose facile. En ce moment, rumeurs, spéculations, chaos et détresse psychologique s'installent. Aucune vision d'avenir concrète n'émerge du Ministre et aucune communication n'est dédiée aux dirigeants. Il est de plus inconcevable que les cadres reçoivent l'information émanant du Ministre, si laconique soit-elle à ce jour, en même temps que toute la population du Québec et ce, par la salle de presse ou par les bulletins de nouvelles.

Recommandation # 1

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, adopte et tienne un discours respectueux sur la place publique à l'égard des cadres supérieurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandation # 2

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, considère et reconnaisse à juste titre les cadres supérieurs comme des partenaires engagés et de premier plan dans l'articulation et dans la mise en place de la transformation structurelle et culturelle. Le succès d'une telle entreprise passant par eux inévitablement.

Recommandation # 3

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, transmette aux gestionnaires cadres supérieurs du réseau toute information qui leur est destinée et ce, sur une base personnalisée et avant que cette information ne soit diffusée à travers les médias.

La quête du « sens » de la transformation

«Le mal de la grandeur, c'est quand du pouvoir elle sépare la conscience.»

William Shakespeare

Quel est le « sens » à donner à cette transformation? Comment retrouver la cohérence et la vision à long terme d'un changement aussi majeur? Où se trouve la légitimation de cette transformation, la pertinence? Tant et aussi longtemps que ces questions demeureront sans réponse, que la pertinence n'est pas démontrée, les dirigeants peineront à adhérer.

Le projet de Loi 10 soulève davantage de questions que de réponses, plus d'inquiétudes que d'orientations.

L'approche « top-down » est « démobilisante » pour les hauts dirigeants. Elle est très loin de celle prônée par le MSSS jusqu'à présent. À titre d'exemple, pensons à l'implantation de la culture LEAN au sein de notre réseau, où brillait de plein feu la gestion participative. Le niveau hiérarchique et décisionnel du modèle proposé est trop loin du terrain, de la réalité, de la population. Qu'advient-il de cette proximité des décideurs avec les partenaires du milieu pour exercer la responsabilité populationnelle, particulièrement si on pense à un territoire géographiquement étendu sur 10 000 km²? Comment les comités de direction pourront-ils prendre des décisions éclairées centrées sur la clientèle (population) pour d'aussi grandes régions? Les réalités régionales ne risquent-elles pas d'être évacuées? Les inquiétudes face à la centralisation soulèvent également la question de la représentativité des localités rurales dans les nouvelles structures. N'assiste-t-on pas à un recul de la démocratie? Est-ce qu'une même structure imposée partout au Québec répondra efficacement aux besoins des différentes régions? Est-ce qu'un découpage plutôt fonctionnel qu'administratif n'aurait pas donné un meilleur sens à cette réforme et une plus grande fluidité pour les patients?

Le modèle de cette réforme est calqué sur celui de la Province de l'Alberta, laquelle a modifié les règles de la gouvernance et aboli les agences de santé pour créer des mégastuctures en 2008. Cette réforme a créé deux niveaux de hiérarchie : le Ministre et le Président-directeur général (PDG). Les PDG se sont succédés à la tête de cette structure titanesque. Un bilan de 2013 fait par la PDG Janet Davidson annonçait que l'Alberta recule par rapport à cette imposante structure. Elle affirme que les structures sont ingérables et que les Albertains doivent revenir aux anciennes règles de gouvernance.

« Davidson's review found that the current AHS structure was top-heavy and not sufficient for supporting frontline staff, that the structure was confusing for all involved, that AHS and the health ministry were not on the same page

and that greater overall performance should be expected considering the money spent by the province .»³

Cette expérience et ces constats éloquentes ne devraient-ils pas nous inspirer au Québec? Gardons également à l'esprit que la culture anglo-saxonne est différente de celle des Québécois.

