

Université de Montréal

Le rôle des connaissances scientifiques dans la gestion de la santé

par

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

Département d'Administration de la Santé

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Philosophiæ Doctor (Ph.D)

en santé publique



janvier, 2002

©Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, 2001

WA

5

U58

2002

v. 010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Le rôle des connaissances scientifiques dans la gestion de la santé

présentée par:
Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Président du jury Raynald Pineault
Directeur de recherche.....Gilles Dussault
Membre du juryJean-Louis Denis
Examineur externeMichel Audet
Représentante du doyenMichèle Rivard

SOMMAIRE

La performance organisationnelle est le résultat des activités mises en place à partir des décisions de différents acteurs sociaux engagés dans le fonctionnement de l'organisation. La qualité des décisions peut être accrue si les décideurs disposent d'informations adéquates. Les résultats provenant de travaux de recherche scientifique sont des sources potentielles de ce type d'information. Pourtant, il semble que les gestionnaires n'utilisent pas suffisamment ces résultats.

De fait, le processus d'utilisation de connaissances par les gestionnaires n'est pas encore bien compris. Les études sur l'utilisation des connaissances adoptent souvent une conception réificatrice de la décision organisationnelle et une conception objectiviste de la science. Ces conceptions peuvent être adéquates aux domaines des technologies «dures», mais dans des domaines où la compréhension des phénomènes n'est pas possible en dehors de leur contexte, comme celui de l'administration de la santé, elles semblent moins appropriées.

Nous partons de l'idée que les pratiques scientifique et administrative sont des jeux de langage particuliers. Le concept de jeux de langage attire l'attention sur le fait que les significations des expressions linguistiques ne sont pas données par la référence à une réalité objective extérieure aux individus, mais bien par les modes de leur utilisation dans des contextes particuliers. Ainsi, l'utilisation de la connaissance scientifique par les gestionnaires dépend de la possibilité de communication entre les formes de vie et les jeux de langage des deux groupes.

Partant de ces conceptions, nous étudions l'utilisation de la connaissance scientifique par un groupe de gestionnaires de la santé. Nous repérons les concepts utilisés par les gestionnaires pour donner un sens à leurs décisions et à leurs actions dans le processus de mise en place d'une nouvelle structure organisationnelle, à savoir, l'organisation par programme. Dans un deuxième temps, nous repérons les concepts employés par les scientifiques qui ont publié sur le thème de la gestion par programme. Comparant les concepts utilisés par les deux groupes pour caractériser la gestion par programme, nous pouvons reconnaître l'existence de concepts communs et chercher l'origine de leur adoption.

En adoptant une approche sémiotique, nous définissons les concepts structurant la pensée et orientant l'action des individus comme des métaphores. Comme nous les comprenons, les métaphores sont essentiellement des processus générateurs de signification. De plus, elles représentent les moyens, par excellence, utilisés par les êtres humains pour raisonner.

Les résultats de notre étude montrent que les gestionnaires et les scientifiques partagent la plupart des concepts/métaphores liés à la gestion par programme. Nous observons aussi l'existence de rapports intellectuels entre les membres des deux groupes. Nous pouvons donc

parler d'utilisation des connaissances scientifiques dans la mesure que les gestionnaires justifient leur décision d'implanter la gestion par programme sur la base des concepts employés dans les travaux de recherche.

ABSTRACT

Organizational performance is the result of activities following the decisions of different social actors involved in the life of the organization. Decision-makers can increase the quality of their decisions if they have access to adequate information. Scientific research is a potential source of this type of information. Yet, it seems that managers do not use sufficiently the results of research.

Actually, scientific knowledge use by managers is not yet well understood. Studies on this issue too often adopt a reified conception of organizational decision and an objectivist conception of science. Such conceptions can be adequate to “hard” technology fields, but, wherever phenomena are only comprehensible in their context, as in the health administration domain, they seem less suitable.

In our point of view, scientific practice and managerial practice are better defined as particular language games (Wittgenstein, 1984). The concept of language games brings attention to the fact that the meanings of linguistic expressions do not flow from reference to an external and objective reality, but from the way in which they are employed in particular contexts. Therefore, the use of scientific knowledge by managers depends on the possibility of communication between the language games of scientists and administrators.

We investigated the utilization of scientific knowledge by a group of health care managers. We identified the concepts used by them to make sense of their decisions and actions during the implementation of a new organizational structure, e.g. program management. Later, we examined the concepts used by scientists who published on the issue of program management. Comparing the concepts used by these two groups, we were able to identify the existence of common concepts. Adopting a semiotic approach, we defined the concepts that structure one's discourse as metaphors. Metaphors are the processes by which meanings are generated (Eco, 1988). Furthermore, they represent the essential means used by human beings to reason (Lakoff, 1987).

Our results showed that managers and scientists share most of the concepts/metaphors related to program management. We could also observe the existence of intellectual exchanges between them. In our case study, we may speak of scientific knowledge use in the sense that managers justified their decision favoring program management based on concepts used in the researchers' works.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction et objectifs de la thèse.....	1
2. Les diverses approches pour l'étude de l'application des connaissances.....	4
2.1. Études sur l'utilisation des connaissances par des décideurs.....	4
2.2. Apport de la psychologie cognitive.....	9
2.3. Approches socio-épistémologiques.....	11
2.4. Commentaires critiques sur les approches revues.....	15
3. Cadre conceptuel : jeux de langage et métaphores.....	19
3.1. Les jeux de langage.....	19
3.2. Les métaphores.....	22
3.3. L'utilisation des connaissances scientifiques comme un jeu de langage basé sur l'échange de métaphores.....	27
4. Méthodologie.....	33
4.1. Questions de recherche.....	33
4.2. Étude qualitative de cas.....	36
4.2.1. L'hôpital.....	37
4.2.2. Les textes professionnels.....	42
4.2.3. Les écrits scientifiques.....	44
4.3. Méthodes d'analyse.....	48
4.3.1. Analyse des discours.....	48
4.3.2. Appariement entre la configuration empirique et le modèle théorique.....	53
5. La gestion par programme à l'hôpital Tremblay.....	56
5.1. Contexte.....	56
5.1.1. Evolution de la pratique psychiatrique et des politiques de santé mentale.....	56
5.1.2. Survol de l'histoire de l'hôpital.....	61
5.1.3. Profil actuel de l'hôpital.....	63
5.2. La restructuration vers la gestion par programme.....	65
5.2.1. Le Plan stratégique 1997-2000.....	65
5.2.2. Le Plan d'organisation.....	67

5.2.3. Entrevues auprès des gestionnaires de l'hôpital.....	70
5.2.3.1. Justifications de la restructuration.....	70
5.2.3.2. Dissémination des justifications à l'intérieur de l'hôpital.....	75
5.3. Métaphores caractérisant la gestion par programme à l'hôpital.....	83
6. La gestion par programme dans les publications professionnelles canadiennes : métaphores employées dans les écrits professionnels.....	86
7. La gestion par programme dans les écrits scientifiques.....	97
7.1. La gestion par programme.....	97
7.1.1. La gestion par programme comme gestion de projets.....	97
7.1.2. La gestion par programme dans le domaine de l'administration de la santé.....	98
7.1.3. Le sens de l'expression « gestion par programme ».....	101
7.2. La gestion par lignes de produit.....	102
7.3. La gestion de la maladie.....	107
7.4. L'approche des « firmes centrées ».....	110
7.5. La gestion de l'utilisation.....	112
7.6. La gestion de cas.....	115
7.7. La gestion de la qualité.....	118
7.8. Les soins centrés sur le patient.....	122
7.9. La réingénierie des organisations de santé.....	129
7.10. L'organisation matricielle.....	134
7.11. La décentralisation organisationnelle.....	140
7.12. Métaphores relatives à la gestion par programme dans les écrits scientifiques.....	145
8. La formation du concept de gestion par programme.....	151
8.1. Les sources originelles.....	151
8.2. La diffusion des concepts de gestion de projets et de gestion par lignes de produit dans le secteur de la santé.....	153
8.3. La contribution scientifique à la formation du concept de gestion par programme.....	156
9. Les facteurs influant sur l'utilisation des connaissances scientifiques par les gestionnaires....	162
9.1. L'accessibilité à la connaissance scientifique sur la gestion par programme.....	162
9.2. Le caractère stratégique ou routinier de la décision de restructurer l'hôpital.....	166

9.3. La participation dans le processus de prise de décision.....	167
9.4. Les rapports de l'hôpital avec d'autres organisations.....	169
9.5. Les expériences professionnelles des gestionnaires.....	172
9.6. Les facteurs favorables et défavorables.....	175
10. L'avis des chercheurs travaillant à l'hôpital.....	177
11. Comparaison des discours.....	180
11.1. Convergences et divergences entre les métaphores utilisées par les gestionnaires de l'hôpital et celles utilisées par les textes professionnels.....	180
11.2. Convergences et divergences entre les métaphores des textes professionnels et celles des écrits scientifiques.....	189
11.3. Convergences et divergences entre les métaphores utilisées par les gestionnaires de l'hôpital et celles utilisées par les scientifiques.....	191
11.4. Le sens professionnel et le sens scientifique de la gestion par programme.....	195
12. Discussion.....	196
12.1. L'existence d'échanges intellectuels entre les gestionnaires et les scientifiques.....	196
12.2. Le sens de l'influence: des chercheurs vers les gestionnaires ou vice-versa ?.....	197
12.3. L'influence du contexte sur le discours managérial.....	200
12.4. Le rôle de certains facteurs influents.....	205
12.4.1. L'accessibilité à la connaissance.....	206
12.4.2. Le caractère stratégique de la décision de restructurer l'hôpital.....	206
12.4.3. La participation dans le processus de prise de décision.....	207
12.4.4. Les rapports de l'hôpital avec d'autres organisations.....	207
12.4.5. Les expériences professionnelles des gestionnaires.....	208
12.4.6. Les facteurs d'influence: les rôles prévus et les rôles accomplis.....	208
12.5. Le processus d'utilisation des connaissances scientifiques dans l'implantation de la gestion par programme à l'hôpital Tremblay.....	209
13. Conclusion: la contribution scientifique à la gestion de la santé.....	213
Références.....	218
Remerciements.....	xvi

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1 - Les justifications les plus souvent mentionnées de la décision de décentraliser la structure organisationnelle de l'hôpital	76
Tableau 2 - Distribution proportionnelle du nombre de citations des justifications de la décision de décentraliser parmi les différents groupes hiérarchiques des répondants	78
Tableau 3 - Distribution proportionnelle du nombre de citations des justifications de la décision de décentraliser parmi les différents groupes de professionnels	80
Tableau 4 - Distribution proportionnelle du nombre de citations des justifications de la décision de décentraliser parmi les anciens et les nouveaux membres de l'hôpital	82
Tableau 5 - Nombre de gestionnaires ayant ou non des contacts personnels avec des chercheurs.....	163

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Les relations entre les jeux de langage humains, les jeux des gestionnaires et des chercheurs.....	22
Figure 2 - Modèle théorique	32
Figure 3 - Distribution des thèmes les plus fréquents parmi les approches de gestion analysées.....	149
Figure 4 - L'utilisation des connaissances scientifiques au sujet de la gestion par programmes par les gestionnaires de l'hôpital Tremblay.....	210

LISTE DES REVUES QUI ONT PUBLIÉ LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES
SUR LA GESTION PAR PROGRAMME

AFM - Archivals of Family Medicine

AJMC - American Journal of Managed Care

AJN - American Journal of Nursing

AJP - American Journal of Psychiatry

AJPH - American Journal of Public Health

AMJ - Academy of Management Journal

ASQ - Administrative Science Quarterly

BMJ - British Medical Journal

CL - The Cochrane Library

CMHJ - Community Mental Health Journal

CMR - California Management Review

FHSM - Frontiers of Health Services Management

GRIS - Cahiers du GRIS (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, U. de Montréal)

HCFJ - Healthcare Forum Journal

HCFR - Health Care Financing Review

HCMF - Healthcare Management Forum

HCMR - Health Care Management Review

HMF - Health Management Forum

HHSA - Hospital & Health Services Administration

HM - Health Matrix

HNP - Holistic Nursing Practice

HSMR - Health Services Management Research,

HSR - Health Services Research

IJHPM - International Journal of Health Planning and Management

(suite)

IJPM - International Journal of Project Management

Inq - Inquiry

JCM - Journal of Case Management

JCVN - Journal of Cardiovascular Nursing

JHCM - Journal of Healthcare Management

JHPN - Journal of Health Planning and Management

JM - Journal of Management

JMS - Journal of Management Studies

JNA - Journal of Nursing Administration

JNCQ - Journal of Nursing Care Quality

JNSD - Journal for Nurses in Staff Development

JOM - Journal of Oncology Management

JQHC - Journal of Quality in Health Care

JSHS - Journal of the Society for Health System

LE - L'Encéphale

LIQ - L'Infirmière du Québec

MCI - Managed Care Interface

MC - Medical Care

MCCR - Medical Care Research and Review

NAQ - Nursing Administration Quarterly

NE - Nursing Economics

NEJM - New England Journal of Medicine

NM - Nursing Management

NR - Nursing Research

(suite)

NS - Nursing Standard

OPS - Publication de l'Organisation panaméricaine de la santé

PEC - Patient Education and Counseling

PHN - Public Health Nursing

PMJ - Project Management Journal

PS - Psychiatric Services

QRB - Quality Review Bulletin

Rupt - Ruptures

SINP - Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal

SMQ - Santé mentale au Québec

TEC - Technovation

TG - The Gerontologist

À ma femme, Luciana.

À mes parents, Remy et Neta.

À mes filles, Beatriz, Júlia et Clarice.

La culture est ce qui subsiste quand on a tout oublié ce qu'on avait appris.

Selma Lagerlöf (1858-1940)
Prix Nobel de littérature de 1909

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement le professeur Gilles Dussault pour avoir accepté de diriger mes travaux de doctorat et pour l'avoir fait dans un climat propice à la consolidation d'une relation d'amitié.

Je remercie également tout le corps enseignant du Programme de doctorat en Santé publique de l'Université de Montréal, en spécial les professeurs André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis et Claude Sicotte pour l'aide qu'ils m'ont apportée au cours de mes études.

Je remercie le professeur François Champagne pour ses précieux conseils et pour le support qu'il m'a accordé à travers les projets du Réseau de liaison et d'application de l'information sur la santé - HEALNet/RELAIS.

Je remercie le professeur Daniel Reinharz, mon collègue au doctorat, pour l'aide inestimable qu'il m'a apportée dans la discussion des résultats de ma recherche et aussi dans la correction du texte final de la thèse.

Je remercie le professeur Gilles Bibeau, du Département d'anthropologie de l'Université de Montréal, pour les précieux conseils qu'il m'a donnés pendant la rédaction de la thèse.

Je remercie la direction de l'hôpital qui m'a autorisé à y faire la cueillette de données et tous les personnes qui m'ont accordé des entrevues.

Je remercie le personnel du Département d'administration de la santé et du Département de médecine préventive et sociale, en spécial les mesdames Nicole Sabbagh, Nicole Roberge, Linnete Cohen, Sylvie Leroux, Francine Auger et France Pinsonneault pour leur accueil et pour m'avoir orienté dans toutes les démarches bureaucratiques essentielles à l'accomplissement de ma vie universitaire. France Pinsonneault m'a aidé encore à identifier l'auteur de l'aphorisme sur la culture.

Je remercie les collègues Delphine Arweiller, Marcelin Ayé, Astrid Brouselle, Daniel Campeau, Walcir Cardoso, Damien Contandriopoulos, Carl Dubois, Marc-André Fournier, Abderrahmane Maaroufi, Nimâ Machouf, Cristian Morales, Pierre Pluye, Marie-Pascal Pomey et Margareth Zancheta pour leur appui dans de différents moments du développement de ma thèse.

Je remercie mes frères et mes sœurs João Carlos, Patrícia, André, Isabel et Madalena et les amis Rita de Cássia et Maurício, sans l'appui desquels je n'aurais pas pu m'absenter du Brésil.

La réalisation du doctorat aurait été impossible sans le support de l'Universidade Estadual de Feira de Santana et de la Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) du Ministère de l'Éducation du Brésil.

1. Introduction et objectifs de la thèse

La performance organisationnelle, dans toutes ses dimensions, est le résultat des activités mises en place à partir des décisions de différents acteurs sociaux engagés dans le fonctionnement de l'organisation. De meilleures décisions doivent amener à la réalisation d'activités plus conformes à une bonne pratique administrative et à une amélioration de la performance.

La qualité des décisions peut être accrue si les décideurs disposent d'informations adéquates, c'est-à-dire pertinentes, précises, toujours d'actualité et utilisables. Les résultats provenant de travaux de recherche scientifique sont des sources potentielles de ce type d'information. Leur prise en considération par les décideurs est donc tout à fait souhaitable.

Plusieurs études ont été réalisées pour évaluer les niveaux d'utilisation de la connaissance scientifique par les gestionnaires. D'emblée, c'est la complexité des rapports entre l'information scientifique et la prise de décision qui ressort. D'abord, il y a une incertitude inhérente à la pratique de la gestion qui fait que les décisions ne peuvent pas toujours suivre les recommandations émanant de travaux de recherche. Deuxièmement, dans le processus de prise de décision, la connaissance scientifique n'est qu'un parmi plusieurs facteurs à prendre en compte. Troisièmement, les formes d'organisation des processus de travail et le contexte social influent sur les possibilités de prendre en compte la connaissance scientifique. Finalement, le mode de production de la connaissance et la conception de science qui y est sous-jacente semblent être aussi des déterminants de l'utilisation.

Ainsi, les premières questions à soulever, quand on veut étudier l'application des connaissances scientifiques à l'administration, sont la compréhension des caractéristiques des pratiques de gestion, particulièrement des processus de prise de décision, et la compréhension de la pratique scientifique et du genre de connaissance qu'elle produit.

Une conception réificatrice de la décision organisationnelle et une conception objectiviste de la science peuvent peut-être être adéquates pour comprendre l'utilisation des connaissances selon le modèle de l'application technique (Santos, 1989) plus commun dans les domaines des technologies «dures», comme la physique et la chimie (Champagne, 1999). Dans des domaines où les phénomènes sont plus difficilement transformés en «variables» et où il n'est pas possible de les comprendre en dehors de leur contexte, comme celui de l'administration, il semble plus approprié d'adopter des conceptions moins instrumentales de la décision et de la science.

Nous préférons partir de l'idée que la pratique scientifique, en général, et la pratique administrative sont des jeux de langage particuliers (Wittgenstein, 1965, 1984). Le concept de jeu de langage attire l'attention sur le fait que, si la vie acquiert du sens par le langage, les

significations des expressions linguistiques ne sont pas données par la référence à une réalité objective extérieure aux individus, mais bien par les modes de leur utilisation dans des contextes particuliers. Ainsi, l'utilisation de la connaissance scientifique par les gestionnaires dépend de la possibilité de communication entre les formes de vie et les jeux de langage des deux groupes.

Partant, donc, de ces conceptions de la pratique de gestion et de la pratique scientifique, nous nous proposons d'étudier l'utilisation de la connaissance scientifique par les gestionnaires des organisations de santé.

Plus concrètement, nous voulons repérer les concepts utilisés par les gestionnaires d'un hôpital particulier pour donner un sens à leurs décisions et à leurs actions dans le processus de mise en place d'une nouvelle structure organisationnelle, à savoir, la gestion par programme. Les moments de changement organisationnel favorisent le repérage de concepts importants pour la compréhension de la réalité de l'organisation. Dans un deuxième temps, nous repérerons les concepts employés par les scientifiques qui ont publié sur le thème de la gestion par programme. Comparant les images utilisées par les deux groupes pour caractériser la gestion par programme, nous pourrons repérer l'éventuelle existence de métaphores et de concepts communs et chercher l'origine de leur adoption.

Il faut dire que, dans une approche sémiotique, les concepts les plus structurants de la pensée et de l'action des individus sont des métaphores. Comme nous les comprenons, les métaphores sont beaucoup plus que des ressources littéraires. Elles sont essentiellement les processus générateurs de signification (Eco, 1983). De plus, elles représentent les moyens, par excellence, utilisés par les êtres humains pour raisonner (Lakoff et Johnson, 1980).

En somme, notre objectif principal est savoir à quel point il y a convergence entre les jeux de langage des chercheurs et des gestionnaires. D'abord, nous voulons vérifier si les concepts utilisés pour comprendre et pour expliquer la gestion par programme sont communs aux deux groupes. Deuxièmement, nous examinerons s'il y a des échanges de concepts/métaphores entre savants et praticiens. Finalement, nous repérerons les facteurs qui peuvent influencer sur ces échanges.

Pour y arriver, nous analyserons les discours des gestionnaires sur le dossier de l'implantation de la gestion par programme et comparerons les métaphores utilisées par les décideurs avec celles présentes dans les écrits scientifiques. Ainsi notre thèse visera les objectifs suivants :

A) Repérer les métaphores utilisées par les gestionnaires pour expliquer la décision de mettre en place la gestion par programme dans leur organisation.

B) Comparer les métaphores utilisées par les gestionnaires avec les concepts adoptés dans la production scientifique sur la gestion par programme.

C) Repérer les facteurs influençant l'adoption des métaphores par les gestionnaires.

Nous commencerons l'étude par une revue critique des travaux sur l'utilisation des connaissances scientifiques. Ensuite, nous présenterons les cadres conceptuel et opératoire que nous avons adoptés pour réaliser la recherche. Après, nous discuterons sur les résultats obtenus, ou mieux, sur les significations de la gestion par programme pour chacun des groupes étudiés, sur la formation de ce concept de gestion et sur les facteurs pouvant influencer sur l'application des connaissances. Par la suite, nous comparerons les discours professionnels et scientifiques sur la gestion par programme, en repérant les points de convergence et de divergence. Dans la section consacré à la discussion, nous apparierons les résultats obtenus aux divers éléments du modèle théorique. Ainsi, nous essayerons d'expliquer les convergences et les divergences, nous dégagerons le sens de l'influence et nous préciserons les rôles du contexte en général et de certains facteurs particuliers dans l'explication du phénomène de l'application des connaissances scientifiques. Finalement, nous conclurons avec des commentaires sur la contribution scientifique à la gestion de la santé et avec quelques pistes de recherches futures.

La section suivante est consacrée à la revue des écrits sur l'utilisation des connaissances. Nous y verrons que sont diverses les approches existantes. Dans le but de faciliter la présentation, nous avons classés les écrits en trois groupes: les études sur l'utilisation des connaissances par des décideurs, les textes appartenant à la psychologie cognitive et les approches socio-épistémologiques.

2. Les diverses approches pour l'étude de l'utilisation des connaissances

La documentation sur l'utilisation de la connaissance scientifique est riche et variée. Thomas Backer (1993 *apud* Roy *et al.*, 1995), président de la *Knowledge Utilization Society*, a fait l'inventaire des nombreux domaines qui contribuent à l'étude de ce thème: le champ du transfert de technologies, la dissémination et l'utilisation de l'information, l'utilisation de la recherche, la diffusion de l'innovation, la sociologie de la connaissance, le changement organisationnel, la recherche sur l'élaboration de politiques et la communication interpersonnelle et de masse.

Dans notre revue des travaux, compte tenu du fait que notre intérêt de recherche s'attache à l'utilisation des connaissances à la gestion, nous nous centrerons sur les travaux issus de la recherche dans les sciences du social et de l'administration. Nous classerons les écrits en trois groupes: le premier groupe réunira les travaux produits dans le champ spécialisé de l'utilisation des connaissances scientifiques par des décideurs; le deuxième contiendra les écrits du domaine de la psychologie cognitive; et le troisième présentera des études qui prennent une approche sociologique et épistémologique. Ce classement correspond aux domaines où se situent les travaux consacrés à l'étude du rapport entre les connaissances et les organisations.

2.1. Les études sur l'utilisation des connaissances par des décideurs

Les modèles pour étudier l'utilisation de la connaissance scientifique par les décideurs sont très nombreux. Un des modèles les plus adoptés est celui de l'entrée/sortie (input/output), aussi connu comme le modèle du conduit. D'après ce modèle, on peut tracer le flux de l'information dès le moment où elle entre dans l'organisation jusqu'au moment où une action est réalisée. Ce modèle suppose que l'impact d'une information isolée sur le comportement d'un individu particulier puisse être mesuré. Il s'agit d'un modèle linéaire, où les spécialistes produisent de l'information qui est transmise directement aux usagers, ou indirectement grâce à des agents de liaisons.

Toutefois, les présuppositions à la base de ce modèle sont de plus en plus remises en question. Rich (1997), par exemple, croit que les connaissances produisent *des* effets et non *un* effet unique. De façon similaire, les décisions ne représentent pas un événement isolé. Il est impossible donc de prédire si une information particulière aura un effet sur une décision particulière. Roy *et al.* (1995) ajoutent que le modèle linéaire ignore les variables contextuelles et les cycles itératifs qui interviennent nécessairement dans tout processus de transfert de

connaissances. De plus, ce modèle présuppose que le chercheur occupe une position dominante par rapport à l'usager de la connaissance, qui se voit niée la qualité d'acteur actif.

Roy *et al.* (1995) repèrent encore deux autres modèles plus récents proposés pour étudier l'utilisation de connaissances. L'un s'appelle le «modèle en spirale». Bouchard et Gélinas, qui ont conçu ce modèle, considèrent que «l'univers de l'humain agissant» et «l'univers de l'humain chercheur» sont en interaction permanente, «dans un mouvement d'alternance continu et progressif vers l'intégration d'un savoir supérieur et d'une pratique plus consciente» (Bouchard et Gélinas, 1990 *apud* Roy *et al.*, 1995:31). L'autre modèle, appelé «d'échange à trois volets» (Boggs, 1992 *apud* Roy *et al.*, 1995), conçoit la connaissance en sciences sociales comme le produit de l'interaction entre les chercheurs, les sujets de recherche et les preneurs de décisions, chacun étant simultanément producteur et utilisateur des connaissances. De plus, Roy *et al.* (1995) proposent leur propre modèle. Pour eux, la connaissance est le produit des interactions entre des systèmes sociaux reliés en réseaux. L'adoption d'une connaissance nouvelle signifie qu'un système social donné se réapproprie cette connaissance à partir de son propre point de vue.

Dans leur revue des écrits, Oh et Rich (1996) repèrent un modèle qu'ils appellent «la perspective de l'intérêt organisationnel». Ce modèle part de l'hypothèse selon laquelle les règles, les structures et les normes organisationnelles sont des facteurs essentiels pour comprendre l'utilisation de l'information. Il suppose aussi que les acteurs organisationnels font des choix qui maximisent les intérêts de l'organisation. Ces mêmes auteurs repèrent un autre modèle, appelé «la perspective de la communication», qui met l'accent sur les difficultés que la communauté scientifique et les décideurs éprouvent pour s'entendre.

Oh et Rich critiquent ces deux modèles comme incomplets et proposent un modèle intégré de l'utilisation de l'information. Leur modèle est composé de quatre groupes d'éléments déterminants de l'utilisation: les facteurs environnementaux, les caractéristiques organisationnelles, les caractéristiques des décideurs et les caractéristiques de l'information. En discutant les résultats de leur recherche empirique, ils mettent l'accent sur trois points: premièrement, l'importance théorique des facteurs de l'environnement; deuxièmement, le fait que des types différents d'information affectent l'utilisation à travers des mécanismes différents (par exemple, l'information générée à l'intérieur de l'organisation est plus facilement acceptée); et troisièmement, le fait que des secteurs administratifs différents adoptent des mécanismes différents dans l'utilisation de l'information.

Weiss (1979) propose une typologie composée de sept modalités différentes de l'utilisation des résultats de recherche: l'application de la recherche fondamentale, la solution de problèmes spécifiques, l'éclaircissement ou l'utilisation conceptuelle (la connaissance mise en

contexte pour aider à la compréhension d'un phénomène), le modèle politique (la rationalisation d'une décision déjà prise), l'utilisation tactique (pour retarder une action), le modèle interactif (dépendant des rapports chercheurs-décideurs), et l'utilisation intellectuelle (qui enrichit la pensée du chercheur).

Webber (1991) a trouvé, dans une revue des écrits, quatre types d'explications à la variation du degré d'utilisation des connaissances par les décideurs politiques: l'explication connaissance-spécifique, celle basée sur la théorie des deux communautés, une troisième explication qui met l'accent sur le contexte de la prise de décision et la dernière qui se centre sur le processus politique. Le premier type explique le degré d'utilisation par le type de recherche, à partir de sa pertinence et de la solidité méthodologique. La théorie des deux communautés soutient que les différences culturelles empêchent une meilleure communication entre chercheurs et décideurs. Les études du contexte de la prise de décision s'attachent surtout à l'examen de l'usage d'information par les législateurs. Et, finalement, les études des processus politiques se centrent sur l'analyse des effets provoqués par des facteurs sociaux et systémiques dans l'utilisation des connaissances.

À partir de ces éléments, Webber propose son propre modèle théorique. Pour lui, cinq déterminants de l'utilisation de l'information doivent être pris en compte: les activités du processus de décision qui font concurrence à l'utilisation des connaissances, la disponibilité des connaissances, les objectifs des décideurs, le contexte de la prise de décision et les caractéristiques personnelles des décideurs.

Lomas (1997) élabore un modèle qui cherche à situer l'utilisation des connaissances dans le contexte du processus de prise de décision. Pour cet auteur, les trois groupes d'éléments importants qui ont une influence sur le processus décisionnel sont les valeurs, la structure décisionnelle de l'institution et l'information. Tous ces facteurs interagissent dans le processus de détermination de l'utilisation des connaissances.

Astley et Zammuto (1992) présentent une approche assez différente. Ils utilisent le concept de «jeux de langage» pour attirer l'attention sur les formes spécialisées de discours des membres de communautés particulières. Ainsi, les scientifiques et les intervenants ont des formes différentes de discours qui découlent de leurs formes différentes de vie. Le discours savant contribue à la pratique des gestionnaires en fournissant, plutôt que des instruments particuliers de gestion, des conceptualisations différentes des problèmes organisationnels.

Mauws et Phillips (1995) proposent aussi une conception de la gestion et de la science découlant des jeux de langage. Contrairement à Astley et Zammuto toutefois, ils pensent que la science des organisations et la gestion, plutôt que deux grands jeux unifiés, sont des réseaux

flexibles de plusieurs jeux de langage. Les résultats de recherche sont utilisés dans différents jeux de langage (le jeu de la publication, de la salle de cours, de la consultation) dont certains comptent sur la participation des gestionnaires.

Un sujet de débat sous-jacent à la plupart de ces modèles porte sur la définition même du terme utilisation. Rich (1997), par exemple, fait la distinction entre quatre concepts: l'usage, l'utilité, l'influence et l'impact. L'usage est la prise de connaissance de l'information par une personne. L'utilité de l'information dépend du jugement de l'utilisateur. L'influence apparaît lorsque l'information mène à une décision qui n'aurait pas été prise, si l'information n'était pas été connue. Et l'impact signifie que l'information a provoqué une action.

Dunn *et al.* (1997) rapportent la distinction entre l'utilisation conceptuelle, qui renvoie aux changements dans les façons avec lesquelles les utilisateurs conçoivent les problèmes, et l'utilisation instrumentale qui s'en remet aux changements du comportement, spécialement les changements pertinents pour la prise de décision. Astley and Zammuto (1992) y ajoutent l'utilisation symbolique qui renvoie à la légitimation des actions par des arguments fournis par la recherche scientifique. Webber (1991) parle de l'utilisation stratégique, concept qui a la même signification que l'utilisation symbolique.

Beyer et Trice (1982 *apud* Roy *et al.*, 1995) ont défini, plus précisément, ces trois formes d'utilisation des connaissances. L'utilisation est conceptuelle quand la connaissance acquise sert à donner un éclairage particulier sur un sujet donné. Elle peut influencer l'action, mais de façon indirecte en fournissant un cadre de réflexion. L'utilisation instrumentale consiste à mettre en pratique les résultats des recherches de mode particulier et direct à des situations réelles. Et l'utilisation symbolique sert soit à justifier des décisions prises pour d'autres raisons, soit à convaincre d'autres acteurs du bien-fondé de la décision.

Un deuxième sujet de débat, dérivé du premier, renvoie au degré d'utilisation de l'information par les gestionnaires. Naturellement, le degré d'utilisation des connaissances dépend de la notion d'utilisation retenue. En général, les auteurs qui soutiennent qu'il n'y a que peu d'utilisation, renvoient généralement à l'utilisation instrumentale. Ceux qui pensent que le degré d'utilisation est satisfaisant, parlent de l'utilisation cognitive et symbolique ou de jeux de langage.

Un troisième sujet de discussion fait référence aux facteurs influant sur le processus de transfert de connaissances.

Un des facteurs les plus souvent cités est la relation chercheur-utilisateur. Des obstacles à l'utilisation de la connaissance découlent des conflits de valeurs et des différences culturelles

entre les chercheurs et les praticiens. Pourtant, l'interaction soutenue entre les membres des deux groupes est vue comme un moyen puissant d'améliorer leur communication.

Un autre facteur influent est l'existence d'agents de liaisons, formels ou informels, faisant le pont entre le milieu universitaire et le milieu de pratique. Les sociétés savantes et les associations de professionnels, au niveau institutionnel, peuvent remplir le rôle d'agents de liaison. En outre, l'organisation de rencontres entre chercheurs et praticiens est vue comme un moyen particulièrement efficace de diffusion des résultats de recherche.

Les caractéristiques de l'information influent aussi sur l'utilisation: la disponibilité, l'accessibilité, la validité, l'applicabilité, l'adaptabilité locale, la pertinence et le potentiel de vulgarisation d'une information déterminent en partie la possibilité, le type et le degré de son utilisation.

Les caractéristiques du processus de décision constituent d'autres facteurs très influents sur l'utilisation des connaissances. Le caractère stratégique ou routinier d'une décision influe directement sur la tendance des décideurs à utiliser plus d'information. En outre, si la structure décisionnelle implique la participation de plusieurs acteurs ou si elle est plutôt centralisée, l'utilisation des connaissances se fait différemment.

Les caractéristiques organisationnelles influant sur l'utilisation des connaissances sont de nature diverse: la taille, l'âge, la technostructure, la culture, la position de l'organisation dans le réseau interorganisationnel, le niveau de complexité et de spécialisation, etc.

Le dernier ensemble de facteurs influents est formé par les caractéristiques des décideurs: la formation de base, la position dans la hiérarchie, l'expérience professionnelle, l'engagement envers l'organisation, la participation à des réseaux d'échange d'information.

Enfin et de façon générale, nous percevons dans ces écrits un souci de repérer les facteurs déterminants de l'utilisation de la connaissance et un effort d'élaboration de modèles capables d'aider la vérification empirique de l'utilisation. Nous observons encore une tendance vers la construction de modèles de plus en plus complexes avec l'accroissement du nombre de facteurs et leurs interactions.

Les écrits qui suggèrent l'adoption du concept de jeux de langage proposent une vision distincte. L'utilisation de la connaissance est le résultat soit du transfert de concepts scientifiques d'un jeu à l'autre, soit des contacts directs entre chercheurs et gestionnaires dans leurs jeux communs.

2.2. L'apport de la psychologie cognitive

Dans le domaine de la psychologie cognitive, plusieurs théories ont été élaborées pour étudier comment les individus et les organisations traitent l'information.

Un de ces modèles est celui de la diffusion des innovations (Rogers, 1983). La diffusion est le processus par lequel une innovation est transmise à travers certains canaux, au cours du temps, parmi les membres d'un système social. Certaines caractéristiques de l'innovation favorisent la diffusion, tandis que d'autres l'empêchent. Parmi les premières, on trouve l'avantage relatif, les possibilités d'être testé et observé. Parmi les dernières, il y a la complexité de l'innovation et l'incertitude entourant son adoption. Les canaux de communications principaux sont les massémédias et spécialement les réseaux informels de pairs. L'information probante sera donc constituée de l'expérience acquise par des collègues significatifs et sera obtenue par contacts interpersonnels. Le facteur «temps» est essentiel: une intervention au moment opportun accroît les chances d'adoption de l'innovation. Finalement, l'information est mieux diffusée si les disséminateurs ciblent non pas les individus, mais le système social où ils se situent.

Une autre théorie mise de l'avant est celle de l'apprentissage social (Bandura, 1977). Cette théorie explique le comportement humain en termes de l'interaction continue entre des déterminants cognitifs, comportementaux et environnementaux. Les personnes ne sont ni des sujets impuissants contrôlés par les forces de l'environnement ni des sujets totalement libres capables de devenir ce qu'ils souhaitent. Au-delà de l'expérience directe, l'apprentissage se produit aussi à travers l'observation du comportement des autres. La capacité d'apprendre par l'observation permet aux individus d'acquérir des modèles de comportement sans avoir besoin de les formuler eux-mêmes. Ces modèles de comportement, toutefois, ne sont pas des copies des comportements observés, mais sont produits par la pensée réflexive des observateurs.

Une troisième théorie s'intéresse au «style cognitif» (Allison et Haynes, 1996). Le style cognitif est défini comme les différences individuelles dans les manières de traiter l'information et l'expérience. Les différents styles cognitifs se distribuent sur un continuum entre deux pôles: le style analytique (ou déductif, rigoureux, contraint, convergent, formel, critique) et le style synthétique (ou inductif, expansif, non contraint, divergent, informel, diffus, créatif). Cependant, les effets d'un style donné ne seront pas nécessairement égaux dans des situations différentes. De fait, la performance est le résultat de l'interaction entre différents styles et différents environnements.

Selon une quatrième théorie, la perspective cognitive en gestion (Walsh, 1995), les gestionnaires sont des «ouvriers de l'information». Pour traiter les informations, ils utilisent leurs

«structures de connaissance». Une structure de connaissance est un modèle mental que les individus utilisent pour donner un sens aux informations reçues. Ces structures peuvent favoriser une approche «top-down», où le traitement des informations est commandé par les théories déjà existantes ou une approche «bottom-up», où le traitement des informations est guidé par les données courantes.

Une cinquième théorie, le «sensemaking» organisationnel (Gioia, 1986) radicalise la perspective cognitive en gestion en affirmant que le traitement de l'information par les personnes est le moteur créateur de la réalité organisationnelle. La thèse principale de cette théorie est que des «symboles» et des «scripts» agissent comme créateurs de sens. Les symboles et les scripts sont des représentations et des cadres structurés de la connaissance conservés dans la mémoire. La compréhension est réalisée et communiquée au moyen de symboles (métaphores). Les scripts servent comme une base pour l'action et l'action, à son tour, facilite le processus de création de sens.

Une sixième approche est proposée par Boland et Tenkasi (1995), selon laquelle les organisations sont caractérisées par un processus de cognition où les groupes de spécialistes interagissent pour créer les modèles de «sensemaking» et de comportement de l'organisation. Ce processus de cognition est construit par la «narration» et par l'«analyse rationnelle» des expériences. La narration renvoie à un modèle de communication, où la signification des messages échangés dépend des caractéristiques des groupes. L'analyse rationnelle conçoit la communication comme l'échange de messages, dont les significations sont littérales.

Huberman (1989) argumente que les résultats des recherches empiriques sur l'utilisation de l'information sont mieux compris par un mélange cohérent de la perspective transactionnelle, celle de la psychologie cognitive, et de la perspective instrumentale, celle qui considère la prise de décision comme étant un processus quasi rationnel. Pour justifier son point de vue, il montre que pour comprendre les corrélations observées dans les recherches instrumentales, entre l'intensité de dissémination de l'information et son utilisation, il faut se rappeler que l'intensité de la dissémination dépend d'une interaction soutenue, où de multiples échanges se passent entre chercheurs et utilisateurs. Or, ces échanges sont mieux compris à travers la perspective transactionnelle.

En somme, les approches psychologiques permettent l'approfondissement de la compréhension des rôles des caractéristiques individuelles et organisationnelles dans le processus de l'utilisation des connaissances. En ce concerne les premières, elles montrent que les êtres humains ne sont pas de «processeurs d'information» mécaniques. Et par rapport aux deuxièmes, ces approches mettent en évidence que les organisations sont plus que des entités factuelles. Elles

sont aussi des constructions subjectives. Finalement, ces études montrent l'importance de l'observation des autres aux niveaux individuel et collectif pour l'intériorisation de nouvelles connaissances.

2.3. Les approches socio-épistémologiques

Ce qui caractérise ces approches sur l'utilisation de la connaissance est l'accent mis sur les facteurs liés au contexte social de la gestion et de la production scientifique. Ceci mis à part, elles sont assez différentes.

Une de ces approches s'intéresse directement à l'utilisation des connaissances par les gestionnaires (Champagne, 1999). Dans cette approche, le domaine de l'administration présente des caractéristiques propres qui empêchent l'utilisation des connaissances sur les mêmes bases que celles des modèles applicables aux technologies «dures». D'abord, la gestion est fondamentalement contextuelle. Deuxièmement, les paramètres d'un problème de gestion ne sont ni bien définis ni consensuels. De plus, les gestionnaires ne connaissent pas toujours le type d'information dont ils ont besoin. Finalement, des contraintes de temps réduisent la capacité des gestionnaires à pouvoir attendre les résultats des travaux de recherche.

En ce qui concerne la connaissance en gestion, elle n'est pas aussi probante pour mener inévitablement à l'utilisation. Elle n'est pas facilement transformable en technologies. Son utilité pour orienter l'action n'est pas souvent très claire. Et le transfert de connaissances peut être rendu difficile par les différences culturelles entre les communautés de chercheurs et de gestionnaires.

Élaborant sur la typologie proposée par Weiss (1979), Champagne argumente que les modèles de l'application de la recherche fondamentale et de la recherche de solutions à des problèmes spécifiques, même s'ils peuvent être utiles dans d'autres domaines de la connaissance, ne sont pas adéquats pour expliquer l'utilisation de la connaissance dans le champ de la gestion. Les modèles interactif, politique, tactique et conceptuel sont plus conformes aux particularités de la gestion et, probablement, plus appropriés pour décrire les façons par lesquelles les gestionnaires utilisent les évidences scientifiques.

Plutôt intéressé à discuter la possibilité de l'émergence d'une «science de la gestion», Whitley (1988) met, lui aussi, l'accent sur les rapports entre la pratique de gestion et la connaissance en gestion. Il croit que les caractéristiques de la gestion comme activité font en sorte que l'établissement d'une science de la gestion est improbable, voire impossible.

Trois obstacles majeurs semblent se dresser. D'abord, la nature des habiletés et des compétences en gestion est déterminée plutôt par des grands employeurs et par le succès dans le

marché que par la connaissance spécialisée des gestionnaires. Deuxièmement, les phénomènes organisationnels sont très variés, spécifiques et changeants et ainsi les études sur les organisations possèdent un pouvoir de généralisation très faible. Troisièmement, les tâches en gestion dépendent des dispositions organisationnelles et ne peuvent être isolées de leur contexte pour constituer un sujet de recherche. Ces obstacles font de la standardisation des problèmes et de recherche de solutions en gestion un objectif de valeur limitée qui contraint l'établissement d'une science intégrée de l'administration.

Par conséquent, les études en administration s'organisent comme des «adhocracies» avec un contrôle limité sur leurs objectifs intellectuels et un bas degré de coordination des stratégies de recherche. De plus, ces études sont sujettes, d'un côté, aux pressions conflictuelles de la spécificité et de l'applicabilité et, de l'autre côté, de la généralisation et de la respectabilité académique.