Pourquoi prendre des années pour arriver à la même conclusion? Pourquoi instaurer des nouvelles structures qui tarderont à atterrir avant d'être fonctionnelles si elles le deviennent? Où sont les gains pour la population?

La population est-elle bien informée sur les effets délétères des futures mégastuctures quant à la qualité et à l'accessibilité des services et à la viabilité des missions « sociales » du réseau, par exemple : jeunesse, réadaptation? Comment les services dans le domaine psychosocial seront-ils protégés lorsque leur volume est négligeable par rapport aux services en santé physique? Le volet hospitalier semble bien compris par le Ministère, mais qu'en est-il des services en déficience physique, déficience intellectuelle, jeunes en difficulté, dépendances, etc.?

Aussi, de quel type de structure parle-t-on au juste: par « programme services »? Par « mission »? Par « clientèle »? Par « continuum »? De quel type de transformation s'agit-il? Quelles sont les phases d'implantation de ce virage majeur?

Les hauts dirigeants, directeurs généraux, directeurs généraux adjoints et cadres supérieurs n'ont pas de réponse à ces questions. Ceux-là même qui effectueront la transformation ne connaissent ni la structure ni l'organisation à venir. En effet, aucun plan d'organisation provisoire ne leur a été communiqué. Or, ils porteront pourtant le changement de culture garant de la réussite de la transformation. La date du 1^{er} avril 2015 n'est pas si lointaine. Un changement d'une telle envergure doit s'effectuer par étape, par phase; c'est ce que nous souhaitons d'un point de vue réaliste en tout cas. Aucune communication à ce sujet non plus. Les cadres supérieurs les plus expérimentés, ceux qui ont vécu plusieurs réformes au sein du réseau de la santé et des services sociaux n'ont aucun point d'ancrage pour projeter et orienter ce changement majeur. Ils ignorent où et comment se positionner dans cette transformation.

Recommandation # 4

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, et le gouvernement communiquent aux cadres supérieurs un plan d'organisation provisoire de la nouvelle structure du réseau de la santé et des services sociaux et ce, dans les meilleurs délais et avant l'adoption du présent projet de loi.

³ Alberta health services. En ligne. <<http://www.beaconnews.ca/redder/2013/09>>

Recommandation # 5

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, et le gouvernement communiquent aux cadres supérieurs les phases d'implantation du changement majeur projeté au moyen d'un échéancier détaillé et ce, dans les meilleurs délais et avant l'adoption du présent projet de loi.

Les acteurs de transformation

« Les deux choses les plus importantes n'apparaissent pas au bilan de l'entreprise : sa réputation et ses hommes. »

Henry Ford

Nous connaissons le mode de nomination des PDG des futures structures.

Nous ignorons comment se déploiera le personnel d'encadrement supérieur dans les nouvelles structures. Quels seront les impacts de cette réforme sur les cadres supérieurs? Y aura-t-il un minimum de cadres supérieurs par structure? Ces questions sont d'autant plus préoccupantes lorsqu'on constate que le présent projet de loi créera des bassins de ressources qui, dans certaines régions, atteindront environ 25 000 employés...

Qu'advient-il du processus d'allocation des postes de DG-DGA et de cadres supérieurs? Comment assurer que les nominations de cadres supérieurs seront justes et transparentes malgré les aspects politiques?

L'ACSSSS préconise un processus ouvert, équitable et transparent de recrutement, de sélection des cadres supérieurs, un processus de dotation clair, juste et démocratique. L'ACSSSS devrait être consultée dans la mise en place du processus de nomination des cadres supérieurs.

Plusieurs questions se posent au sujet de différents types d'encadrement supérieur :

- Qu'advient-il du poste de Commissaire aux plaintes et à la qualité des services? Ces cadres supérieurs portent la voix et palpent le pouls de la population sur la performance et la qualité des soins et services dispensés dans le réseau. Or, comment exerceront-ils leurs fonctions dans une mégastructure? Un bureau par région?
- Qu'advient-il du poste de Directeur des services professionnels (DSP) prévu dans la LSSSS? Quels seront les rôles et responsabilités de ce cadre médecin dans les nouvelles structures?
- Quel sera le sort réservé aux directrices des soins infirmiers (DSI), fonction prévue dans la LSSSS?
- Un rôle distinctif sera-t-il reconnu aux directions des services multidisciplinaires (DSM)?