Cela signifie fondamentalement que l'on ne peut comprendre l'utilisation des connaissances scientifiques en gestion selon les modèles adoptés dans des domaines des technologies dures. L'argumentation de Whitley conduit à la même conclusion que celle proposée par Champagne: ce sont surtout les modèles non-instrumentaux qui sont les plus adéquats à la compréhension de l'utilisation des connaissances par les gestionnaires.

Kerr (1984) déborde du domaine strict de la gestion et discute les «structures sociales d'utilisation de connaissances», dont elle identifie les trois plus importantes: la bureaucratie, le professionnalisme et le système de recherche. Elle cherche à expliquer le décalage entre le discours qui privilégie les valeurs libérales, et l'agir qui privilégie les pratiques non libérales dans les sociétés contemporaines. Le problème se situe dans le fait que ces structures sont construites sur des concepts de la connaissance et sur des théories de l'action collective qui sont contradictoires avec les valeurs libérales.

Ainsi, les bureaucraties semblent adopter une conception de la connaissance et une théorie politique platoniciennes. D'après Platon, très peu de personnes sont qualifiées pour avoir accès à la connaissance. Cet accès est donné par l'intuition ou par la révélation. Ainsi, cette connaissance est toujours certaine et la personne se qualifie pour être savante par ses propres habiletés. Ce sont ces personnes qui doivent assumer le rôle de leaders (les rois philosophes) et décider ce qui doit être fait.

Le professionnalisme combine la connaissance et l'autorité d'une manière qui reflète la pensée de Thomas d'Aquin. La connaissance humaine est produite à partir des sens et donc n'est pas la «révélation» de la Vérité. Pourtant, la stabilité de la vie collective est plus importante que la connaissance, parce que sans cette stabilité la connaissance n'est pas utilisable. Or, la stabilité

dépend de l'obéissance à une autorité centrale forte et, par conséquent, questionner les décisions du leader, même s'il n'utilise pas la meilleure connaissance, est nécessairement dangereux.

Le système de recherche adopte une conception empiriste de la connaissance. Spécifiquement, il partage la vision de Hume selon laquelle l'esprit humain n'est pas équipé pour connaître des raisons ultimes ou des entités situées au-delà de l'expérience. La connaissance n'est produite que par l'observation immédiate. Elle est donc athéorétique. La théorie politique adoptée par le système de recherche peut être rapprochée des idées de Mill. La qualité des actions collectives dépend de la connaissance qui sert de base aux actions. La meilleure connaissance se produit à travers le débat entre les individus. Ce débat, pourtant, n'établit pas des vérités absolues et, par conséquent, ne peut pas résulter en prescriptions obligatoires. Il est fondamental que chaque individu soit capable de prendre ses propres décisions, restant maîtres de son destin. Cet individualisme est la meilleure façon d'assurer la qualité de la connaissance et de l'action.

En somme, selon Kerr, l'utilisation de la connaissance dépend essentiellement des facteurs qui s'attachent aux caractéristiques des institutions autour desquelles se structure la vie en société.

En se centrant sur la pratique des chercheurs, Santos (1989) discute aussi les aspects sociologiques et épistémologiques de l'utilisation de la connaissance scientifique par les laïcs. Sa thèse initiale est que la science, pour se constituer, doit rompre avec le sens commun et toute connaissance antérieure. Ce mouvement, il l'appelle la *première rupture épistémologique*. Pourtant, pour accomplir une fonction sociale de démocratisation et d'approfondissement de la sagesse pratique, la phronesis aristotéenne, la science doit rompre avec elle-même et aller vers le sens commun. Il s'agit ici de la *deuxième rupture épistémologique*.

La première rupture s'est produite avec l'émergence sociale de la science moderne. Ce fait a permis un développement scientifique prodigieux. Cependant, la deuxième rupture semble encore éloignée.

Au lieu de l'approfondissement de la sagesse pratique, c'est «l'application technique» de la science qui prévaut. Ce type d'application se caractérise par: la séparation entre celui qui produit la connaissance et la situation où l'application a lieu; la négation de l'argumentation, étant donné que la connaissance est évidente en-soi; l'adoption, comme unique, de la définition de la réalité donnée par le groupe dominant; le refus des autres types de savoir; et, finalement, le fait de n'accepter d'être évalué que par ceux qui promeuvent l'application.

L'application technique est, initialement, une conséquence de l'adoption par la communauté scientifique d'une conception de la science qui favorise la première rupture épistémologique. Cette conception voit la science comme l'appareil privilégié de la représentation

du monde, sans d'autres fondements que les propositions de base sur la coïncidence entre le langage univoque de la science et l'expérience immédiate, sans d'autres limites que celles résultant du stage de développement des outils expérimentaux ou logico-déductifs.

La prédominance de l'application technique, toutefois, est le résultat de conditions socio-économiques qui ont transformé la science en une industrie. En effet, la science devient socialement reconnue par le développement technologique qu'elle rend possible. Ce lien de la science avec le mode de production technologique mène à un compromis avec le système social qui y est correspondant. Ainsi, l'application technique est, en partie, responsable de l'état actuel du monde et si elle se maintient c'est parce qu'elle obéit à la logique des intérêts sociaux dominants.

Si telle est la situation, l'utilisation des connaissances comme un outil pour mieux décider exige le dépassement de l'application technique. Ce type d'utilisation représente un modèle instrumental qui, en tant que tel, n'est pas adéquat au domaine de la gestion.

Une dernière approche sociologique est représentée par la théorie de l'acteur-réseau (Latour, 1989; Lee et Hassard, 1999). Dans cette théorie, un fait scientifique s'établit par un processus de négociation entre tous les acteurs concernés par le problème auquel il se réfère. La fabrication des faits dépend de longues chaînes d'acteurs qui les transforment: leurs qualités sont la conséquence de cette action collective. La force d'un argument scientifique se base sur les ressources - des personnes, des organisations, des disciplines, des objets - sur lesquels les partisans sont capables de trouver un appui. Ensemble, ces ressources constituent l'acteur-réseau. Aussi, la production et l'application des connaissances ne sont pas des processus distincts, mais un seul et inséparable. Le problème qui se pose alors est celui de la distinction entre les connaissances «scientifiques» et «laïques»: existe-elle oui ou non ? La théorie de l'acteur-réseau répond à cette question en disant que les chercheurs doivent s'abstenir de vouloir imposer leur propre vision du monde. Ils doivent accepter que l'empirique n'est pas une collection de «matériaux bruts» attendant passivement l'interprétation par les experts. Au contraire, l'empirique est le site d'un processus actif de création de la réalité. Ainsi par exemple, les membres d'une organisation construisent non seulement des descriptions de l'organisation, mais également l'organisation elle-même.

La théorie de l'acteur-réseau est née de l'étude du laboratoire scientifique. De là, elle s'est étendue aux études des interactions entre les scientifiques et les cliniciens et de l'émergence de la pratique dans des milieux industriels. Par contre, les interactions plus amples avec l'État et la formulation de politiques sont négligées.

L'approche «policy science/science policy» (Berridge et Stanton, 1999) reprend la notion d'acteur-réseau pour étudier les rapports entre la recherche et la formulation de politiques. Elle montre l'existence des réseaux d'influence, des «communautés politiques» - fonctionnaires publics, scientifiques, académiques, journalistes et autres - formés autour de questions particulières ou même de questions plus générales. Ce processus est vu plutôt comme un processus d'éclaircissement que comme un processus de diffusion directe. Un fait devient reconnu quand un groupe d'acteurs, dont les scientifiques, établit ses arguments comme un élément commun qui maintient ensemble tous les acteurs impliqués dans le processus par lequel un problème social donné est abordé. Il y a donc une dimension politique dans la production et la validation de la connaissance. On parle de co-production de la connaissance, un processus de négociation de la signification et de la localisation des frontières et de l'acceptabilité de la science. La négociation se fait non seulement entre les scientifiques, mais aussi dans les interstices qui existent entre les domaines propres de la science et de la politique.

Enfin, les écrits sociologiques et épistémologiques montrent l'importance des conditions théoriques et contextuelles pour l'utilisation de la connaissance. Les formes selon lesquelles la société s'organise pour produire et pour utiliser la connaissance, sont des facteurs déterminants de l'utilisation et de la production mêmes. Ces écrits attirent l'attention sur la complexité et sur le caractère dynamique de ces facteurs. De fait, ils empêchent l'illusion de trouver une explication simple, basée sur un raisonnement du type «cause-et-effet», pour la production et l'utilisation de la connaissance scientifique par des gestionnaires.

2.4. Commentaires critiques sur les approches revues

Les études spécialisées dans l'utilisation de la connaissance par des décideurs sont intéressantes surtout parce qu'elles répertorient de manière exhaustive les facteurs qui influent sur l'utilisation. Un autre point fort de ces travaux est la discussion sur le terme «utilisation» et la distinction entre les types instrumental, conceptuel et symbolique d'utilisation. Particulièrement sophistiquée et utile est la typologie d'utilisation proposée par Weiss (1979).

Cependant, on note dans ces modèles un manque de discussion des notions d'«information» ou de «connaissance». Weiss (1979) et Weber (1991) sont plus précis et parlent de résultats de recherche, mais ils ne font pas non plus une discussion sur la signification d'un résultat de recherche ou de la connaissance scientifique.

Ce manque n'est pas sans importance puisqu'il y a différentes conceptions d'«information» et de «connaissance». Or, différentes conceptions de ces notions impliquent différentes façons d'étudier le phénomène de l'utilisation de la connaissance scientifique.

Dans le paradigme dominant en sciences des organisations, l'information ou la connaissance sont conçues comme une chose isolable, presque concrète, externe et indépendante des sujets (Miller *et al.*, 1996).

Ce paradigme, pourtant, est remis en question par d'autres visions. En ce qui concerne la notion d'information, nous l'avons déjà noté dans la revue des études cognitives, il y a des conceptions opposées à celle de l'approche rationaliste. Ces théories psychologiques voient le traitement des informations plutôt comme un processus que comme un événement, nécessairement symbolique et toujours dépendant du contexte et de l'individu. D'autre part, les théories sociologiques attirent l'attention sur le fait que les connaissances sont produites et utilisées à travers des processus sociaux complexes où des valeurs et des intérêts sont présents.

Il manque aussi aux études spécialisées une discussion sur le concept de «prise de décision». Dans le courant dominant en théories des organisations, la prise de décision est conçue comme un processus rationnel dont les buts sont de faire fonctionner, sans tensions indues, l'organisation et d'assurer l'atteinte des objectifs organisationnels (Miller *et al.*, 1996)

Pourtant, il existe des conceptions très différentes de celle du paradigme rationaliste. Avant tous, Simon dans les années 40, (1945 *apud* Miller *et al.*, 1996) a démontré que les décisions ne sont jamais prises dans des conditions de parfaite rationalité. Les décideurs sont contraints par la complexité des organisations et par leur propre capacité cognitive nécessairement limitée. Deuxièmement, certains auteurs conçoivent la décision comme un jeu de pouvoir où les groupes d'intérêt rivalisent pour le contrôle de ressources rares. Les parties de l'organisation qui contrôlent l'accès aux ressources (Pfeffer et Salancik, 1978 *apud* Miller *et al.*, 1996) ou qui possèdent certaines compétences exclusives (Crozier, 1964 *apud* Miller *et al.*, 1996) détiennent des sources importantes de pouvoir. La question sur laquelle on prend une décision définit les intérêts impliqués et donc les positions de chaque acteur dans le jeu du pouvoir. Cependant, il faut noter que la notion de pouvoir n'est pas unique: alors que certains auteurs voient le jeu de pouvoir comme une caractéristique inévitable, mais contrôlable, de la vie organisationnelle, d'autres l'expliquent comme une conséquence des rapports de pouvoir, fondamentalement inévitables, dans la société. De toute façon, le pouvoir se constitue comme le facteur clé pour expliquer comment les décisions sont prises (Pettigrew, 1973 *apud* Miller *et al.*, 1996).

Une autre approche à l'étude de la décision organisationnelle est représentée par le modèle du *garbage can* (Cohen *et al.* 1972 *apud* Langley *et al.*, 1995). Les composants principaux des décisions - les problèmes, les solutions, les participants et les situations - se rencontrent tous dans la boîte à ordures de l'organisation, où, par hasard, ils peuvent se combiner de différentes façons. L'image est celle du chaos, ce qui n'empêche pas l'émergence, dans cette apparente confusion, de certaines régularités.

Une troisième option est présentée par ceux qui comprennent la prise de décision comme un processus qui est à la fois rationnel et intuitif, l'intuition étant un type de raisonnement holistique où il y a place pour les émotions, les «insights» et l'inspiration (Langley *et al.*, 1995; Mintzberg, 1989). De plus, ces auteurs remarquent que les processus de décision ne peuvent être isolés ni les uns des autres ni de la réalité collective de l'organisation. Finalement, ils identifient dans l'approche dominante ou rationaliste ce qu'ils appellent la «réification» de la décision, c'est-à-dire, une conception de la décision comme ayant une existence factuelle. Pour ces auteurs, la décision est une construction de l'observateur.

Une dernière approche présente dans les écrits sur la prise de décision, est représentée par les études qui ont comme prémisse l'idée que les processus de décision sont mieux étudiés à partir des interactions, des interprétations et de la signification de symboles (Jeffcutt, 1993). Dans cette perspective, les définitions a priori de la notion de «décision» ne sont pas importantes. Le compte rendu de ce qui se passe (et pourquoi) s'exprime et ne se conçoit que dans la vision et le langage des participants. Comprendre les décisions exige, par conséquent, l'analyse des narrations, l'interprétation des actions et l'identification de la signification des symboles adoptés par les individus.

Enfin, il nous semble prometteur de concevoir l'information et la décision comme résultantes des processus qui impliquent les rapports de pouvoir et la complexité du raisonnement humain. Un raisonnement qui est, à la fois, limité, chaotique et ordonné, rationnel et intuitif, objectif et symbolique. Les modèles proposés par les écrits spécialisés peuvent être enrichis avec une définition plus complexe de la décision. Tous les facteurs déterminants (les caractéristiques du processus de décision, du contexte, de l'organisation, des décideurs) identifiés par ces modèles prennent une autre dimension. De fait, l'interaction entre les facteurs se rend plus importante pour la compréhension de l'utilisation de connaissances que les rôles particuliers de chacun des facteurs pris de façon isolée.

Les approches psychologiques, en plus de leur avantage déjà mentionné de rendre plus riche la notion d'information, sont intéressantes parce qu'elles permettent d'envisager des stratégies pour accroître l'utilisation des connaissances. En effet, si l'apprentissage se produit à

partir de l'observation et de la modélisation du comportement des autres, on peut penser à utiliser les organisations chefs de file pour faciliter la diffusion de connaissances (Champagne *et al.*, 1998). De plus, ces approches, en parlant des «structures cognitives», des «scripts mentaux» et des «styles cognitifs», montrent comment les caractéristiques individuelles et organisationnelles interagissent avec les nouvelles informations.

Malgré ces importantes contributions, il manque aux approches psychologiques la discussion des aspects contextuels. Ces études ne parlent pas non plus des caractéristiques de l'information. Déjà dans les approches spécialisées, nous avons vu l'importance des aspects liés au contexte et à l'information elle-même.

Ce sont les approches sociologiques et épistémologiques que présentent le mieux la discussion des effets du contexte - institutionnel et social - et aussi des caractéristiques épistémologiques sur l'utilisation de la connaissance. L'importance du contexte est bien remarquée par Champagne (1999) et par Whitley (1988), quand ils disent que la gestion est la gestion du contexte. La production et l'utilisation de la connaissance ne peuvent pas échapper aux effets du contexte de la pratique de gestion. Kerr (1984) suggère, spécifiquement, que les formes d'organisation bureaucratique et professionnelle sont des obstacles à une utilisation de la connaissance conforme aux valeurs d'une société libérale. De même, le mode d'organisation des systèmes de recherche influe directement sur l'utilisation. Une forme «industrielle» de production scientifique, basée sur un concept objectiviste de la connaissance, favorise un type d'utilisation ou d'application caractérisée par son appui au statu quo social et par son incapacité à aider les gens communs à prendre de meilleures décisions (Santos 1989). On parle aussi de co-production de la connaissance à travers des négociations entre les scientifiques et d'autres acteurs sociaux. Dans ce sens, la production et l'application des connaissances constituent un seul et même processus (Latour, 1989).

En somme, les trois groupes d'écrits présentent des concepts fondamentaux qui doivent être retenus. Surtout, ils discutent des aspects qui sont dans une certaine mesure complémentaires et qui peuvent donc être travaillés pour l'élaboration d'un cadre de référence capable de rendre compte théoriquement, et de permettre l'étude empirique, du phénomène complexe de l'utilisation de la connaissance.

3. Cadre conceptuel : jeux de langage et métaphores

Un modèle théorique consistant ne peut être construit par le simple ajout des aspects mis en évidence par différentes approches. Il lui faut un concept central qui assure sa cohérence et son intégrité. Si l'utilisation de la connaissance dépend, d'une manière simultanée et intégrée, du contexte, de l'individu et de la connaissance propre, il faut que ce concept intégrateur soit aussi capable d'exprimer cette dynamique.

Il nous semble que l'idée de jeux de langage (Wittgenstein, 1965, 1984) remplit ces conditions.

3.1. Les jeux de langage

D'emblée, il faut dire qu'il n'existe pas de définition précise de la notion de jeux de langage. De façon générale, l'expression «jeux de langage» renvoie à l'idée que n'importe quelle expression linguistique présente une série de significations différentes, similaires mais jamais identiques. Ces significations dépendent des divers usages possibles de l'expression, dans différents contextes.

Les significations d'une expression constituent une «famille». Autrement dit, il y a des similarités entre les différentes significations. Pourtant ces similarités ne sont pas les mêmes entre toutes les significations. Comme dans une famille, un frère ressemble à un autre par le format du nez et à un troisième par la couleur des yeux; le deuxième ressemble au dernier par la façon de parler, etc.

De fait, il n'y a pas *une* caractéristique qui soit commune à toutes les significations d'une expression linguistique. Supposer l'existence de cette caractéristique unique est l'illusion de la conception objectiviste du langage qui voit dans la référence à un aspect d'une réalité objective et extérieure aux personnes, la source ultime de la signification d'une expression (Bouveresse, 1991). Il s'agit d'un préjugé philosophique d'attribuer à nos expressions linguistiques une signification «réelle» que l'analyse logique doit découvrir. «Un mot a la signification que quelqu'un lui a donné» (Wittgenstein, 1965).

Il faut noter que, dans sa première œuvre, le *Tractatus Logico-Philosophicus*, Wittgenstein (1994) lui-même épousait l'idée que la signification des expressions linguistiques découlait de la référence à des faits extra-linguistiques. Comme l'affirme Meyer (1982), pour le «premier» Wittgenstein, la proposition a pour contenu un fait, même si l'image que cette

proposition nous donne du monde en disant ce qu'elle dit n'est pas un dire mais un montrer, une direction, un sens qui oriente les objets dénommés les uns par rapport aux autres.

En effet, c'est le «second» Wittgenstein qui va introduire la notion de jeux de langage. Quelques années après la publication de son premier livre, le philosophe réalise que la construction logique, qu'y est présente, indique que le langage ne prend pas soin de lui-même. La conception logique du *Tractatus* est, donc à rejeter parce qu'elle est une construction imposée au langage, et non l'expression de son usage naturel. Le rapport de correspondance, a priori, entre noms et objets, propositions et signifiées est aussi à rejeter. La référentialité du langage doit se marquer autrement. C'est l'usage qui montre la référentialité. Il faut donc accorder un primat à l'usage du langage, montrer en quoi il montre ce qu'il montre. Il ne s'agit plus d'élaborer une logique mais plutôt une grammaire.

Si l'usage est par soi source de signification, comment nous met-il en relation avec le réel? C'est là que surgit l'idée de « jeux » : le langage s'utilise comme jeux et les jeux ont leurs règles propres. La mise en correspondance avec le réel est déjà un jeu de langage. Le primat de l'usage comme critère du sens, de la signification implique que le rapport au réel n'est plus nécessairement une relation à une référence (Meyer, 1982).

Tels que joués par Wittgenstein lui-même, les jeux de langage désignent une pratique linguistique qui cherche à éclairer d'autres usages et à dissoudre l'illusion objectiviste. Cette pratique éclairante se construit sur la production des exemples qui se veulent une *pure description* (jamais une explication!) des usages des expressions linguistiques. La description pure correspond à la présentation d'une série d'usages (une famille) d'un mot ou d'une expression qui permet de voir les connexions entre les usages présentés (Hottois, 1976).

Wittgenstein, cependant, ne propose pas un relativisme sceptique où toute vision ne serait plus qu'une *manière* de voir. Il prend soin de ne pas avancer que l'usage des mots et des expressions linguistiques est totalement arbitraire. Même s'il n'existe pas de règle universelle gouvernant son utilisation, le langage a partie liée avec les «formes de vie». Il est essentiellement *pratique humaine* (Kenny, 1973).

Dans ce sens, la description pure ne doit pas se limiter à l'énumération d'une liste de phrases : l'évocation du contexte est très importante. Comprendre un mot, c'est le situer dans son contexte. L'adoption de la métaphore du jeu de langage veut mettre l'accent sur le fait que *parler* est partie d'une activité ou d'une forme de vie.

Bref, l'usage linguistique renvoie toujours à une praxis. Par conséquent, il est plus précis parler de «jeux de langage–formes de vie». La notion de «formes de vie» permet de souligner

l'existence d'un *agir commun* des hommes, qui est le fondement de tout ce qui est humain. En réalité, la pratique humaine n'a pas de fondement extérieur à soi-même (Wittgenstein, 1984).

Dans l'aphorisme 7 d'*Investigations philosophiques*, Wittgenstein dit: «J'appellerai aussi de "jeux de langage" l'ensemble du langage et des activités auxquelles il est entrelacé».

Il faut distinguer, d'un côté, certaines activités et certains mots qui y sont liés, dont la pratique et l'usage ne peuvent être limités à une forme particulière de vie. Au contraire, il s'agit des mots et des activités qui relèvent de la forme de vie commune à toute l'humanité. D'un autre côté, il y a plusieurs jeux de langage qui sont liés à des activités humaines spécifiques. Wittgenstein (1984) mentionne, en donnant des exemples, qu'on peut imaginer facilement un langage qui consiste seulement en ordres et en rapports pendant une bataille ou un langage qui consiste à peine de questions et d'une expression d'affirmation ou de négation.

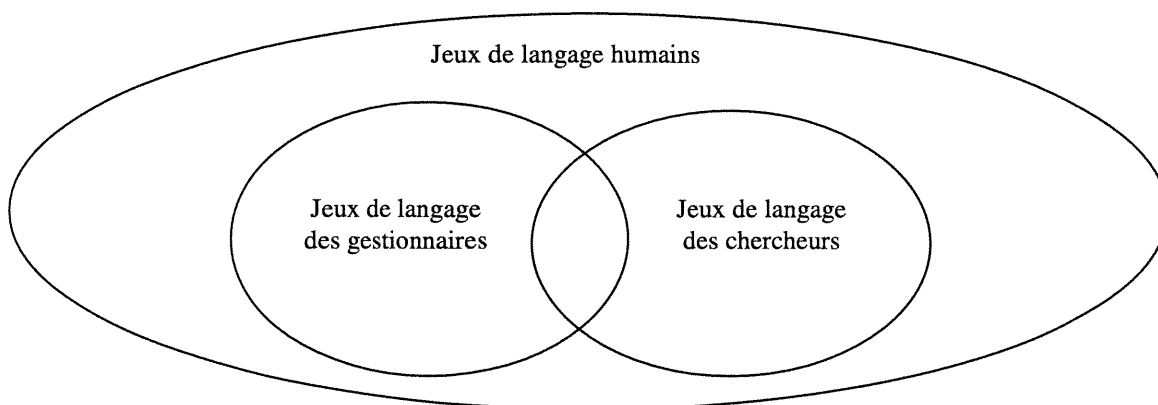
La multiplicité hétérogène des jeux de langage révèle la diversité même des pratiques humaines et des formes de vie. Les formes de vie n'expliquent pas les jeux de langage, mais elles les rendent compréhensibles (Finch, 1995). L'impossibilité d'apporter une explication tient au fait que le langage est, à la fois, fondé sur et partie prenante de la praxis humaine.

Cependant, si les jeux de langage ne peuvent bénéficier d'aucune justification métaphysique ou transcendantale, ils sont quand même tempérés par les faits généraux de la nature et de la culture. Specht (*apud* Hottois, 1976) identifie comme limitant l'arbitraire des jeux de langage : la nature, les faits, l'expérience quotidienne, les conventions collectives, l'existence d'autres jeux de langage.

Alors, qu'est-ce que veut dire concevoir le processus de prise de décision organisationnelle et la pratique scientifique comme des jeux de langage ?

Cela signifie simplement que les gestionnaires et les chercheurs, par leurs activités professionnelles, ont des formes de vie particulières qui font en sorte que les usages et donc les significations des expressions linguistiques, sont parfois différents. En même temps, gestionnaires et scientifiques partagent certaines formes de vie/jeux de langage particuliers, comme dans le cas des activités de consultation. En outre, il peut exister des jeux de langage communs non seulement aux chercheurs et praticiens, mais à d'autres groupes comme les usagers des services, par exemple, ou les journalistes et les vulgarisateurs scientifiques. Finalement, en tant qu'êtres humains vivant dans une même société, tous partagent la même forme de vie générale, les jeux de langage communs à l'humanité. Graphiquement, cela peut se représenter de la façon suivante :

Figure 1 – Les relations entre les jeux de langage humains, les jeux des gestionnaires et des chercheurs



3.2. Les métaphores

Par rapport à l'étude de l'utilisation de la connaissance scientifique par les gestionnaires, il est important d'identifier les processus par lesquels les théories, les concepts et les instruments produits dans les jeux de langage des chercheurs peuvent transiter vers les jeux de langage des gestionnaires.

Astley et Zammuto (1992) et Mauws et Phillips (1995) font, à ce propos, des suggestions. Pour les premiers, les chercheurs élaborent des théories abstraites dont certains concepts sont jugés appropriés et réinterprétés par les gestionnaires selon leurs besoins. Plus flous seront les concepts, plus grande sera la possibilité de leur utilisation. Les seconds, quant à eux, suggèrent que les scientifiques peuvent collaborer avec les gestionnaires à travers les activités de consultation lesquelles constituent déjà un jeu de langage commun aux deux groupes.

D'après notre discussion sur les jeux de langage, les deux possibilités sont plausibles. Il manque toutefois de savoir comment les concepts scientifiques, élaborés dans le langage scientifique, se traduisent en concepts propres au langage des gestionnaires. Comment l'appréhension et la reconceptualisation des concepts scientifiques abstraits sont-elles réalisées ? Comment la consultation peut-elle aboutir au transfert de connaissances ? Notre hypothèse est que c'est par un processus d'échanges de métaphores que les chercheurs et les gestionnaires se communiquent. Meyer (1984) a testé avec succès cette hypothèse. En étudiant des décisions relatives à l'achat de nouveaux équipements médicaux, il a trouvé que «metaphors provided vehicles for commuting between the realms of social fact and decision theory». Pour nous, il y

aura d'utilisation de la connaissance scientifique si les gestionnaires, pour comprendre leur pratique et pour agir, empruntent des métaphores qui ont été élaborées par les scientifiques.

Ici, il est important de préciser ce que nous entendons par métaphore.

Dans le sens que nous leur donnons, les métaphores ne sont pas des figures de style linguistiques, mais une modalité expressive qui a éminemment de valeur cognitive. En révélant les similarités et les dissemblances entre les phénomènes, les métaphores accroissent la connaissance des rapports entre les choses (Eco, 1988). Une nouvelle métaphore dévoile des relations auparavant inaperçues entre les phénomènes. Par-là, elle enrichit la connaissance du monde vécu. Ainsi, dans ce travail nous entendons par métaphore une expression linguistique caractérisée par sa capacité de générer des significations nouvelles.

Cette capacité génératrice de sens est inhérente aux métaphores : elle découle de leur mode de fonctionnement. En effet, comme Black (1962) le montre très bien, les métaphores ne résultent pas de la combinaison des significations de deux ou plusieurs mots. La combinaison ne produit qu'une structure conceptuelle agrégée qui préserve les significations indépendantes des mots rassemblés. De même, la substitution d'un mot par un autre ne représente pas non plus le mode de fonctionnement des métaphores. En substituant un mot par un autre, nécessairement on ajoute certaines dimensions et on enlève d'autres. Enfin, les métaphores fonctionnent par l'interaction entre les structures conceptuelles de deux expressions. Une troisième structure conceptuelle, une nouvelle signification, absente dans chacun des mots initialement rapprochés naît de cette interaction.

Une métaphore peut s'exprimer en un seul mot; toutefois, c'est surtout au niveau de la phrase ou même du texte que les significations surgissent. En effet, les expressions linguistiques sont définies par leurs différences avec d'autres expressions - c'est-à-dire, à l'intérieur du texte - et non par la référence à des entités extra-linguistiques comme des choses, événements, propriétés, relations, actions, passions ou états d'affaires (Ricoeur, 1983).

Si les significations d'une métaphore ne découlent pas de la référence à quelque chose «objectif», une expression linguistique n'est jamais littérale. Au contraire, la signification découle d'un jeu de similitudes et de dissimilitudes entre les diverses expressions qu'on emploie pour parler des phénomènes biologiques et/ou culturels de la forme humaine de vie. Ce jeu n'est compréhensible que dans le contexte où se situent les sujets parlants. Les mots ne prennent un sens que s'ils sont couplés aux actions des sujets, d'où la notion composée de «jeux de langage-formes de vie» (Wittgenstein, 1984).

C'est l'usage répété d'une expression qui finit par cacher son caractère métaphorique. Les associations d'idées provoquées par une expression déjà très courante sont comme fixées,

pétrifiées. En entendant une expression commune, nous faisons automatiquement certaines associations et pas d'autres. C'est cet automatisme qui établit le sens littéral. Selon Eco (1992), certains auteurs soutiennent qu'on peut assumer une notion statistique du sens littéral comme un degré zéro relatif aux contextes. Ce degré zéro devrait correspondre à la signification acceptée, par convention, dans des contextes techniques et scientifiques.

Cependant, l'adoption des significations littérales dans des contextes scientifiques ne saurait réduire l'importance des métaphores vis-à-vis la production des connaissances scientifiques. Parmi d'autres auteurs, Hesse (1980) est peut-être celui qui a mieux décrit la fonction explicative de la métaphore dans les théories scientifiques. En montrant les limitations du modèle déductif-nomologique de raisonnement, elle rend visible la place essentielle des métaphores dans les explications scientifiques.

En plus de la distinction entre sens littéral et sens métaphorique, on peut distinguer les métaphores nouvelles des métaphores anciennes (Eco, 1988). Les nouvelles métaphores révèlent des similarités et des dissemblances, qui n'étaient pas perçues ou acceptées auparavant, entre deux ou plusieurs phénomènes de la vie. Les métaphores anciennes, à leur tour, ou bien ont acquis un sens littéral, ou bien sont des métaphores pauvres, c'est-à-dire que les associations qu'elles suggèrent sont assez connues, mais ne sont pas fixées.

Dans la mesure où elles permettent de penser une chose en termes qui s'appliquent à autres, les métaphores représentent le mécanisme fondamental du processus de cognition. Elles sont à la base des modèles cognitifs humains et donc des moyens essentiels pour comprendre le monde (Lakoff et Johnson, 1980).

Lakoff (1997) argumente de manière persuasive que notre expérience corporelle et les mécanismes imaginatifs utilisés par notre esprit sont centraux pour la construction des modèles cognitifs qui vont permettre notre compréhension et notre agir au monde.

Selon lui, les modèles cognitifs se forment à partir de quatre principes de structuration.

Les deux premiers principes sont «incarnés» (embodied), c'est-à-dire, découlent de notre structure organique. Il s'agit de la structure de base (basic-level structure), définie par la convergence de notre perception des formes, de notre capacité de mouvement corporel et de notre capacité de former des images mentales; et de la structure cinétique (kinesthetic image-schema structure), définie par les modalités de notre expérience - notre orientation verticale, nos corps comme un tout avec des parties, notre capacité de sentir le chaud et le froid, etc. Ces structures sont directement signifiantes dès qu'elles sont incarnées.

Les autres principes de structuration de nos modèles cognitifs sont la projection métaphorique du domaine du physique aux domaines abstraits et la projection de catégories du

niveau de base à des catégories supérieures et subalternes. Il s'agit des structures conceptuelles abstraites qui sont indirectement signifiantes; elles sont comprises à cause de leur rapport systématique aux structures directement signifiantes.

En concluant, Lakoff laisse entrevoir que, si la structure de base et la structure cinétique forment la base de nos modèles cognitifs, elles ne permettent que la compréhension d'un nombre très limité de phénomènes. L'être humain a donc besoin des modèles cognitifs abstraits qui dépendent de la projection métaphorique. Par conséquent, les métaphores sont, par excellence, les instruments d'appréhension cognitive de la réalité.

Le concept lakoffien de métaphore permet encore de voir que si la science et les organisations sont des créations humaines, elles ne sont pas arbitraires. Comme les modèles conceptuels sont incorporés, c'est-à-dire, «motivés» par l'expérience biologique et culturelle, les créations humaines sont, comme tous les jeux de langage, tempérées par les faits généraux de la nature et de la culture. L'«incarnation» fournit donc un lien nonarbitraire entre connaissance et expérience.

Cela étant dit, pourquoi appeler «métaphores» les expressions utilisées par les gestionnaires et par les scientifiques de l'administration de la santé ? Il y a deux raisons. Premièrement, ces expressions sont plutôt des métaphores pauvres que des expressions littérales. Par exemple, des expressions courantes comme «qualité de soins», «décentraliser la prise de décision», «virage ambulatoire» ne semblent pas avoir un sens littéral. Les discussions interminables sur ces thèmes sont même suggestives d'un manque de littéralité, c'est-à-dire, d'une définition adoptée universellement par convention. Il est par conséquent plus précis de les appeler métaphores. Deuxièmement, et cela est le plus important, en les appelant métaphores, on attire l'attention sur le fait que ces expressions ne décrivent pas une réalité objective et indépendante des sujets, mais servent à donner un sens aux expériences vécues par les gestionnaires et étudiées (vécues autrement) par les scientifiques.

Pour clore cette discussion sur les métaphores, il faut situer la définition des métaphores que nous adoptons parmi celles utilisées par les auteurs écrivant sur les organisations. L'approche la plus connue dans ce domaine est sans doute celle de Morgan (1980). Sa définition, toutefois, diffère légèrement de la nôtre. Pour Morgan, la métaphore est le moyen par lequel les paradigmes sont imaginés par les théoriciens. Morgan tente d'identifier la métaphore dominante dans chaque paradigme (Burrell, 1996). De fait, déjà dans les années 60, Thomas Khun (1990) avait montré que l'interprétation métaphorique était similaire à la proposition d'un nouveau paradigme scientifique. De notre côté, suivant l'approche sémiologique, nous comprenons la métaphore comme le processus de génération de significations de n'importe quel signe dans n'importe quel

texte. Nous pouvons donc dire que notre différence avec Morgan se situe dans l'étendue de l'application du concept de la métaphore. Tandis que Morgan limite le concept au plan des paradigmes, nous, en accord avec Lakoff et Johnson (1980), l'appliquons au quotidien des gestionnaires et des chercheurs. La conséquence pratique de ces différences est que les métaphores identifiées par Morgan sont grandioses et, à cause de cela, plus proches de la conception courante de la métaphore comme une figure de style, tandis que celles que nous chercherons sont des métaphores pauvres, ne révélant que des associations d'idées assez connues.

Cependant, Morgan n'est pas le seul à employer l'idée de métaphores pour étudier les organisations. Palmer et Dunford (1996) citent des études utilisant des notions de métaphores dans des domaines aussi variés que: la prise de décision, le leadership, le changement organisationnel, le développement organisationnel, le développement de ressources humaines, la politique, la stratégie, la technologie de l'information, la culture organisationnelle, le design organisationnel et la gestion de la production.

Ces auteurs identifient quatre questions sous-jacentes à l'utilisation du concept de métaphore dans les études sur les organisations: (1) l'usage d'une métaphore unique pour décrire une réalité objective ou des métaphores multiples pour comprendre une réalité construite, (2) les visions que les métaphores sont utilisées à cause de leur pouvoir créatif ou qu'elles reflètent des intérêts dominants, (3) l'avantage de combiner les terminologies littérales et métaphoriques ou l'impossibilité d'un langage littéral, et (4) la commensurabilité ou l'incommensurabilité des métaphores différentes.

Dans leur discussion, ils affirment qu'il est plus important d'avoir conscience des implications théoriques et méthodologiques de la définition retenue, que d'opter pour l'une ou l'autre des options. Ainsi, la définition de la métaphore comme un «substitut» d'une expression littérale présuppose l'adoption d'une ontologie réaliste, tandis que la vision «interactive» de la métaphore, selon laquelle la signification résulte de l'interaction entre les termes employés et référés, admet le relativisme ontologique et, par conséquent, stimule l'usage de métaphores multiples. D'ailleurs, considérer l'énonciateur et le contexte de l'énonciation de la métaphore est important pour identifier d'où elle a surgit. En plus, il faut être attentif au fait que, même si on considère qu'il n'y a pas de sens littéral, de nombreuses expressions sont traitées comme telles. D'un autre côté, il ne faut pas oublier que plusieurs expressions sont devenues littérales par la force de l'habitude. Finalement, on peut s'en sortir du débat sur l'incommensurabilité, en comparant non pas les métaphores, mais les règles qui, dans chacune des approches, légitiment la connaissance produite.

En nous basant sur la discussion lancée par Palmer et Dunford, nous pouvons affirmer que la définition que nous adoptons - la métaphore comme un processus générateur de significations - n'est pas la plus populaire. Mais elle n'est pas non plus absente des écrits sur les organisations.

3.3. L'utilisation des connaissances scientifiques comme un jeu de langage basé sur l'échange de métaphores

Après les discussions sur les concepts de jeux de langage et de métaphore, nous pouvons conclure que concevoir l'application des connaissances scientifiques à la pratique de gestion comme un jeu de langage basé sur l'échange de métaphores, signifie que:

1) La pratique de la gestion et la pratique scientifique sont avant tout des «jeux de langage-formes de vie» particulières, c'est-à-dire, des ensembles d'actions et de discours spécifiques. En tant qu'ensembles inséparables d'actions/discours, les organisations ne sont pas des entités purement objectives et la prise de décision organisationnelle n'est pas un processus strictement rationnel. D'autre part, la science n'est ni neutre ni la seule forme possible de représenter la réalité.

2) Les significations des expressions linguistiques, y compris les expressions scientifiques et celles utilisées par les gestionnaires, sont issues de l'usage. Il n'y a donc pas des significations fixes. Pourtant, les significations ne sont pas arbitraires, mais découlent de notre condition humaine, biologique et culturelle, et elles ont produites à travers un processus de métaphorisation.

3) L'utilisation de la connaissance scientifique par les gestionnaires dépend de la possibilité de «traduction» du discours scientifique en discours de la gestion. Cette possibilité repose sur l'existence de jeux de langage communs aux deux groupes et peut être accrue par un effort de développement de nouveaux jeux communs.

4) Le caractère métaphorique des expressions linguistiques fait en sorte que la «traduction» d'un discours à l'autre est basée sur l'échange de métaphores. L'utilisation de la connaissance scientifique par les gestionnaires se réalise par un processus d'appréhension cognitive des concepts scientifiques qui sont adoptés pour faciliter la compréhension et l'action des intervenants sur la réalité organisationnelle.

Ainsi conçue, l'idée de jeux de langage est capable d'assumer le rôle de concept intégrateur d'un modèle théorique qui rend compte de la dynamique de l'utilisation des connaissances avec tous ses facteurs déterminants.

Les jeux de langage propres aux chercheurs sont formés par les activités et les discours où ils s'engagent dans leur vie quotidienne. Ainsi, les cours et les conférences, la proposition d'hypothèses, les expériences, la publication, les activités de consultation, l'étude de la connaissance déjà existante, les contacts avec les collègues, etc. constituent, ensemble, les jeux de langage-formes de vie des scientifiques. Toutefois, l'ensemble «action/discours» essentiel d'un chercheur est la production de nouvelles connaissances, ou mieux, de nouvelles métaphores pour comprendre et pour construire la réalité. C'est cet ensemble qui marque le jeu scientifique comme distinct des autres jeux humains.

De manière similaire, les jeux de langage des gestionnaires sont formés par les activités et les discours qu'ils développent dans leur vie de tous les jours. Parmi ces activités et ces discours on peut mentionner les réunions, les visites de contrôle, les contacts avec d'autres personnes à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation, les schémas interprétatifs et les «théories-en-usage» (Dunn *et al.*, 1990), les métaphores et les symboles élaborés et adoptés, etc. Cependant, l'ensemble «action/discours» distinctif d'un gestionnaire porte sur la conduite de l'organisation. Cette action et ce discours se réalisent à travers les prises de décisions et le développement des activités visant la production de certains résultats.

L'utilisation de la connaissance scientifique par les gestionnaires est, quant à elle, un des jeux de langage joués par les gestionnaires qui dépend de l'existence de jeux communs aux chercheurs et aux gestionnaires. Graphiquement, on pourrait la représenter, en la plaçant dans la zone d'intersection des jeux de langage particuliers de chaque groupe, comme une flèche dans le sens des jeux scientifiques vers les jeux de la gestion.

(On pourrait ajouter que la production de la connaissance en gestion est un jeu de langage des chercheurs qui dépend de l'existence des jeux communs aux gestionnaires et aux chercheurs et, par conséquent, se place aussi dans l'intersection des jeux de langage des deux groupes, mais présente un sens inverse à celui de l'utilisation.)

En tant que métaphore adoptée pour aider à comprendre le monde et à agir, la connaissance scientifique est utilisée, en général, dans le mode conceptuel. Elle amène, avant tout, à des changements cognitifs. Cependant, les modes instrumental et stratégique ou symbolique d'utilisation peuvent aussi être réalisés. Dans ces cas, il s'agit de types particuliers d'application de la métaphore scientifique par le gestionnaire. En effet, une nouvelle métaphore peut inspirer l'élaboration d'outils concrets de gestion ou peut être utilisée pour justifier une décision et pour persuader les autres membres de l'organisation du bien-fondé de la décision.

Les facteurs qui influent sur l'utilisation de la connaissance scientifique interagissent à partir, simultanément, de l'intérieur et de l'extérieur des jeux des langages des savants et des gestionnaires.

Du côté des chercheurs, les facteurs internes sont les caractéristiques de la connaissance elle-même, c'est-à-dire, sa disponibilité, son accessibilité et sa validité. Ces facteurs sont déterminés par le contexte institutionnel de la production scientifique, par les paradigmes scientifiques et par les caractéristiques individuelles des investigateurs. Le contexte institutionnel, les paradigmes et les caractéristiques individuelles sont des facteurs externes qui ont une influence directe sur les jeux de langage scientifiques et une influence indirecte sur l'utilisation de la connaissance par les gestionnaires et sur les autres jeux de langage propres aux gestionnaires.