La masse critique de professionnels sera grande, le nombre de missions diversifié. Les DSM pourront certes contribuer à la transition, à la pérennité de la qualité des soins et services, à la sécurité des patients et au développement de la performance clinique.

Toutefois, qu'advient-il des directeurs des ressources humaines et des autres directeurs administratifs?

Allons-nous assister au jeu de la chaise musicale? Doit-on comprendre que les actuels hors-cadres (DG-DGA) pourront postuler des emplois de cadres supérieurs? Y aura-t-il un deuxième niveau de cadres supérieurs? Verrons-nous apparaître la notion de « directeurs associés »? Comment assurera-t-on la rétention des cadres supérieurs possédant une large et vaste expérience? Comment évitera-t-on la sortie massive des hauts dirigeants à l'instar du départ massif des infirmières en 1997, départ pour lequel nous ramons encore presque 20 ans plus tard? Comment intégrera-t-on les cadres supérieurs récemment nommés dans leur fonction afin d'assurer la relève des dirigeants?

Le profil de compétences du cadre supérieur est connu ⁴:

- Vision stratégique
- Gestion orientée sur la mission et la clientèle
- Gestion de l'ambigu et du paradoxe
- Gestion de soi
- Innovation et créativité
- Communication interpersonnelle et organisationnelle
- Leadership mobilisateur
- Gestion des partenariats
- Gestion axée sur les résultats
- Gestion du changement

Dans le contexte des nouvelles structures, quel sera le profil de compétences requis? Qui effectuera la transformation?

La transformation ne pourra s'opérer que par les humains. Les cadres supérieurs doivent savoir ce que l'on attend d'eux, puisqu'ils sont les ambassadeurs du rythme du changement transformationnel et les porteurs de l'implantation de la nouvelle culture qui touche profondément les valeurs, le cœur même du réseau.

En comptant les directeurs généraux, directeurs généraux adjoints, les cadres supérieurs et les cadres intermédiaires du réseau socio-sanitaire du Québec, nous sommes environ 13 000 personnes. Nous ne pouvons pas tous avoir tort en même temps, alors qu'une seule personne aurait raison. Il faudra conserver le personnel d'encadrement supérieur pour gérer et administrer de si grosses structures, pour mener le changement. En effet, monsieur Barrette, une réorganisation est comme une chirurgie; même minime, elle comporte des risques.

Quelles sont les valeurs préconisées et portées par le ministre Barrette pour implanter la transformation, quel message la population du Québec reçoit-elle au sujet de la réputation de son réseau de soins et services socio-sanitaires?

⁴ Programme d'accompagnement individualisé pour les nouveaux cadres supérieurs financé par le MSSS et coordonné par l'ACSSSS, 2012.

Recommandation # 6

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, et le gouvernement s'engagent à mettre en place un processus équitable et transparent de recrutement, de sélection, de nomination et de dotation des postes de cadres supérieurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandation #7

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, et le gouvernement consultent l'ACSSSS pour établir le processus de recrutement, de sélection et de nomination des cadres supérieurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandation # 8

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, et le gouvernement précisent dans son plan d'organisation provisoire et dans son échéancier d'implantation de la transformation, la nomenclature des postes d'encadrement supérieur.

Les conditions de travail de ceux qui feront ou ne feront pas la transformation

« *La grandeur de l'homme est dans sa décision d'être plus fort que sa condition.* »

Albert Camus

Le manque d'informations affecte le moral des troupes et suscite bon nombre de questions pour ceux qui consacrent leur vie professionnelle au service des Québécois, au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Un très grand nombre d'interrogations au sujet des conditions de travail et des conditions d'exercice de ceux qui feront ou ne feront pas la transformation subsistent actuellement.