La disponibilité dépend, avant tout, de la priorité donnée à certains domaines ou à certains sujets spécifiques de recherche. Cette priorité s'exprime surtout dans les politiques de financement de la recherche. L'accessibilité dépend des efforts de diffusion des résultats de recherche. L'efficacité de la diffusion, toutefois, est liée à la possibilité de traduction du langage technique en langage ordinaire. La validité dépend de l'approche épistémologique choisie, de la robustesse méthodologique et de la richesse des données. Comme chaque approche épistémologique propose ses propres critères de validation, l'influence de la validité sur l'utilisation est relative à l'acceptation sociale de l'approche adoptée. Ces trois caractéristiques constituent ce qu'on peut appeler la «traduisibilité» de la connaissance scientifique, c'est-à-dire, le potentiel d'une métaphore d'être traduite du jeu de langage de la science en un autre jeu de langage. Ou, en un mot, son potentiel d'utilisation.

L'influence du contexte institutionnel et des paradigmes sur la «traduisibilité» de la connaissance scientifique a été déjà mise en évidence dans nos commentaires des études sociologiques et épistémologiques. Les modes de financement des recherches par projet, la séparation entre recherche fondamentale et appliquée, la forme «industrielle» de la production scientifique, les réseaux plus ou moins hétérogènes d'acteurs formés autour des différents sujets et la conception objectiviste de la science sont des caractéristiques du contexte actuel et du paradigme dominant.

L'influence des caractéristiques individuelles des chercheurs sur l'organisation de la pratique scientifique n'est pas souvent mentionnée. Toutefois, par analogie, on peut dire que, de la même façon que les caractéristiques individuelles des gestionnaires influent sur leur pratique, celles des scientifiques influent sur les jeux de langage scientifiques. Ainsi, les valeurs et les croyances, la motivation et les attitudes, les habiletés, le style cognitif et la culture d'un individu vont déterminer en partie sa façon de produire des connaissances.

Du côté des gestionnaires, l'utilisation est, avant tout, influencée par les caractéristiques des décisions et des processus de prise de décision organisationnelle. Le caractère routinier ou stratégique de la décision, les intérêts en jeu et les participants impliqués sont des facteurs influents intérieurs. Ils sont déterminés par le contexte organisationnel et par les caractéristiques individuelles des gestionnaires. Le contexte et les caractéristiques individuelles sont des facteurs extérieurs qui ont une influence directe sur les jeux de langage de gestionnaires et donc sur l'utilisation et une influence indirecte sur la production de connaissances et sur les autres jeux de langage propres des scientifiques.

Les décisions routinières sont celles prises quotidiennement sur des aspects plutôt opérationnels de la vie organisationnelle ou sur des sujets déjà bien connus. Les décisions stratégiques sont celles qui ont un impact direct sur la mission ou même sur la survie de l'organisation et qui sont entourées d'incertitudes. Si l'utilisation des connaissances peut être présente dans les deux types de décision, il semble que les décisions stratégiques amènent plus fréquemment à la recherche d'informations.

Dépendant du sujet de la décision à être prise, certains intérêts et certains participants et pas d'autres sont mobilisés. La configuration formée d'intérêts et de participants influe sur l'option retenue et aussi sur le processus de décision où des conflits, des rapports de force et des négociations se font sentir. Dans ce jeu politique, la possibilité de l'utilisation stratégique de la connaissance s'accroît.

Le contexte organisationnel, c'est-à-dire, le degré de formalisation et de spécialisation de la structure organisationnelle avec ses façons particulières de planifier, de coordonner, d'établir la communication, de contrôler, d'évaluer, etc. peuvent faciliter ou rendre plus difficile l'utilisation de la connaissance scientifique. La culture, les mythes, les symboles organisationnels influencent aussi l'utilisation des connaissances. L'intensité des rapports d'une organisation avec d'autres est particulièrement influente sur l'utilisation des connaissances, compte tenu du fait que l'apprentissage se produit aussi à partir de l'observation du comportement des autres.

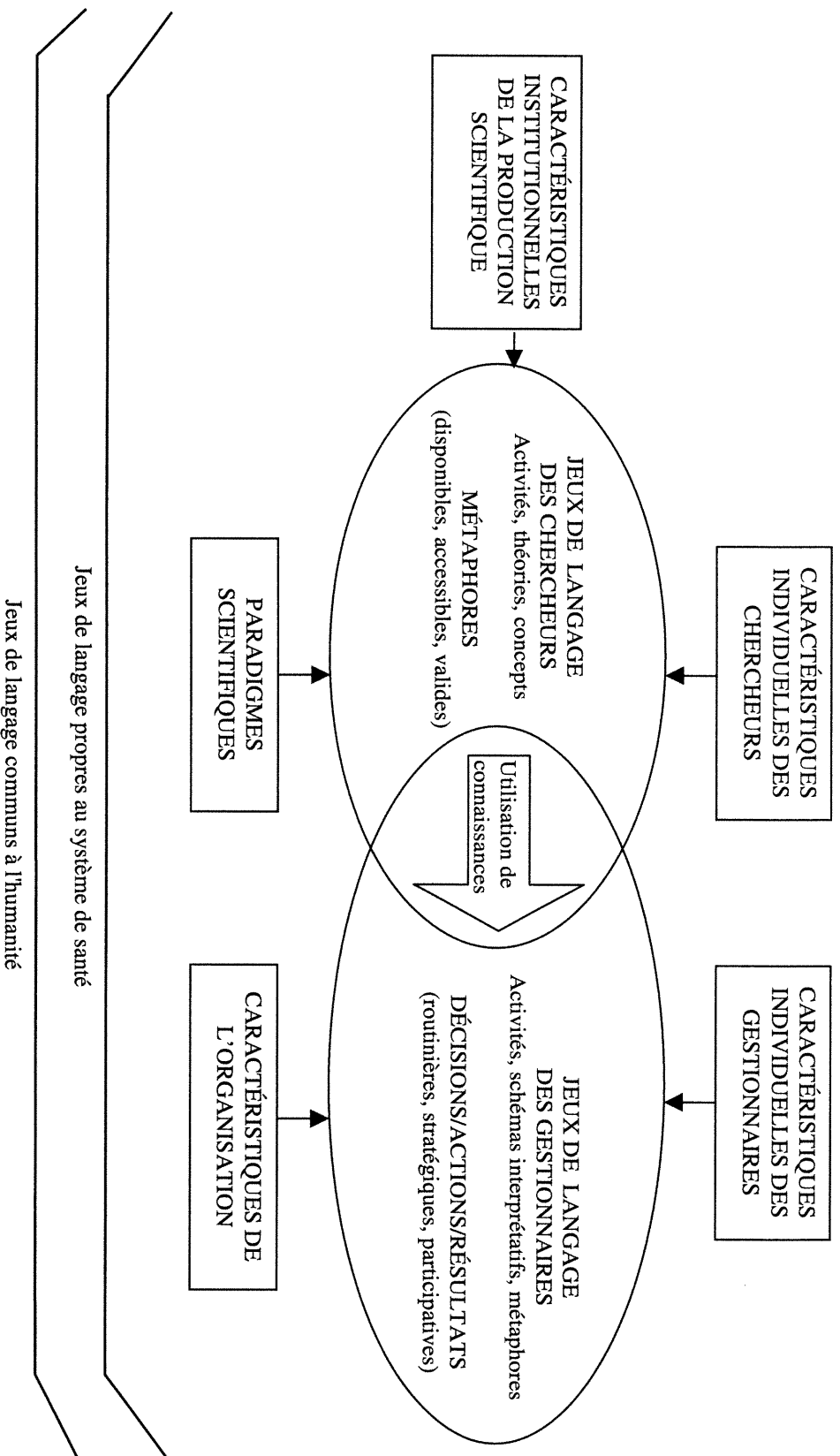
L'influence des caractéristiques individuelles des gestionnaires sur l'utilisation des connaissances est mentionnée par la plupart des écrits revus. Les valeurs et les croyances, la motivation et les attitudes, les habiletés, le style cognitif et les structures cognitives sont tous des facteurs individuels qui vont déterminer en partie la propension à utiliser les métaphores scientifiques. La culture scientifique de l'individu est aussi un facteur influent important. De plus, la possession d'autres types de connaissance que la connaissance scientifique (les connaissances locales, empiriques, intuitives, la sagesse et le raisonnement d'expert) constitue un facteur

influent incontournable si on se rappelle que les processus de prise de décision ne sont pas exclusivement rationnels.

Finalement, il ne faut pas oublier que les jeux de langage-formes de vie des chercheurs et des gestionnaires du domaine de la santé se placent dans le contexte du système de santé et dans le contexte social général, c'est-à-dire, les jeux de langage-formes de vie communs à toute l'humanité.

La figure suivante permet de visualiser l'ensemble du modèle que nous venons de décrire.

Figure 2 – Modèle théorique
L'UTILISATION DE LA CONNAISSANCE SCIENTIFIQUE PAR LES GESTIONNAIRES DES ORGANISATIONS DE SANTÉ



Ayant précisé le cadre théorique, nous pouvons avancer vers la définition de la méthodologie de l'étude. Ainsi, dans la section prochaine, nous présenterons d'abord les questions qui ont orienté la recherche empirique. Ensuite, nous traiterons des stratégies employées pour la cueillette de données. Finalement, les méthodes d'analyse des données seront discutées.

4. Méthodologie

4.1. Questions de recherche

C'est sur la base du modèle théorique présenté dans le chapitre précédent qu'ont été sélectionnées les questions de l'étude empirique. Si l'utilisation de la connaissance scientifique est un processus d'appropriation, par les usagers, de concepts (métaphores) élaborés par les chercheurs, le point de départ de la recherche empirique ne peut être que l'identification des concepts adoptés ou élaborés par le gestionnaire pour expliquer à lui-même et aux autres leurs décisions et leurs actions.

Nous avons analysé le discours des gestionnaires à deux niveaux: celui d'un hôpital particulier et celui des associations professionnelles. Pour cela, nous avons interviewé les gestionnaires de cet hôpital et nous avons examiné les publications officielles de deux associations: le Collège canadien des directeurs de services de santé et l'Association des hôpitaux du Québec.

Après avoir analysé le discours des gestionnaires, nous avons procédé à l'examen de la production scientifique liée au champ de travail du gestionnaire. Le but de cet examen était d'identifier les concepts (métaphores) principaux véhiculés dans les écrits scientifiques. Il a été important ici de ne pas nous limiter aux métaphores explicitement formulées. Nous avons donc aussi observé les métaphores de deuxième ordre (Alvesson, 1993), c'est-à-dire les compréhensions différentes d'un même concept scientifique. Alvesson explique son idée en citant le concept de «pouvoir». Appliqué aux organisations, ce concept constitue déjà une métaphore (de premier ordre). Cependant, l'idée de pouvoir prend des acceptions différentes selon l'auteur qui l'utilise. Ces acceptions sont les métaphores de deuxième ordre.

Ce volet d'identification de l'utilisation de métaphores s'est achevé avec la vérification de l'existence de convergences entre les métaphores utilisées par les gestionnaires et celles adoptées par les chercheurs.

Le deuxième volet des questions de recherche a concerné l'étude des facteurs qui influent sur l'utilisation de la connaissance. Nous nous sommes limités aux facteurs qui, selon le modèle théorique adopté, ont une influence directe sur l'utilisation des connaissances par les gestionnaires. L'étude des facteurs d'influence indirecte, malgré son importance, exige l'adoption d'autres démarches empiriques, ce qui compromet la faisabilité de notre recherche. Pour la même raison, nous avons été obligés de nous concentrer sur certains facteurs parmi les nombreux existant qui peuvent influencer directement sur l'application des connaissances. Nous avons pris,

toutefois, un ensemble composé de facteurs appartenant à chacun des groupes de facteurs ayant une influence directe, à savoir, les facteurs internes aux jeux de langage, les caractéristiques organisationnelles et les caractéristiques individuelles des décideurs. Enfin, nous avons étudié l'effet des facteurs suivants : l'accessibilité de la connaissance, les caractéristiques de la décision, les rapports interorganisationnels et les connaissances pratiques des gestionnaires. Ces facteurs sont les plus cités dans les études sur l'utilisation des connaissances. L'accessibilité à la connaissance est souvent mentionnée dans les écrits spécialisés et est un facteur clé de l'utilisation de la connaissance selon les études sociologiques et épistémologiques. Les caractéristiques de la décision sont comprises dans tous les modèles proposés par les écrits spécialisés. Et l'importance des rapports interorganisationnels et des connaissances pratiques des gestionnaires est bien établie par les approches psychologiques.

Étant un des facteurs internes aux jeux de langage des chercheurs, et donc d'influence directe sur l'utilisation, l'accessibilité aux connaissances est importante à observer. Les efforts de diffusion basés sur les contacts personnels entre chercheurs et gestionnaires semblent avoir un effet majeur sur l'utilisation. De même, l'existence des interventions spécifiques visant favoriser la diffusion de la connaissance est un facteur d'accessibilité aux connaissances qui mérite être étudié.

Les caractéristiques de la décision constituent, par excellence, le facteur d'influence interne aux jeux de langage des gestionnaires. Son effet sur l'utilisation des connaissances est donc important à examiner. Il faut vérifier si la décision à l'étude est définie comme routinière ou stratégique et déterminer quel est le rapport de cette définition avec l'utilisation des connaissances. On s'attend à une utilisation accrue dans le cas de décisions stratégiques. De plus, il faut vérifier le degré perçu de politisation de cette décision. Un degré élevé peut favoriser l'utilisation de type stratégique.

L'intensité des rapports de l'organisation à l'étude avec d'autres organisations est, parmi les facteurs contextuels, un de plus significatifs à observer. Nous avons déjà mentionné l'importance probable de ce facteur, compte tenu de l'idée que l'apprentissage se fait surtout à partir de l'observation et de la modélisation des comportements des autres.

Finalement, il est intéressant d'étudier si la prise de décision a subi l'influence des connaissances pratiques, des expériences personnelles ou des intuitions particulières du gestionnaire et comment ces intuitions ont interagi avec la connaissance scientifique. L'importance de ces caractéristiques individuelles a été démontrée dans des études psychologiques aussi bien que par la discussion sur les processus de prise de décision. Dans notre étude, plus concrètement, nous avons cherché à connaître si des expériences passées avec des

processus de changement organisationnel ont influé sur la relation des gestionnaires avec la connaissance scientifique dans le processus actuel de prise de décision.

En résumé, nos questions de recherche ont été les suivantes :

A) Identification de l'utilisation des concepts scientifiques par les décideurs :

1. Quelles explications les gestionnaires apportent-ils pour avoir pris la décision qu'ils ont prise ?
 - 1.1. Quels sont les concepts (métaphores) utilisés dans ces explications ?
2. Quels sont les concepts (métaphores) utilisés dans les écrits professionnels sur le sujet touchant à la décision prise par le gestionnaire ?
3. Quels sont les concepts (métaphores) utilisés dans les écrits scientifiques sur le sujet touchant à la décision prise par le gestionnaire ?
4. Y-a-t-il convergence entre les concepts utilisés par les gestionnaires - à l'hôpital et dans les écrits professionnels - et ceux adoptés par les auteurs scientifiques ?

B) Identification des facteurs influençant l'utilisation :

B.1) L'accessibilité à la connaissance :

5. Les gestionnaires ont-ils des contacts avec des chercheurs travaillant sur le sujet auquel ils s'intéressent ?
6. Existe-t-il des interventions spécifiques pour favoriser la diffusion des connaissances scientifiques dans les milieux professionnels ?

B.2) Les caractéristiques de la décision :

7. La décision prise est-elle définie comme routinière ou stratégique ?
 - 7.1. Peut-on mettre en rapport cette définition avec une utilisation accrue ou réduite ?

8. La décision a-t-elle impliqué la mobilisation d'intérêts et de participants divers ?

8.1. Dans le cas positif, est-il possible d'identifier une utilisation stratégique de la connaissance ?

B.3) Les rapports interorganisationnels :

9. L'organisation maintient-elle des contacts réguliers avec d'autres organisations du même secteur et de caractéristiques similaires ?

9.1. Peut-on identifier des interventions réalisées par ces autres organisations qui ont influencé le comportement de l'organisation à l'étude ?

B.4) Les connaissances pratiques des décideurs :

10. Les expériences personnelles du gestionnaire ont-elles joué un rôle dans le processus de décision ?

10.1. Ces expériences ont-elles incité à rechercher des connaissances scientifiques ?

Pour répondre à ces questions, nous avons adopté la stratégie de recherche suivante.

4.2. Une étude qualitative de cas

Répondre aux questions de recherche suivant le modèle théorique décrit dans le chapitre précédent, impose d'adopter une méthode qualitative. Les méthodes qualitatives consistent en des ensembles de pratiques interprétatives qui examinent les choses dans leurs cadres naturels, en donnant du sens aux phénomènes à partir des significations créées par les acteurs sociaux (Denzin et Lincoln, 2000). Ainsi, elles se caractérisent, avant tout, par l'importance centrale qu'elles accordent à l'intentionnalité des acteurs et à la complexité des actions sociales (Laperrière, 1994). En outre, ces méthodes ont la capacité de saisir des phénomènes dynamiques ou «processuels» dans leur contexte réel (Langley, 1996, Silverman, 2000). Or, notre problématique requiert une stratégie de ce type. Nous voulons savoir si les gestionnaires utilisent des concepts scientifiques pour expliquer leurs décisions et leurs comportements. L'explication de ce qu'ils font n'est rien plus ni moins que les significations qu'ils donnent à leur réalité. Et ces significations ne sont

compréhensibles qu'en tenant compte de la dynamique du contexte où se situent les gestionnaires et en tenant compte de leurs intentions.

La stratégie de l'étude de cas semble toute indiquée. Nous sommes intéressés à étudier un phénomène contemporain dans son contexte, alors que les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement tranchées (Yin, 1989). En effet, le phénomène de l'utilisation des connaissances scientifiques par des gestionnaires est inséparable du contexte de gestion. D'ailleurs, l'étude de cas sert bien l'objectif de comprendre les significations données à la réalité vécue par des acteurs sociaux (Tesch, 1990), ce qui est au centre de notre intérêt de recherche.

Les études de cas font partie de la recherche synthétique. La recherche synthétique essaie d'examiner l'ensemble des relations interdépendantes entre plusieurs facteurs, pour expliquer des phénomènes complexes. Comme le soulignent Contandriopoulos *et al.* (1990), la puissance explicative de la recherche synthétique repose sur la cohérence de la structure des relations entre les composantes du cas et sur la profondeur de l'analyse du cas.

Il faut donc disposer d'un modèle théorique qui explicite les relations entre les composantes du cas et il faut regarder soigneusement la réalité empirique. Notre cadre théorique exhibe de façon bien explicite la structure des relations que nous pensons exister entre les phénomènes à étudier. Et la démarche empirique, quant à elle, a été essentiellement guidée par les questions de recherche que nous avons tenté de rendre le plus claire possible.

En somme, notre étude consiste à vérifier si des concepts scientifiques sont utilisés par les gestionnaires d'un hôpital particulier et dans les publications des deux associations professionnelles, pour expliquer la signification d'une approche spécifique de gestion. Nous examinons les facteurs qui peuvent avoir influencé l'utilisation ou la non-utilisation des concepts scientifiques dans cet hôpital. Pour réaliser cette étude, nous avons dû suivre une démarche en trois étapes: l'identification des métaphores utilisées à l'hôpital et les facteurs y jouant un rôle d'influence, le repérage des métaphores employées dans les textes professionnels et la reconnaissance des métaphores adoptées dans les écrits scientifiques. Ces trois étapes seront décrites en détail ci-dessous.

4.2.1. L'hôpital

La première étape de la démarche empirique a consisté à étudier le processus de restructuration administrative dans l'hôpital. Plus précisément, nous avons cherché à connaître quelles explications ont été apportées pour justifier la décision de changer la structure organisationnelle de l'hôpital. Ces explications ont révélé les concepts donnant du sens à la

nouvelle forme de gestion. Si ces concepts ont eu une origine scientifique, l'utilisation des connaissances scientifiques aurait été réalisée. Par ailleurs, nous avons évalué les rôles joués par les facteurs qui ont une influence sur l'utilisation des connaissances, facteurs que nous avons identifié et sélectionné préalablement d'après le modèle théorique retenu.

Pour réaliser cette partie de l'étude, nous avons choisi un hôpital psychiatrique, situé à Montréal, qui a vécu une réorganisation majeure avec l'implantation d'une structure de gestion par programme. Le choix de cet hôpital a été guidé principalement par le fait que le processus de changement organisationnel était très récent. Les moments de changements sont propices à l'identification des discours structurés pour expliquer l'état de l'organisation. Ces discours exhibent les concepts qui organisent la pensée et la pratique des gestionnaires.

Une raison secondaire au choix de l'hôpital de l'étude est liée au fait que sa direction avait invité des professeurs de l'Université de Montréal pour discuter de la gestion hospitalière. La présence de ces professeurs à l'hôpital a créé une opportunité pour approcher l'organisation dans des conditions favorables.

Dans les faits, pourtant, l'approche de l'hôpital n'a pas été aisée. Dès le départ, nous avons présenté au directeur général de l'hôpital notre protocole de recherche. Le directeur, considérant qu'il ne pouvait pas prendre seul la décision d'autoriser la réalisation de l'étude sur le site de l'hôpital, nous a demandé de faire une présentation du projet de recherche au Comité de régie.

Environ un mois plus tard, nous avons présenté le protocole de recherche aux membres du Comité de régie. À la suite de quelques questions sur la proposition de recherche, dont la raison d'avoir choisi cet hôpital, une discussion s'est établie sur la pertinence de soumettre le protocole au Comité d'éthique en recherche de l'hôpital. Une décision a finalement été prise de consulter le président du Comité d'éthique. Une semaine plus tard, nous apprenions que nous devons effectivement soumettre le projet de recherche.