Un moyen suggéré pour limiter les effets négatifs dans la prestation de services à la population passe par le maintien du *Règlement sur certaines conditions de travail des cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux*⁵. Ainsi, l'ACSSSS demande au ministre Barrette un engagement ferme sur le respect des conditions de travail des cadres supérieurs et, ce faisant, l'exclusion de l'article 119 du projet de Loi 10.

Après la transformation projetée, il sera impératif de revoir le système de classification des postes d'encadrement. En effet, cette révision, qui n'a pas été complétée depuis la réforme de 2004, devra obligatoirement tenir compte du niveau de complexité accru que généreront les nouvelles mégastructures, eu égard à la fonction de cadres supérieurs.

L'ACSSSS suggère également au ministre Barrette de mettre en place un programme de transition de carrière ainsi que des mesures incitatives pour ceux qui opteront ou qui feront face à une retraite hâtive. De telles mesures ont d'ailleurs eu cours lors de la réforme de M. Couillard en 2004, alors que celui-ci était ministre de la Santé et des Services sociaux.

L'ACSSSS s'interroge sur l'impact qu'aura la réforme sur le régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Actuellement, le ratio est d'un travailleur actif pour un retraité. Qu'advient-il de la pression insufflée sur ce régime si, par exemple, on passe d'un travailleur actif pour deux retraités? Quel legs sommes-nous en train d'instituer envers les générations futures? Bien que ce type de question n'attire pas un capital de sympathie aux yeux de la population, légalement le droit à la constitution et à la contribution du régime de retraite existe. Aussi, compte tenu du fait que la rémunération n'a pas été revue depuis fort longtemps, un tel avantage constitue pour eux une condition attractive.

⁵ Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2, a. 487.2)
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_4_2/S4_2R5_1.HTM>

Finalement, la question de l'exclusivité de fonction stipulée au projet de Loi 10 irrite. En effet, pour les directeurs des services professionnels (DSP), le modèle DSP clinicien est bien implanté au Québec et permet de doter des postes de DSP qui autrement seraient dépourvus de titulaires, contrairement aux exigences légales contenues dans la LSSSS. Également, plusieurs cadres supérieurs sont titulaires de charges de cours à l'université. Ils préparent la relève en soins infirmiers ou en administration de la santé. De ce fait, leur expérience et leur expertise bénéficient aux étudiants. Le développement des compétences et le partage des connaissances sont au cœur de leurs préoccupations.

Recommandation # 9

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, s'engage fermement à maintenir le Règlement actuel sur les conditions de travail des cadres supérieurs.

Recommandation # 10

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, mette en place un programme de transition de carrière et des mesures incitatives pour ceux qui feront face à une retraite hâtive, permettant un service d'accompagnement et de financement nécessaire à la réorientation de carrière.

Recommandation # 11

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, retire l'exclusivité de fonction stipulée à l'article du projet de Loi 10.

Les mesures de soutien et d'accompagnement

« Nous sommes ce que nous faisons de manière répétée. L'excellence n'est donc pas un acte mais une habitude. »

Aristote

Les cadres supérieurs se questionnent sur le temps alloué pour harmoniser les pratiques dans la transformation. Y aura-t-il des mesures transitoires? Quels seront les moyens mis à leur disposition pour rencontrer les objectifs dans un contexte de rareté des ressources?