Nous avons donc préparé et déposé toute la documentation pertinente, selon les procédures définies par le Comité d'éthique. Deux mois plus tard, nous avons reçu l'avis du Comité: par une majorité de voix, le Comité avait décidé que notre recherche ne relevait pas de ses compétences.

Nous avons donc pu commencer la collecte de données.

Pour comprendre le sens donné à la structure de gestion par programme à l'hôpital et le rôle des facteurs influant sur l'utilisation des connaissances scientifiques, nous avons adopté trois techniques de collecte de données.

D'abord, nous avons fait une revue de toute la documentation pertinente et disponible. Nous avons examiné les procès-verbaux de toutes les réunions du Conseil d'administration et du

Comité de régie de l'hôpital des quatre dernières années, c'est-à-dire, à partir du démarrage du processus de planification qui a abouti à l'implantation de la nouvelle structure. Nous avons revu le Plan stratégique 1997-2000 et le Plan d'organisation (1999) qui en est issu. En plus, nous avons consulté tous les numéros du journal interne de l'hôpital, qui traitaient systématiquement de l'implantation de l'organisation par programme, ainsi qu'un ouvrage retraçant l'histoire de l'hôpital (Cahn, 1981).

L'examen de cette documentation nous a apporté une certaine reconnaissance du terrain et a révélé certaines des justifications qui seront avancées pour justifier la décision d'implanter la nouvelle structure de gestion. Dans ces justifications, nous avons pu déjà identifier des métaphores donnant un sens à l'approche par programme.

Deuxièmement, nous avons interviewé vingt et un gestionnaires dont dix-neuf cadres hiérarchiques des trois paliers - la haute direction, la direction intermédiaire et les gérants de base - et trois cadres fonctionnels, les conseillers en activités professionnelles.

Une première liste de personnes à interviewer a été suggérée par le directeur général. Cette liste comportait surtout des dirigeants intermédiaires, mais comptait aussi des gestionnaires de base. Par la suite, nous avons ajouté à la liste les autres membres de la haute direction, qui, nous le supposons, étaient directement impliqués dans le processus de prise de la décision de restructurer l'hôpital. De plus, nous avons étendu la liste en y ajoutant les conseillers en activités professionnelles, car ces derniers étaient des gestionnaires qui avaient perdu, contre leur volonté, leur statut de cadres hiérarchiques. Finalement, un gestionnaire, pendant l'entrevue, a suggéré l'inclusion dans la liste de deux autres gestionnaires qui lui étaient subordonnés, ce que nous avons accepté.

Lors de la première rencontre avec le directeur général de l'hôpital, suite à l'autorisation que nous avons eue de réaliser l'étude, nous avons été informés du fait que le Comité de régie souhaitait que les entrevues se concentrent sur le thème de la décentralisation. Étant donné que notre objectif était d'étudier l'utilisation des connaissances scientifiques par des gestionnaires, le thème spécifique sur lequel nous allions vérifier l'existence de concepts scientifiques dans le discours des gestionnaires, était d'importance mineure. Par conséquent, nous avons accepté la suggestion. Dans la pratique, toutefois, les interviewés ont valorisé différemment les divers aspects de la restructuration organisationnelle. Ainsi, il est souvent arrivé que la personne décide de parler plutôt de la co-gestion ou de la coupure des liens hiérarchiques dans les disciplines ou même, d'une façon plus générale, de la gestion par programme. De toute façon, ce qui est important c'est que les gestionnaires ont toujours mentionné les raisons pour justifier la restructuration et ces raisons sont révélatrices des compréhensions du changement, qui circulent

dans l'organisation.

Les entrevues ont été organisées à partir des questions de recherche que nous avons définies. Cependant, nous avons tenté d'inciter les personnes interviewées à développer librement leur raisonnement, suivant en cela les suggestions de Barley (1983): un style non-directif d'interrogation et l'emploi de techniques comme la paraphrase, le résumé et des encouragements à parler. Ces entrevues semi-structurées étaient divisées en deux grands volets. Premièrement, les questions touchaient à l'explicitation des justifications de la décision de changer la structure organisationnelle. Un deuxième volet des questions était dirigé vers l'identification de facteurs qui pouvaient influencer le degré et le type d'utilisation de la connaissance scientifique: l'accessibilité à la connaissance, les caractéristiques de la décision, les rapports interorganisationnels et les connaissances pratiques des gestionnaires.

En plus de ces rencontres avec les gestionnaires, traitant de la décentralisation à l'intérieur de l'hôpital, nous avons réalisé deux autres types d'entrevues. Nous avons rencontré un ancien directeur général de l'hôpital, actuel directeur du Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale. Ce médecin, qui a dirigé pendant dix-sept ans l'hôpital à l'étude, a fourni beaucoup d'informations sur l'histoire de l'hôpital. En outre, nous avons interviewé deux chercheurs qui travaillent à l'hôpital et qui dirigent des équipes conduisant des recherches évaluatives. Notre but était de chercher leur opinion sur l'utilisation des résultats de leurs propres recherches.

Les entrevues se sont étendues sur une période de cinq mois. La plupart d'entre elles, toutefois, ont été réalisées dans les deux premiers mois. En général, les personnes interviewées ont toutes été très réceptives. La seule exception a été un membre de la haute direction qui n'a accordé l'entrevue qu'après une certaine insistance de notre part, marquée par des essais répétés de fixer un rendez-vous.

Un aspect marquant dans plusieurs des entrevues a été l'existence d'une certaine tension émotionnelle. Souvent l'interviewé voulait connaître la liste de toutes les autres personnes interviewées et faisait très attention en choisissant ses mots. Nous n'avons compris cela qu'après avoir appris que le processus de restructuration s'est accompagné de luttes féroces de pouvoir, de «guerres» selon une des personnes interviewées les plus ouvertes. Ce n'est peut-être pas une coïncidence que le seul dirigeant qui a été réticent à accorder l'interview, a été une cible privilégiée des opposants à la réforme organisationnelle.

Prenant en moyenne une heure et demi, les durées des entrevues ont beaucoup varié, allant de trente minutes dans un cas à trois heures dans quatre cas. Sauf dans trois circonstances, toutes les entrevues ont été enregistrées au moyen d'un magnétophone. Les trois non-

enregistrements sont dus au refus de deux personnes interviewées et, dans un cas, à un problème technique de l'appareil. Invariablement, après chaque entrevue, nous avons nous-même transcrit les entrevues, en y ajoutant nos commentaires.

Trois mois après la réalisation de la dernière entrevue, nous avons envoyé à toutes les personnes interviewées un premier rapport. Ce rapport présentait notre première analyse des conversations. Soumettre le résultat de l'analyse aux informateurs est, selon Lincoln et Guba (1985) et Glesne et Peshkin (1992), une des formes les plus importantes de validation de la recherche qualitative (cités par Stake, 2000). Nous avons alors demandé aux gestionnaires de nous signaler les mauvaises interprétations ou de nous faire, s'ils le désiraient, des commentaires. Quatre individus ont répondu. Nous avons rencontré deux d'entre eux et longuement discuté du rapport. Lors de chacune de ces rencontres, les gestionnaires ont précisé certaines de leurs positions et ont fait des commentaires sur les positions des autres personnes interviewées. Un gestionnaire a considéré le rapport «habile» tandis que l'autre l'a qualifié d'«utile». Nous n'avons pas rencontré les deux autres personnes interviewées. Pourtant, ils nous avaient envoyé des messages positifs. Un de ces messages disait: «I recognize some of my comments in the report and I find no impropriety with the contents or their interpretation».

La troisième technique de cueillette de données a été l'observation participante. Nous avions prévu rester six mois à l'intérieur de l'hôpital, participant à des réunions et des événements liés au processus de restructuration. Surtout, nous voulions interagir de façon informelle avec les gestionnaires pour connaître leurs façons de penser et d'agir au quotidien de la gestion.

Dans les faits, nous n'avons pas pu faire autant que ce qui avait été prévu. La direction de l'hôpital nous a accordé un bureau que nous avons utilisé régulièrement pendant six mois. Cependant, isolés dans ce bureau, nous n'avons presque pas eu de contacts avec les gestionnaires de l'hôpital en dehors des moments des entrevues. En réalité, la structure pavillonnaire de l'hôpital et l'existence de plusieurs services décentralisés font en sorte que les gestionnaires ne sont pas tout le temps à leur bureau au pavillon administratif. De plus, à la suite des disputes qui se sont terminées par le triomphe des partisans de la restructuration, les personnes souhaitaient reprendre des activités routinières sans s'attarder sur des discussions plus générales. À notre connaissance, il n'y a plus eu de réunions pour débattre de la décentralisation ou de la gestion par programme. Nous avons quand même eu l'opportunité de participer à une réunion publique du Conseil d'administration. Dans cette réunion, nous avons pu constater que le processus d'implantation de la nouvelle structure n'était pas complètement terminé: le Conseil discutait encore de l'allocation des gestionnaires dans des postes de direction intermédiaire.

Ainsi, il faut avouer que si l'observation participante a été relativement utile pour la compréhension du contexte interne à l'hôpital, elle n'a pas contribué directement à une meilleure compréhension du sens donné par les gens de l'hôpital à la gestion par programme.

Enfin, la revue de la documentation, les entrevues et, secondairement, l'observation participante ont fourni le matériel pour l'étude de la signification de la gestion par programme à l'hôpital. En outre, ces techniques, surtout les entrevues, ont apporté des informations pour l'évaluation des rôles des facteurs influençant l'utilisation des connaissances scientifiques. Il vaut la peine de rappeler que l'utilisation de sources de données distinctes, communément appelée triangulation, est reconnue comme étant une stratégie de réduction du risque d'interprétations erronées (Stake, 2000) ou même de renforcement de la consistance des données (Huberman & Miles, 1991).

4.2.2. Les textes professionnels

La deuxième étape de la démarche empirique a été l'analyse des écrits professionnels sur la gestion par programme. Les écrits professionnels sont ceux qui représentent les vues et les positions des associations professionnelles. Compte tenu du fait que nous étudions l'utilisation des connaissances scientifiques par les administrateurs de la santé, les associations ne pouvaient être autres que les organismes représentatifs de ces professionnels. Par conséquent, nous avons analysé les publications de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) et du Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS). Selon certains gestionnaires interviewés à qui nous avons posé la question, les publications de ces associations circulent largement parmi les dirigeants des hôpitaux québécois.

Le fait que les gestionnaires de l'hôpital sont familiers avec les textes professionnels est intéressant, car il permet l'étude des interrelations entre les deux niveaux du discours professionnel sur la gestion par programme. En effet, si les gestionnaires connaissent les textes professionnels, nous pouvons examiner non seulement les rapports d'influence entre les gestionnaires et les chercheurs, mais aussi les rapports entre les leaders gestionnaires et les gestionnaires d'un hôpital particulier. Cet examen est encore plus pertinent du fait que, tel que révélé dans un bon nombre d'études sur l'utilisation des connaissances scientifiques (voir, p.ex., Roy *et al.*, 1995), les associations servent d'agent de liaison entre les scientifiques et les praticiens.

Pour connaître le sens donné à l'organisation par programme par les leaders professionnels, nous avons examiné tous les articles sur ce mode de gestion parus dans les

périodiques des deux associations. En outre, nous avons analysé trois ouvrages édités par elles pendant les années 90, et spécialement consacrés au sujet de l'organisation par programme.

Pour sélectionner les articles à analyser, nous avons dépouillé tous les numéros d'*Artère*, l'organe officiel de l'Association des hôpitaux du Québec, et tous les éditions de *Healthcare Management Forum Gestion de soins de santé*, le périodique édité par le Collège canadien des directeurs de services de santé. La période examinée s'est étendue de 1990 à 2000, ce qui représente un délai de six ans entre la première publication et le démarrage de la planification stratégique dans l'hôpital étudié, un temps suffisant pour permettre aux gestionnaires d'avoir connaissance de la position des associations.

Le périodique *Artère* est publié 10 fois par an, ce qui donne un total de 110 numéros dans la période observée. Il est publié dans un format journal, c'est-à-dire qu'il s'agit plutôt d'un organe d'information et de diffusion des nouvelles de l'Association et de ses membres. Néanmoins, on y trouve souvent des articles de fond, écrits par des spécialistes invités ou des conseillers techniques de l'Association elle-même. De plus, la publicité occupe un espace importante dans les pages du journal.

Le périodique du CCDSS est publié trimestriellement, ce qui signifie 44 numéros entre les années 1990 et 2000. Il s'agit d'une revue qui possède des caractéristiques hybrides. D'une part, elle est un organe professionnel qui reflète les intérêts de sa corporation. D'autre part, elle est une revue qui diffuse des articles scientifiques dont la publication est soumise à l'évaluation d'un comité de pairs. En fait, la plupart des textes publiés sont des articles originaux.

Nous avons trouvé dans *Artère* quatre articles spécialement consacrés au thème de la gestion par programme. Quatre autres textes ont été retenus parce qu'ils touchent un thème dont le contenu est lié au concept de gestion par programme : la place centrale du client pour les services de santé. Finalement, un texte sur la cogestion, thème qui lui aussi est lié à l'approche par programme, a également été analysé.

Dans *Forum*, nous avons trouvé sept articles portant sur la gestion par programme au cours de la période 1990-2000. De plus, nous avons identifié quatre autres textes portant sur l'approche-client et un article sur la cogestion. On peut noter en passant que douze documents, dans 44 numéros d'un périodique, représentent un nombre significatif d'articles discutant plus ou moins directement, un même sujet.

En plus des articles retrouvés dans les deux périodiques, nous avons analysé deux documents édités par l'Association des hôpitaux du Québec et un livre édité par le Collège canadien des directeurs de services de santé, les trois portant exclusivement sur le thème de la gestion par programme.

Le livre du CCDSS est la publication la plus ancienne. Elle date de 1994. Intitulé *Program Management and Beyond. Management Innovations in Ontario Hospitals*, ce livre a été édité par trois chercheurs du Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Ces chercheurs ont préparé l'introduction qui présente une vision générale de la gestion par programme, et le chapitre final - «les leçons apprises» -, tandis que des gestionnaires de huit hôpitaux ont écrit les huit chapitres du livre, qui portent sur leurs expériences.

Le premier document de l'AHQ, publié en 1996, s'intitule *Regards sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé*. Écrit par des conseillers techniques de l'Association, ce document visait à informer les gestionnaires des hôpitaux québécois sur la tendance nouvelle aux États-Unis et au Canada anglais que représentait l'approche de la gestion par programme. Les caractéristiques générales de cette approche y sont présentées.

En 2000, l'AHQ a publié un deuxième document, intitulé *Organisation par programme-clientèle: l'expérience des centres hospitaliers du Québec*. Ce document a été rédigé par un professionnel dans le cadre de ses études au programme de maîtrise en administration des services de santé de l'Université de Montréal. Ce professionnel a été supervisé par les mêmes conseillers techniques qui ont préparé le premier document. Le texte «se veut une synthèse des réflexions partagées auprès de onze hôpitaux québécois qui ont implanté, ou sont en voie d'implanter, cette démarche (la gestion par programme-clientèle) ainsi que celles ressorties d'une revue de littérature».

Enfin, les articles des périodiques et les documents spéciaux ont constitué la matière brute pour l'identification des métaphores structurant la signification donnée à l'approche de la gestion par programme par les associations professionnelles des gestionnaires canadiens de la santé.

4.2.3. Les écrits scientifiques

La troisième et dernière étape de la démarche empirique a été l'analyse des écrits scientifiques sur la gestion par programme.

La question de départ, dans cette étape, a été la définition de «scientifique». Qu'est-ce qu'un écrit scientifique ?

Les périodiques qui se veulent scientifiques sélectionnent les articles pour publication à partir de l'analyse, faite par des membres de la communauté scientifique, de la rigueur de la démarche scientifique adoptée par l'auteur ou les auteurs de l'article.

Le *Journal of the American Medical Association* (JAMA), par exemple, affirme qu'un article soumis pour publication doit remplir les critères suivants: le matériel doit être original, l'écriture claire, les méthodes de l'étude appropriées, les données valides, les conclusions raisonnables et basées sur des données probantes, l'information doit être importante et le sujet doit présenter un intérêt médical général.

Un périodique d'un domaine différent, *The Academy of Management Review*, malgré l'inclusion d'un critère visant à stimuler la publication de recherches novatrices, adopte des critères généraux similaires à ceux du JAMA: les articles doivent être originaux, «insightful» et soigneusement préparés, préférablement défiant la sagesse conventionnelle en ce qui concerne les organisations et leur rôle dans la société.

Dans un exemple du domaine de l'administration de la santé, la revue *Medical Care Research and Review* adopte aussi des critères semblables. Pour y être publié, un article doit: (1) synthétiser des recherches préalables dans diverses disciplines, dans le but d'orienter d'autres chercheurs ou des praticiens; (2) exposer des recherches empiriques méthodologiquement rigoureuses qui contribuent de manière significative à la connaissance; ou (3) présenter de nouvelles informations et des tendances dans le domaine des soins de santé.

Comme dernier exemple, il vaut la peine connaître ce que dit un organisme de subvention à la recherche. Ainsi, le Conseil québécois de la recherche sociale (2001) analyse les demandes de financement de recherche selon les critères de pertinence du modèle théorique et de consistance méthodologique. En outre, le Conseil évalue les retombées sociales anticipées et la compétence de l'équipe de chercheurs.

Il s'agit clairement de critères assez flous. En réalité, ces critères ne sont que des orientations générales. De plus, les conceptions d'originalité, de pertinence théorique, de consistance méthodologique, de validité, d'importance de l'information, de ce qui est raisonnable ou bien rédigé, peuvent varier d'un périodique ou d'un organisme de subvention à l'autre et même d'un reviewer à l'autre dans la liste des reviewers d'un périodique donné.

Dans la pratique, ce sont les comités de lecture ou d'évaluation qui auront à décider, à partir de jugements *ad hoc*, si le périodique doit accepter un article soumis pour publication ou si l'organisme de subvention à la recherche doit financer un projet particulier.

Il est légitime donc d'adopter un critère pragmatique, considérant comme scientifiques les écrits publiés par des périodiques qui font évaluer les articles par un comité de lecture. Nous suivons ainsi les mécanismes de contrôle de la rigueur scientifique établis par la propre communauté de chercheurs. Par ailleurs, et cela est intéressant, nous respectons la pluralité des

définitions existantes de scientificité, sans sélectionner des périodiques à partir de leur orientation épistémologique.

Il ne faut pas oublier, cependant, que l'existence de comités de pairs n'est pas une exclusivité des périodiques strictement scientifiques. Plusieurs organes officiels des associations professionnelles, par exemple, utilisent des comités de lecture pour trier les articles à publier. Or, ces comités sont utilisés non pour évaluer le positionnement professionnel de l'association, mais pour évaluer la rigueur théorique et méthodologique des articles à caractère scientifique que ces revues communément publient. Par conséquent, l'approbation par un comité de lecture peut toujours être prise comme un garant de la scientificité d'un écrit.

La notion de «scientifique» ayant été définie, nous sommes passé à la recherche des écrits sur la gestion par programme. Nous avons cherché, à partir des banques d'articles sur Internet PubMed et ProQuest Direct, les textes scientifiques qui utilisaient dans leurs titres ou résumés les mots «program management». La recherche s'est limitée à la période 1990-2000, du fait que notre intérêt était de connaître le discours scientifique contemporain.

Sur ProQuest Direct, une banque d'articles du domaine des sciences de l'administration, seulement trois écrits portant les mots «program management» ont été trouvés. De fait, ces articles discutent le «project management», dont l'exemple typique est la gestion des grands projets comme la construction d'usines hydroélectriques. L'expression «program management» est utilisée pour désigner la coordination d'un ensemble de projets.

Dans PubMed, 5660 références ont été trouvées. Pour rendre manipulable cet ensemble d'articles, nous avons modifié les mots clés utilisés pour la recherche, en ajoutant «health care» à «program management». Cette fois ci, 1202 articles ont été retenus. Ce nombre d'écrits étant encore trop important, et donc difficile à manipuler, nous avons décidé de limiter la recherche des mots clés aux titres des articles. Dix-neuf titres contenant ces quatre mots sont apparus.

Parmi ces dix-neuf titres, plusieurs écrits ont porté sur le «case management», sur le «quality management» et sur la gestion de maladies ou de groupes particuliers - par exemple, diabète, asthme, personnes âgées, nouveau-nés. Sur la gestion par programme, comme approche spécifique, nous avons trouvé trois articles. La recension de ces articles a montré que, fort probablement, la plupart des 5660 articles trouvés au départ ne touchent pas exactement le sujet de la gestion par programme.

Cependant, compte tenu du fait que trois représente un nombre très limité d'écrits, nous avons essayé une nouvelle démarche. Nous avons sélectionné un de ces articles et cherché les «Related Articles». 126 titres sont apparus, dont dix-sept publiés avant 1990, quarante-cinq entre 1991 et 1995 et cinquante-six entre 1996 et 2000. Les thèmes les plus fréquemment rencontrés

ont été: l'adoption de diverses techniques de la «ré-ingénierie» dans les hôpitaux, le rôle des médecins dans la gestion du changement hospitalier, l'approche «patient-focused care», l'«utilization management» et la gestion de la qualité. Seulement six articles touchaient le sujet spécifique de la gestion par programme.

Ces résultats de la recherche sur PubMed indiquent que l'utilisation de l'expression «program management» comme telle est très peu répandue dans la littérature sur la gestion des organisations, en général, et des services de santé, en particulier. De plus, ils montrent que le concept de «program management» est lié à d'autres expressions comme ré-ingénierie, gestion de la qualité, «case management», «disease management», «utilization management» et «patient-centered care».

Pour pouvoir saisir le sens donné par les scientifiques à l'approche par programme, il faut donc regarder de plus près non seulement les articles qui traitent spécifiquement de la gestion par programme, mais aussi ceux qui discutent les approches représentées par les expressions ci-dessus mentionnées.

Or, examiner tous les articles publiés dans les années 90 sur toutes ces approches s'avère une tâche très laborieuse et peut-être inutile si le but est d'identifier les concepts centraux de chacun d'entre eux. Par conséquent, nous avons opté pour la sélection d'un certain nombre d'écrits représentatifs des diverses approches. Pour réaliser la sélection, nous avons adopté une démarche dont l'avantage fondamental était d'assurer le lien entre la gestion par programme et les autres approches. Premièrement, nous avons analysé tous les écrits spécifiques sur la gestion par programme. Deuxièmement, nous avons pris les articles qui étaient les références les plus citées dans les premiers écrits analysés, et ensuite les références les plus importantes du deuxième ensemble d'écrits analysés. Finalement, nous avons ajouté quelques articles qui ne faisaient pas partie des références, mais qui étaient intéressants par le fait de présenter de discussions de caractère globalisant sur les approches de gestion. En procédant ainsi, nous avons rassemblé 88 articles qui se distribuent, à raison de huit en moyenne, parmi les approches suivantes: la gestion par programme en tant que telle, la gestion par ligne de produit, la gestion de la maladie, les «firmes centrées», la gestion de l'utilisation, la gestion de cas, la gestion de la qualité, les soins centrés sur le patient, la ré-ingénierie des organisations de santé, l'organisation matricielle et la décentralisation organisationnelle.

Cet ensemble de 88 articles a constitué le corpus de textes servant à l'étude du discours scientifique contemporain sur la gestion par programme.

En outre, nous avons décidé de compléter l'étude de la signification scientifique de la gestion par programme en examinant son origine. En effet, la connaissance des origines et de

l'évolution du concept de gestion par programme peut être utile à l'approfondissement de la compréhension de son sens scientifique. Par conséquent, à partir d'une recherche en cascade, allant progressivement des plus récentes aux plus anciennes des références bibliographiques des écrits scientifiques, nous avons remonté l'évolution historique du concept de gestion par programme jusqu'à sa naissance. Ainsi, tandis que l'analyse des écrits contemporains nous a permis de saisir le sens donné actuellement par les chercheurs au concept de gestion par programme, l'étude de l'origine de ce concept nous a permis de vérifier la contribution scientifique à sa formation.

Une fois complétée la collecte du matériel brut - les documents et les entrevues réalisées à l'hôpital, les textes professionnels et les écrits scientifiques -, nous sommes passé à l'étape de l'analyse.

4.3. Les méthodes d'analyse

4.3.1. L'analyse des discours

Les entrevues se distinguent des écrits - soit les documents de l'hôpital, soit les textes professionnels ou scientifiques - par le fait qu'elles ont été enregistrées par le chercheur. De fait, c'est là la seule différence. Pour les fins d'analyse, aussi bien les entrevues que les écrits préparés sans l'intervention du chercheur peuvent être traités comme des textes avec un même ensemble de techniques (Silverman, 2000; Ryan et Bernard, 2000).

Bibeau et Corin (1995) distinguent cinq niveaux d'analyse de textes. Le niveau philologique concerne les questions de terminologie. L'analyse linguistique et grammaticale implique l'étude de la syntaxe et de la sémantique. L'analyse tropologique sert à identifier les outils rhétoriques comme les métaphores et les ellipses. Ces trois niveaux constituent la critique interne du texte. Les deux autres niveaux concernent les dimensions épistémologiques et culturelles d'un texte. Les modes de penser, les formes d'argumentation, les visions de monde et le contexte culturel forment le centre d'intérêt de ces deux derniers niveaux analytiques.

Notre analyse de textes se situe dans la dimension épistémologique dès que nous prétendons saisir les formes argumentatives qui révèlent le mode de pensée des gestionnaires et des scientifiques sur un sujet spécifique, dans le cas présent, la gestion par programme. Pourtant, cette distinction entre les niveaux d'analyse est en quelque sorte arbitraire et leurs frontières ne sont pas nettes. Plus particulièrement, nous croyons que la compréhension des modes de pensée dépend essentiellement de l'étude des métaphores. Dans cette étude, toutefois, et contrairement à

l'analyse tropologique, les métaphores ne sont pas vues comme des figures de style linguistique. Dans une approche sémiologique, les tropes représentent les processus générateurs de signification. La métaphore et les autres formes rhétoriques sont, de fait, les processus par lesquels les signes signifient (Barley, 1983). En adoptant un point de vue sémiologique, notre tâche était donc d'identifier les métaphores génératrices de sens.

Nous avons commencé l'examen des textes par ceux rapportant le discours des gestionnaires de l'hôpital. Cette option a découlé du souci de prévenir un possible biais lié au rôle du chercheur. En connaissant préalablement les concepts utilisés par les scientifiques pour discuter l'approche de la gestion par programme, nous aurions pu peut-être influencer les personnes interviewées à utiliser ces concepts.

L'étude du discours des gestionnaires de l'hôpital a débuté par l'analyse du Plan stratégique 1997-2000 et du Plan d'organisation de l'hôpital (1999). Étant donné l'objectif d'identifier les métaphores aidant les gestionnaires à organiser leur pensée et leur action, nous nous sommes intéressés à la reconnaissance des catégories par lesquelles la réalité est décrite plutôt qu'à l'évaluation de l'objectivité de cette description.

Concrètement, nous avons essayé de saisir le raisonnement développé par les rédacteurs des plans. Ainsi, nous avons initialement identifié les raisons générales amenant à la proposition de restructurer l'hôpital. Ensuite, nous avons recherché les principes directeurs, les objectifs stratégiques et les objectifs opérationnels que se donnait l'hôpital. Troisièmement, nous avons mis en évidence les problèmes fondamentaux auxquels les plans visaient faire face et les solutions qu'ils en proposaient. Finalement, nous avons regardé les assises, les objectifs et le modèle organisationnel de la nouvelle structure. Cette démarche nous a permis d'identifier déjà certains concepts structurant le sens de la restructuration proposée.

L'étude des plans a été utile à la compréhension de la signification de la nouvelle structure. Néanmoins, par leur richesse d'information, les entrevues ont été la voie la plus importante d'accès aux sens donnés par les gestionnaires à l'organisation par programme.

Nous avons entamé l'analyse des entrevues en repérant, dans les transcriptions, les parties où des raisons justifiant l'adoption de l'approche par programme étaient mentionnées. Ce repérage d'extraits des entretiens nous a fourni une vision générale des thèmes présents dans le discours. Les thèmes sont des redondances d'interprétation qui révèlent la présence des connotations similaires véhiculées par deux ou plusieurs expressions (dénotations) différentes (Barley, 1983).

Cette première reconnaissance des thèmes, encore grossière, a été suivie par un effort de raffinement de leur délimitation. Pour cela, nous avons construit des listes lexicales regroupant les expressions et les mots liés à chaque thème. Par exemple, le thème de l'imputabilité incluait

des expressions comme «rendre imputable», «accroître l'imputabilité», «augmenter la responsabilisation», «responsabiliser», «exiger des comptes-rendus», etc. La procédure de regroupement, en délimitant plus précisément les thèmes, a conduit à la définition de nouveaux thèmes à partir de la distinction des expressions initialement vues comme des exemples d'un même thème.

Suivant Manning (1987), nous pouvons dire que les expressions réunies dans chaque liste thématique révèlent les significations dénotatives, c'est-à-dire les associations d'idées les plus immédiates ou automatiques, tandis que les thèmes qui les regroupent représentent les significations connotatives ou les métaphores de l'approche par programme.

La construction de ces listes s'est appuyée sur l'usage du logiciel d'analyse linguistique Sato (Daoust, 1999), avec lequel nous avons réalisé le comptage de tous les mots présents dans chacune des entrevues. Le comptage de mots est reconnu comme une stratégie utile à la découverte de patterns d'idées et de thèmes dans un texte (Ryan et Bernard, 2000). Effectivement, le comptage a permis non seulement l'identification des mots sémantiquement corrélés et donc la définition des lexiques, mais aussi la mesure de l'importance pour chaque individu d'un thème donné. En effet, nous avons pris la fréquence d'usage d'une expression comme un indicateur de l'importance attribuée par l'interviewé à l'idée exprimée par cette expression. En sachant, toutefois, que la fréquence d'usage n'est pas un indicateur très fiable de l'importance d'une idée, nous ne l'avons utilisée que comme une approche pour classer les réponses des interviewés. Ainsi, cette information nous a permis de caractériser des sous-groupes de membres de l'hôpital.

En outre, la fréquence d'utilisation d'une expression a permis aussi de mesurer le degré de sa diffusion à l'intérieur de l'organisation. Nous avons de cette manière, différencié les expressions les plus répandues, caractérisant les significations partagées à l'échelle de l'hôpital, de celles moins diffusées, indiquant les significations propres à des sous-groupes des membres de l'hôpital et même à des individus. Pour distinguer les thèmes selon leur degré de dissémination, nous avons utilisé le logiciel d'analyse de textes Logos (Camargo, 2000), lequel nous a permis de vérifier la fréquence de chaque expression dans l'ensemble des entrevues.

Nous avons été capables, par conséquent, de travailler sur deux unités d'analyse: l'organisation comme un tout et les sous-groupes à l'intérieur de l'hôpital. En prenant les métaphores largement répandues, nous avons pu les mettre en rapport avec les caractéristiques de l'organisation. De manière similaire, en observant les métaphores caractéristiques des sous-groupes internes, nous avons pu les rapporter aux particularités de ces groupes.

En résumé, l'analyse des raisons justifiant la décision de restructurer l'hôpital nous a permis de discerner quinze métaphores caractérisant la gestion par programme selon les

gestionnaires de l'hôpital. D'ailleurs, nous avons reconnu l'importance de chaque métaphore pour chacun des individus interviewés, ainsi que son degré de dissémination. Ainsi, les quinze métaphores se distribuent sur un continuum allant de largement répandues dans l'hôpital jusqu'à particulières à certains individus.

En plus de permettre le discernement des métaphores, les entrevues ont été aussi la source d'informations sur les rôles joués par un certain nombre de facteurs influençant l'utilisation des connaissances par des gestionnaires. Partant de la revue de la littérature sur l'utilisation de la connaissance scientifique, nous avons inclus dans le modèle théorique une gamme sélectionnée de facteurs influents. En conséquence, pendant les entrevues, nous avons essayé d'obtenir des renseignements sur la présence à l'hôpital de chacun de ces facteurs.

L'analyse de cette partie des entrevues a été relativement plus simple, puisqu'il ne s'agissait plus de découvrir les différentes connotations liées aux diverses expressions dénotatives. Néanmoins, nous avons eu des difficultés découlant du manque des critères pour juger de la présence «réelle» des facteurs influents. En effet, l'interprétation subjective de la réalité organisationnelle a toujours déterminé les réponses des personnes interviewées. Par exemple, les réponses à la question sur la réalisation des initiatives de diffusion de la connaissance scientifique ont été positives et négatives, selon qui était le répondant.

Pour décider si un certain facteur d'influence a effectivement eu un rôle à jouer, nous avons suivi le seul critère possible quand toutes les sources d'informations disponibles sont des opinions personnelles: le test de l'intersubjectivité (Minayo, 1990). Autrement dit, nous avons comparé les diverses opinions en cherchant les points consensuels. L'existence d'un consensus parmi les personnes interviewées a été la condition nécessaire et suffisante pour considérer la présence d'un facteur d'influence. Parfois, le consensus a pu s'établir immédiatement. Par exemple, tous les gestionnaires ont été d'accord sur le caractère stratégique de la décision d'implanter l'organisation par programme. Dans d'autres cas, toutefois, le consensus ne s'est établi qu'à un niveau intermédiaire. Par exemple, les personnes interviewées n'étaient pas toutes d'accord sur le degré, élevé ou faible, de participation au processus de prise de décision. Pourtant, un accord a pu s'installer sur le fait que la décision avait mobilisé de nombreux membres de l'hôpital. Par conséquent, nous avons décidé de considérer cet aspect de la mobilisation. En fin de comptes, l'analyse de la partie des entrevues concernant les facteurs influant sur l'utilisation des connaissances a permis de discerner leur présence active - au moins la présence d'un de leurs aspects -, ou leur absence.

Une fois l'analyse des entrevues avec les gestionnaires finalisée, nous avons examiné les entretiens que nous avons eus avec l'ex-directeur général de l'hôpital et avec les deux chercheurs-

évaluateurs. L'analyse de l'entrevue avec l'ancien directeur a été orientée dans le but de saisir les faits saillants de l'histoire de l'hôpital. Ce travail a beaucoup été facilité par l'accès à une histoire de l'établissement (Cahn, 1981). De fait, aussi bien l'entrevue que le livre ont été très utiles grâce à la richesse d'informations historiques qu'ils contenaient.

L'analyse des entretiens avec les chercheurs travaillant à l'hôpital a été guidée par un objectif de connaître leurs avis sur l'utilisation des résultats des travaux de recherche évaluative qu'ils mènent. Nous avons pu faire ressortir sans difficultés leurs points de vues, ce qui a rehaussé notre compréhension du rapport entre les connaissances scientifiques et la gestion de cet hôpital.

Une fois que les entrevues ont été analysées, l'étape suivante a consisté en l'examen des textes professionnels puis, des écrits scientifiques.

En prenant toujours le point de vue sémiologique, nous avons tenté d'identifier dans ces textes les métaphores génératrices de signification. Autrement dit, nous avons cherché à discerner dans les écrits professionnels et scientifiques les concepts structurant le sens de l'organisation par programme. Objectivement, nous avons essayé de saisir le raisonnement développé par les auteurs professionnels et scientifiques. Pour cela, nous avons repéré: (1) les définitions données à la gestion par programme (2) ses principes, (3) les justifications pour son adoption, (4) les problèmes auxquels cette approche est sensée répondre, (5) les bénéfices attendus d'une éventuelle adoption et (6) les conditions liées à son implantation. Les concepts centraux ressortis de l'analyse de tous ces points de textes sont interprétés comme des métaphores qui révèlent le sens donné par les leaders professionnels et par les chercheurs à l'approche de la gestion par programme.

Bien qu'en général, l'analyse des textes professionnels et scientifiques ait suivi le même schéma, il y a eu quelques différences. Nous rappelons que les articles professionnels ne discutaient que de la gestion par programme, tandis que les écrits scientifiques englobaient dix approches de gestion en plus de l'approche par programme. En termes de procédures analytiques, la plus grande variété de thèmes parmi les articles scientifiques a imposé deux modifications dans le schéma général d'analyse. D'abord, il ne s'agissait plus de chercher la définition de la gestion par programme, mais plutôt celle de l'approche de gestion concernée dans chaque article scientifique. Deuxièmement, nous avons systématiquement essayé de déterminer les points de convergence et de divergence entre chacune des approches étudiées et l'approche spécifique de l'organisation par programme.

Une fois l'analyse des textes contemporains réalisée, et une fois que la signification actuelle de la gestion par programme pour les leaders professionnels et pour les chercheurs a été identifiée, nous avons regardé les écrits qui présentaient des renseignements sur la genèse et sur

l'évolution du concept de gestion par programme. L'examen de ces écrits a été emmené par la recherche des informations sur l'histoire de ce concept. Il faut dire que nous n'avons pas été capables d'établir avec une très grande précision ni l'origine ni le développement du concept de gestion par programme. De fait, il n'y a pas de consensus sur ce sujet parmi les auteurs consultés. De toute façon, nous avons pu saisir le début et l'évolution probables de cette approche, ce qui a donné la possibilité de faire des suppositions relativement bien fondées sur la contribution scientifique à la formation du concept de gestion par programme.

Enfin, l'analyse des textes professionnels et scientifiques a permis d'identifier les sens donnés par les représentants professionnels et par les chercheurs au concept de l'organisation par programme. De plus, elle a fourni des informations sur la naissance et l'évolution historique de ce concept.

Finalement, une fois que les métaphores utilisées par les gestionnaires - de l'hôpital et des associations professionnelles - et que les métaphores scientifiques sur le mode de gestion par programme étaient connues, nous avons examiné l'existence de métaphores communes aux deux groupes et les possibles explications des degrés trouvés de convergence et de divergence. Cet examen constitue l'étape décisive de la vérification de l'utilisation des connaissances scientifiques sur l'approche par programme par les gestionnaires de l'hôpital et par les associations des directeurs de services de santé.

4.3.2. L'appariement entre la configuration empirique et le modèle théorique

La vérification de l'utilisation des connaissances dans le cas étudié s'est basée sur le modèle de l'appariement entre le cadre théorique et la configuration empirique. L'appariement implique d'une part, le développement préalable d'un cadre de référence permettant la définition des propositions théoriques à tester. D'autre part, il implique d'organiser les données empiriques en définissant des configurations permettant le test des propositions formulées théoriquement (Contandriopoulos *et al.*, 1990).

Or, nous disposons d'un cadre théorique qui a permis la formulation de certaines questions de recherche. En outre, nous avons déjà traité le matériel brut pour en ressortir les données pertinentes. Il ne fallait donc qu'essayer d'organiser les données de façon à les rendre capables de répondre aux questions formulées.

Ainsi, en partant du modèle théorique adopté, nous avons organisé les données recueillies de façon à pouvoir saisir: (1) l'existence ou la non-existence d'une zone d'intersection entre les jeux de langage des chercheurs et des gestionnaires, (2) le sens - des chercheurs vers les

gestionnaires ou vice-versa - du flux d'information, (3) l'influence de l'environnement social, spécialement du mode d'organisation du système de soins de santé et (4) les rôles - effectifs ou non-effectifs - des facteurs influents sélectionnés: l'accessibilité de l'information, les caractéristiques du processus de décision, les rapports interorganisationnels et les expériences personnelles des gestionnaires.

Concrètement, nous avons d'abord mesuré le degré de convergence ou de divergence entre les discours des chercheurs et des gestionnaires. Un degré pratiquement nul de convergence représenterait l'inexistence de la zone d'intersection. Des degrés positifs de convergence, au contraire, signifieraient l'existence d'une zone d'intersection. L'étendue de cette zone serait directement proportionnelle au degré de convergence.

Deuxièmement, nous avons vérifié s'il y avait échanges intellectuels entre les chercheurs et les administrateurs qui pouvaient expliquer le degré trouvé de convergence ou de divergence. L'examen de ces échanges, à partir du débat contemporain sur la gestion par programme et de l'évolution historique de ce concept, a permis d'apercevoir le sens du flux d'information. Naturellement, un flux partant des chercheurs vers les praticiens exprimerait qu'il y a utilisation des connaissances scientifiques.

Troisièmement, nous avons examiné l'influence du contexte social, économique et culturel dans la conformation des discours managériaux. Plus particulièrement, nous avons observé l'emprise du caractère public ou privé des systèmes de soins de santé sur les discours des chercheurs et des gestionnaires. Il se peut en effet que la convergence ou la divergence entre ces deux discours s'expliquent plus aisément par des facteurs contextuels que par l'existence d'échanges intellectuels.

Finalement, nous avons examiné les rôles joués par les facteurs considérés comme influents. Dans un premier temps, après avoir identifié les métaphores utilisées par les gestionnaires et les scientifiques, nous avons vérifié si les facteurs d'influence étaient opérants ou non à l'hôpital. Dans un deuxième temps, après avoir mesuré les degrés de convergence et de divergence entre les discours des chercheurs et des praticiens, nous avons évalué si ces facteurs pouvaient être tenus comme effectivement influençant l'utilisation des connaissances sur la gestion par programme.

En concluant, nous pouvons affirmer que l'appariement entre le modèle théorique et la configuration empirique a amené des réponses aux questions de recherche et donc, en dernière instance, à la constatation de la présence ou de l'absence du phénomène de l'utilisation des connaissances scientifiques sur la gestion par programme par les leaders professionnels canadiens

et par les gestionnaires d'un hôpital particulier dans leur décision d'implanter une nouvelle structure administrative.

5. La gestion par programme à l'hôpital Tremblay*

5.1. Le contexte

5.1.1. L'évolution de la pratique psychiatrique et des politiques de santé mentale

Dans cette section, nous présentons une brève description de ce qui peut être considéré comme le contexte général encadrant la décision de l'hôpital Tremblay d'implanter la gestion par programme. La connaissance du contexte est sans aucun doute utile à la compréhension du changement vécu présentement à l'hôpital.

Néanmoins, il faut souligner qu'on ne peut pas présenter de description «objective» du contexte. Peut-être plus que dans d'autres domaines, en santé mentale, porter un jugement sur une politique est très difficile, car l'emprise de l'idéologie et des perspectives propres aux acteurs concernés influence considérablement les jugements. En effet, nous verrons comment différents auteurs évaluent différemment ce qui s'est passé historiquement.

La pratique psychiatrique a beaucoup changé au cours du dernier siècle. Le Dr Heinz Lehmann, figure de proue de la psychiatrie moderne, décrit les périodes historiques des hôpitaux psychiatriques de la façon suivante. La première période est celle de la «cage», pendant laquelle les malades mentaux étaient enfermés parce que leur comportement était jugé dangereux et dérangeant pour la société. L'«asile» est la deuxième période, quand les barreaux ont été enlevés et l'hôpital est devenu un lieu de refuge pour les malheureux incapables de se comporter «normalement». Le «musée» représente la troisième période, quand les hôpitaux psychiatriques sont devenus de grandes garderies organisées pour les malades qui manifestaient des pathologies de nature et de type divers. À partir des années 30, l'hôpital psychiatrique devient un «centre de traitement» et se rapproche alors des fonctions des autres hôpitaux. Enfin, à partir des années 70, le modèle qui s'impose est celui de «centre régional de santé mentale», où la prévention et la réadaptation font partie des fonctions de l'hôpital, tout autant que la garde, les soins et le traitement des maladies mentales aiguës et chroniques (Cahn, 1981).