L'ACSSSS épouse la mission des cadres supérieurs. Afin de les supporter dans la mise en œuvre de leurs fonctions, l'ACSSSS a pour principale mission de développer et de maintenir un environnement de travail qui soit le plus constamment favorable aux cadres supérieurs. Depuis 10 ans, l'ACSSSS est devenue le chef de file en matière de développement de soutien et de rayonnement de ses membres. Fière partenaire du MSSS depuis 2010, elle a assuré la coordination et la diffusion du séminaire en résidence du programme de relève hors-cadre et du programme national de relève des cadres supérieurs. Elle coordonne le programme de soutien individuel par coaching. Elle est en mesure de bien identifier les besoins des cadres supérieurs et, à cet effet, elle a déjà déposé au MSSS, avant le dépôt du projet de Loi 10, un projet de plan d'accompagnement et de mesures de soutien au bénéfice des dirigeants qui feront la transformation. Le développement des compétences au moyen de brèves sessions de formations portant sur l'arrimage entre les mégastructures et le changement de culture engendré par la réforme sont suggérées. Un accompagnement individualisé et le coaching collaboratif des équipes sur le terrain s'imposeront pour assurer la transformation. Le financement de ces programmes par le MSSS devra être au rendez-vous. L'ACSSSS s'inscrit comme partenaire pour la mise en place, la coordination et la diffusion de ces programmes.

Recommandation # 12

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, accorde la coordination et la diffusion des programmes d'accompagnement et des mesures de soutien à l'ACSSSS et qu'il octroie un budget pour le financement du développement, de la coordination et de la diffusion des programmes dédiés au support et à l'accompagnement des cadres supérieurs qui mettront en place la transformation, soit par des séminaires de formations et/ou par du coaching individuel et collaboratif des équipes, pendant la durée nécessaire à la mise en place de la transformation.

Voici, en vrac, quelques idées provenant des cadres supérieurs pour réduire les coûts

- Contrôler les dépenses liées aux médicaments;
- Mieux encadrer les tests diagnostics;
- Mieux encadrer et mieux contrôler les augmentations de salaire des médecins;
- Réviser les PREM dans certaines régions éloignées pour permettre à des médecins intéressés de s'installer dans ces régions sans autorisations de dépannage qui coûtent chers (hébergement, frais de déplacement, temps de déplacement rémunéré);
- Optimiser la pratique infirmière, intégrer les IPS dans les urgences;
- Diminuer la main-d'œuvre indépendante;
- Conserver l'approche LEAN pour continuer le développement de cette culture qui permet d'éviter le gaspillage;
- Standardisation des processus pour les éléments communs : centrales téléphoniques, paie, regroupement des approvisionnements, utilisation des logiciels en *open source* (gratuit);
- Effectuer une gestion plus serrée des mauvaises créances en CHSLD;
- Adapter les frais d'hébergement en CHSLD comme le fait la France (composante soins et hôtellerie). En effet, actuellement les frais d'hébergement sont calculés selon les revenus de la personne qui souvent se départit de ses biens avant d'être trop malade, contournant ainsi les règles du calcul;
- Revoir l'efficacité médicale et l'encadrement des pratiques médicales, des prescriptions et des services. Par exemple, certaines pratiques d'urgence sont appliquées en CHSLD, niveau de soins, investigation, traitement;
- Revoir avec rigueur la gestion au niveau des dossiers électroniques, évitant de faire affaire avec des entreprises qui ont le monopole;
- Revoir l'utilité directe, pour les prestataires de soins et les gestionnaires, de certaines redditions de compte qui prennent trop de temps et qui coûtent plus cher que ce qu'elles permettent d'épargner;
- Revoir les décisions dont la logique n'est que politique, par exemple, la procréation assistée;
- Revoir le mode de rémunération des médecins;
- Récupérer les argents distribués aux GMF qui n'ont pas répondu à leur engagement envers la population du Québec;
- Revoir les pratiques liées aux libérations syndicales. Pourquoi l'employeur doit-il assumer ces coûts seul alors qu'ils pourraient être aux frais du syndicat et/ou de la cotisation des membres?
- Revoir le gaspillage de nourriture des personnes en CHSLD. Près de la moitié finit aux poubelles, réévaluer leurs besoins alimentaires en tenant compte de leurs habitudes d'alimentation à la maison.