Ce dernier changement peut être attribué à trois facteurs. D'abord, on doit mentionner la «révolution psychopharmacologique» (Québec-MSSS, 1985), c'est-à-dire, le développement de thérapeutiques médicamenteuses ayant une action plus efficace sur la symptomatologie. Les patients psychiatriques n'ont plus à rester hospitalisés à vie. En conséquence, il faut leur trouver une autre place dans la société. Deuxièmement, le mouvement de droits humains qui a pris de

*Il s'agit d'un nom fictif.

l'ampleur dans les années 60 et s'est étendu au domaine de la santé mentale en exigeant la reconnaissance des droits des malades mentaux. Troisièmement, les méfaits de l'institutionnalisation, c'est-à-dire, sa possible contribution à la chronicisation des maladies mentales, sont reconnus de même que le rôle positif des interventions non-médicales (Québec-MSSS, 1985).

Le mouvement de transformation de la pratique psychiatrique se caractérise surtout par la promotion de la désinstitutionnalisation des patients. Désinstitutionnaliser signifie congédier le patient, non pas parce qu'il est «guéri», mais parce qu'on considère que les actions thérapeutiques sont mieux développées en dehors des murs de l'hôpital, dans la communauté (Reinharz, 1998).

En plus de cette remise en cause du rôle de l'hôpital psychiatrique, d'autres concepts orientent plusieurs réformes contemporaines des services psychiatriques (Québec-MSSS, 1986). Ainsi, l'importance d'un lien entre services et territoire géographique est affirmée. Ce lien est sensé favoriser la réintégration des patients dans la communauté. De même, la décentralisation est promue. Les instances centrales des gouvernements distribuent aux échelons inférieurs le budget et la responsabilité de gérer les soins aux personnes atteintes de problèmes mentaux. On reconnaît aussi l'importance d'encourager la diversité dans la mise en place de ressources destinées à soutenir ces personnes. On s'oppose à la fragmentation de la prise en charge et on perçoit la continuité de la relation intervenant-patient comme étant essentielle. Si l'hospitalisation est inévitable, on recommande d'utiliser les hôpitaux généraux et non plus les hôpitaux psychiatriques. Finalement, l'idée de multidisciplinarité dans la prise en charge des patients, s'impose partout.

Au Québec, ces mouvements réformistes ont eu des effets marquants.

Mercier et White (1994), après avoir rappelé que jusqu'aux années 60 toutes les institutions étaient gérées par des organisations religieuses ou philanthropiques, affirment que la première politique publique de santé mentale naît du Rapport Bédard, de 1962. Cette politique promeut la transition des «asiles» vers des services orientés par la psychiatrie. Elle préconise la désinstitutionnalisation, la psychiatrie communautaire, la sectorisation, l'interdisciplinarité, l'amélioration de la formation en psychiatrie et l'augmentation du nombre de psychiatres.

Une deuxième phase des politiques de santé mentale est initiée par le Rapport Castonguay-Nepveu, de 1972 (Mercier et White, 1994). Ce rapport adopte une nouvelle vision de la maladie mentale, vue dorénavant comme «une maladie comme n'importe quelle autre». Les services psychiatriques sont alors intégrés dans le réseau de services sanitaires et sociaux. L'effet général de cette réforme a été de médicaliser et professionnaliser les soins en santé mentale.

Ce rapport a contribué, d'après Lazure (1996), aux acquis des années 70: la diminution des préjugés à l'égard du malade mental, la formation massive de professionnels de la santé mentale, le mouvement de défense des droits du malade mental et l'amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité des services aux malades en phase aiguë.

Bédard (1996), à son tour, voit trois événements majeurs marquant les années 70: l'adoption de la loi sur la protection du malade mental, la création de la Commission d'examen en rapport avec le code criminel et le malade mental et l'ouverture de l'Institut Philippe-Pinel, hôpital à sécurité maximale.

Parlant des années 80, Harnois (1996) se réfère à la *Politique de santé mentale* du Gouvernement du Québec, édicté en 1989, comme la plus grande réalisation de la décennie. Il souligne deux raisons à la portée de ce document: avoir donné une place importante lors de sa formulation aux personnes atteintes par la maladie mentale, aux familles et aux groupes communautaires et s'être attaqué résolument à la notion même de santé mentale.

Selon Fontaine (1996), les deux enjeux majeurs de la santé mentale durant les années 80 ont été l'affirmation des droits de la personne avec des troubles mentaux, y compris à travers des mesures législatives, et le développement d'un réseau de services diversifiés, y compris les ressources alternatives. Les principaux acquis de la décennie ont été, par conséquent, une meilleure protection des droits et le déploiement des ressources communautaires.

Pour Mercier et White (1994), lors de l'adoption de la *Politique de santé mentale*, le Gouvernement était préoccupé par le contrôle des coûts, étant donné que 20% des dépenses totales de santé étaient liées à des problèmes de santé mentale. D'ailleurs, il cherchait à combler les déficiences dans l'offre de services et à accélérer la désinstitutionnalisation. Cette politique préconisait de centrer les services sur les besoins de patients. Elle mettait l'accent sur les idées de réintégration sociale et de partenariat entre les ressources institutionnelles et communautaires.

Selon ces auteurs, les effets concrets de cette *Politique*, quatre ans après son introduction, n'ont pas répondu aux attentes de départ. La décentralisation se limite aux tâches administratives, les plans régionaux ne confèrent pas la flexibilité prétendue à l'organisation de services et le partenariat a abouti à la confrontation. Néanmoins, un certain progrès a été accompli. Il y a un peu partout une plus grande variété de programmes, psychiatres et alternatifs souvent travaillent ensemble, les groupes communautaires offrent maintenant des programmes plus structurés et les institutions développent des services plus innovateurs.

Nadeau (1996), quant à lui, rappelle qu'au début des années 80, le discours sur la santé mentale était généreux: l'abondance de ressources et les bonnes conditions économiques de la décennie précédente avaient permis l'élaboration de modèles d'analyse globalisants et avaient

nourri l'espoir d'un grand changement. Cependant, au moment de l'adoption de la Politique de santé mentale de 1989, laquelle faisait écho au désir de changement, on entrait dans une période de décroissance économique avec une préoccupation croissante pour la question de la dette publique.

C'est un contexte socio-économique marqué par une politique «où le seul objectif collectif devient la lutte à la dette et au déficit», selon Guay et Rodriguez (1996), qui explique, en partie, le paradoxe d'un discours officiel progressiste allié à une pratique restreinte et peu créative. Par ailleurs, le maintien de l'«impérialisme biologique» en psychiatrie, l'imposition d'un seul modèle d'intervention axé sur la réinsertion sociale, la perte de radicalité du mouvement alternatif et l'omnipotence de la technocratie allaient aussi contribuer à ce paradoxe.

Une volonté de réduire la dette publique amène, dans les années 90, aux compressions budgétaires et à la reconfiguration du réseau de services de santé (Blanchet 1996). La désinstitutionnalisation se poursuit, beaucoup de lits sont fermés. Pourtant, cela s'est fait sans transfert des ressources vers les services communautaire. Par conséquent, les bases de l'intégration sociale des personnes souffrant de problèmes mentaux, dépendantes de l'expansion des services communautaires ne sont pas établies.

Lecomte et Mercier (1994) partagent le même avis selon lequel la pratique thérapeutique demeure, dans les années 90, centralisée dans les milieux institutionnels et la réallocation de ressources financières vers les organismes communautaires ne s'est pas faite. En effet, les hôpitaux résistent au transfert de ressources vers la communauté, car il peut nuire à leurs projets de devenir l'institution d'excellence, un statut vital à l'obtention de fonds de recherche, à l'augmentation des effectifs et à la reconnaissance sociale. Les ressources communautaires sont à nouveau à risque, comme dans les années 80, de voir les institutions créer des structures intermédiaires au lieu de faire appel à leurs services.

Sterlin (1996) est plus radical et considère simplement que les politiques de santé mentale des dernières vingt années ont échoué: croissance de la demande et des coûts, alourdissement de la clientèle, fiasco de la désinstitutionnalisation, chronicité des pathologies. Il associe cet échec à l'incapacité de la psychiatrie de se libérer d'une conception biochimique mécaniciste du corps humain.

Reinharz (1998), faisant une analyse plus nuancée de la situation, affirme que, d'une part, il y a eu une augmentation des ressources financières aux organismes communautaires, et d'autre part, que les hôpitaux ont commencé, car c'était nécessaire pour sauver autant leur budget que possible, à développer des services dans la communauté. Ainsi, si l'hôpital psychiatrique est resté le grand bénéficiaire de l'allocation des ressources, il utilise de plus en plus de ressources pour

des services non-strictement hospitaliers. Les budgets grossiers ne discriminent parfois pas les sommes investies dans des services internes, des sommes investies dans des services communautaires. De toute façon, remarque l'auteur, il est plus important de vérifier dans les faits si les patients ont amélioré leur état de santé et leur intégration que de discuter, sur des bases idéologiques exclusivement, à qui les ressources doivent être allouées.

En 1998, le Ministère de la Santé et des Services sociaux, après un long débat, dépose un *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. De façon générale, les orientations de la *Politique de santé mentale* de 1989 sont réaffirmées. Toutefois, c'est l'objectif de réduire de moitié les 6000 lits psychiatriques sur une période de cinq ans qui va occuper l'avant-scène du débat (AHQ, 1997a; AHQ, 1997b; Grizenko, 1998). Ici, les arguments pour la désinstitutionnalisation se mélangent aux objectifs du virage ambulatoire et à la volonté de diminuer la dette publique. Le modèle de réseaux locaux intégrés est proposé comme le référent de la réorganisation des services de santé mentale (Fleury et Denis, 2000).

En somme et de manière assez simpliste, nous pouvons dire qu'en termes des politiques de santé mentale au Québec, les années 60 représentent la psychiatisation des soins aux malades mentaux, les années 70 se caractérisent comme la période de la reconnaissance des droits des malades, les années 80 sont la période de croissance des ressources communautaires et les années 90 sont marquées par les politiques de compression budgétaire et l'accélération du développement de services communautaires gérés directement par les hôpitaux.

Cependant, cette caractérisation rapide ne saurait cacher l'existence d'un double mouvement de continuité et de rupture. Ainsi, les notions de désinstitutionnalisation et de réintégration sociale des malades mentaux surgissent, dans les années 60, comme des ruptures avec la pratique courante. Par la suite, ces notions se consolident et demeurent présentes dans toutes les réformes postérieures des services psychiatriques. D'ailleurs, les hôpitaux cessent d'exister comme lieux d'hébergement, mais continuent à exister comme centres de traitement. Et les organismes communautaires surgissent comme des alternatives aux institutions, mais assument de plus en plus un rôle de collaboration et de complémentarité.

Finalement, il est intéressant de remarquer que tout au long de ces quatre décennies des concepts prennent l'avant-scène, reculent à l'arrière-scène, reprennent l'avant-scène, reculent de nouveau dans les politiques de santé mentale. En effet, les idées de décentralisation, multidisciplinarité, sectorisation, contrôle des coûts, concentration sur les besoins de patients, partenariat, accessibilité, efficacité des services et compressions budgétaires semblent être toujours présentes, parfois de manière très accentuée, parfois de façon assez discrète.

Nous allons trouver dans le cas de restructuration hospitalière qui nous étudions, en l'an 2000, toutes ces notions reprises et remodelées. Avant cela, il faut toutefois connaître un peu l'histoire et le profil actuel de l'hôpital.

5.1.2. Un survol de l'histoire de l'hôpital

Cette section s'appuie largement dans un ouvrage consacré à l'histoire de l'hôpital (Cahn, 1981) et dans une entrevue avec un ancien directeur général de l'établissement.

La fondation de l'hôpital Tremblay a été le résultat de l'initiative d'un citoyen en vue de Montréal. Il convainc la communauté anglophone que les malades mentaux protestants ne devraient pas être soignés dans des asiles catholiques, comme c'était le cas jusqu'ici.

C'est ainsi qu'après plusieurs démarches, l'hôpital est créé et sanctionné par une loi provinciale. Son premier surintendant médical épouse les principes du «traitement moral» des aliénés, c'est-à-dire, l'élimination des causes externes d'excitation, la création d'un environnement sain dans un lieu calme et beau, l'offre d'une bonne alimentation et d'un programme varié de travail et de récréation. Dans ses trente premières années, l'hôpital se consolide comme institution.

Les années de la Deuxième Guerre Mondiale sont difficiles pour l'hôpital qui perd plusieurs de ses professionnels. D'un autre côté, la Guerre amène des professionnels fuyant la persécution du nazisme. Une de ces personnes va écrire une page importante de l'histoire moderne de la psychiatrie.

En effet, le Dr Lehmann, en 1953, prouve l'efficacité d'un nouveau médicament, la chlorpromazine, dans le traitement des maladies mentales. Un peu plus tard, il teste un autre médicament, l'imipramine, obtenant des résultats positifs dans les cas de dépression.

Avec les nouveaux traitements et la politique de «la clé sur la porte», l'attitude du personnel change. Le principe est maintenant de donner plus de liberté et de responsabilité aux malades, en fonction de l'amélioration de leur état mental.

Dans les années 60, l'hôpital Tremblay est le premier hôpital psychiatrique du Canada à poser sa candidature à l'agrément par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux. Il reçoit le plein statut. Le directeur des Services psychiatriques du Ministère de la Santé du Québec loue alors le travail de l'hôpital, le proposant comme modèle pour les autres hôpitaux.

À cette époque, l'hôpital Tremblay jouit d'une très bonne réputation. Il est un hôpital universitaire, affilié à une Faculté de médecine depuis 1946. En plus, il est vu comme ayant assez de ressources, car appuyé par la communauté *wasp*.

En 1972, après plusieurs décennies d'existence, le poste de surintendant médical est aboli par la loi adoptée suite au Rapport Castonguay. Les législateurs ont cru que l'énorme pouvoir du surintendant - qui était un «bienveillant dictateur» (Cahn, 1981) - posait un risque d'abus. Il est donc remplacé par le directeur des services professionnels, lequel doit se rapporter à un Conseil de médecins.

Les années 70 témoignent encore d'un autre grand changement: la loi sur l'hospitalisation involontaire. Les arrangements directs entre le médecin traitant et le surintendant médical sont abolis. Il faut maintenant l'ordonnance d'un juge. Aucun malade ne peut être placé en cure fermée à moins que son comportement ne «mettre en danger sa santé ou sa sécurité ou la santé ou la sécurité d'autrui». Avant 1972, la majorité des malades étaient considérés en cure fermée. Après cette date, à peine 15% des hospitalisations sont involontaires.

L'administration de l'hôpital était très centralisatrice. En fait, la directrice de soins infirmiers menait l'hôpital. Les médecins entraient, voyaient les patients et s'en allaient. La direction de l'hôpital décide alors de réorganiser l'administration, en adoptant une structure par programme. À cette fin, quatre grandes divisions sont établies: le Centre psychiatrique communautaire, le Service d'admission et de traitements continus aux adultes, les Services gériatriques et médicaux et les Services aux enfants.

D'ailleurs, des équipes de secteur sont créées, chacune responsable d'offrir des services à des sous-ensembles du bassin de population assigné par la loi à l'hôpital. Chaque équipe soignante était composée d'un chef psychiatre, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'une infirmière et d'une secrétaire. Ce modèle des équipes de secteur est loué et recommandé aux autres hôpitaux dans un ouvrage sur la sectorisation en psychiatrie, publié en 1975, par le *Mental Hygiene Institute* de Montréal (Cahn, 1981).

Pendant dix ans, l'hôpital a vécu sous cette structure. Au début des années 80, toutefois, le modèle des équipes de secteur est revu. La demande étant trop élevée et les coûts étant à la hausse, l'hôpital décide de restructurer de nouveau l'organisation des soins, en remplaçant les équipes de secteurs par des équipes spécialisées dans le traitement de certaines maladies.

Dans les années 80, un autre événement important de l'histoire de l'hôpital Tremblay survient: la création du Centre de recherche. Comptant trois subdivisions: la recherche en neurosciences, la recherche psychosociale et la recherche clinique, le Centre contribue à maintenir la place de chef de file en recherche que l'hôpital occupe depuis les travaux du Dr Lehmann. En 1982, le Centre de recherche devient un centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, désignation renouvelée en 1986, 1990 et 1995. L'obtention de ce statut international doit beaucoup au travail d'un ancien directeur de l'hôpital. Comme président de la

Fédération mondiale pour la santé mentale, il a consacré beaucoup de temps et d'effort au développement de la pratique psychiatrique à l'échelle mondiale.

Les activités internationales de l'ex-directeur toutefois, l'ont éloigné de la gestion quotidienne de l'hôpital Tremblay. Dans les faits, c'était son directeur adjoint qui menait l'hôpital avec le Comité de régie. Peut-être en réaction à cela, en 1988, le Conseil d'administration de l'hôpital choisit un nouveau directeur dont le profil était dirigé vers l'interne. Il s'agissait d'un médecin qui avait déjà dirigé toutes les divisions et connaissait très bien l'hôpital. Cette administration dura six ans.

En 1994, le Conseil d'administration ouvre un processus de recrutement d'un nouveau directeur général. Après un processus de sélection, un des candidats est choisi, le premier non-médecin à assumer la fonction de directeur général. C'est sous son administration que le nouveau modèle de l'organisation par programme, que nous allons étudier, est élaboré et implanté.

5.1.3. Profil actuel de l'hôpital Tremblay

Les Rapports annuels de 1998 et de 1999 et le Plan d'organisation de l'hôpital (1999) fournissent des renseignements sur son profil actuel. On y apprend qu'il fournit des services à la population d'un secteur de 203.000 adultes et 60.000 enfants. Par ailleurs, il a des mandats régionaux pour soigner des patients nécessitant de soins ultra-spécialisés en psychiatrie des adultes, en psychogériatrie et en pédopsychiatrie. Finalement, il offre des services aux patients du Grand Nord et aux patients référés par ordre de cour. L'hôpital est donc composé de deux entités distinctes: les services sectorisés pour son bassin de desserte (adultes, personnes âgées et enfants) et les services ultra-spécialisés à vocation régionale ou nationale.

En 1999, l'hôpital comptait 74 médecins, dont 47 psychiatres, 1556 employés, dont 512 professionnels de la santé, et 60 scientifiques et chercheurs-cliniciens. Il faut remarquer que le nombre de personnel a été drastiquement réduit dans une période très courte. En 1997-1998 uniquement, 198 postes ont été abolis. Certains employés ont été absorbés par les nouveaux services externes, mais plusieurs ont dû démissionner. Il va sans dire que le climat a été tendu pendant cette période, comme l'attestent plusieurs numéros du journal interne de l'hôpital.

Le budget de l'hôpital était, en 1999, de l'ordre de 66 millions de dollars, dont 64 millions transférés par la Régie régionale. À peu près la moitié de cette somme était dépensée en salaires. De 1994 à 1998, l'hôpital a subi une réduction de 10 millions dans son budget. Il a alors vécu des déficits financiers. Pourtant, l'hôpital a atteint l'équilibre budgétaire en 1999.

L'hôpital est structuré en quatre divisions.

La division de services sectorisés coordonne six équipes de secteurs, implantées en 1997. Ces équipes ont rapidement entraîné une baisse du nombre d'admissions et de visites à l'hôpital. Cette division compte aussi trois cliniques spécialisées - troubles affectifs, troubles anxieux et troubles de personnalité -, trois hôpitaux de jour et deux unités d'admission de courte durée. Sous sa coordination, mais accessibles à tout l'hôpital, il y a le service d'urgence, l'équipe de crise et l'unité de soins intensifs.

La division de pédopsychiatrie comprend deux équipes sectorielles - francophone et anglophone - et six programmes spécialisés: neuro-psychophysiologie, petite enfance et famille, états limites, troubles autistiques, troubles disruptifs sévères et troubles alimentaires de l'adolescence.

La division de psychogériatrie comprend, à l'interne, trois unités de soins - courte durée, soins prolongés et Alzheimer - et une unité de réadaptation psychosociale. À l'externe, elle regroupe: un hôpital de jour, une clinique de la mémoire, le programme *Day by Day* qui aide les patients à s'intégrer aux centres de jour, l'équipe de résidences d'accueil et une équipe sous-régionale chargée d'orienter les patients vers les ressources les plus appropriées à leurs besoins.

La division des services ultra-spécialisés regroupe quatre grands programmes: troubles de l'alimentation, handicapés intellectuels avec comorbidité psychiatrique, investigation clinique et troubles graves et persistants. En termes de services, elle compte, à l'interne, deux unités de soins et une unité-dans-une-maison et, à l'externe, des services de réadaptation, une équipe de services résidentiels et l'équipe PACT - *Program for Assertive Community Treatment* - qui suit des patients atteints de troubles sévères et persistants résidant dans la communauté.

Les politiques de la désinstitutionnalisation et du virage ambulatoire ont changé profondément le profil des services offerts par l'hôpital. En effet, en 1966, on comptait 1700 patients hospitalisés, un record historique. Cinq ans plus tard, ce nombre était de 1200 patients et, en 1981, il y avait 908 personnes hospitalisées (Cahn, 1981). Au milieu des années 90, le nombre de lits était de 614 et, en 1998, de 400 (Grizenko, 1998). En 2000, il y avait 288 lits actifs.

Parallèlement, les services externes ont été étendus. En quatre ans, de 1994 à 1998, l'hôpital a investi quatre millions de dollars dans le renforcement des services offerts en externe. Il a élargi sa capacité d'accueil et a développé de nouveaux modèles de résidence adaptés aux besoins des patients.

Le message du président et du directeur général, dans le Rapport annuel de 1999, reflète bien ce changement de profil: «Aujourd'hui notre rôle est de dispenser les meilleurs traitements possibles aux personnes atteintes de maladies mentales et de nous assurer que tout est en place, dans la communauté, pour assurer le continuum de services et la qualité de vie des patients».

5.2. La restructuration vers la gestion par programme

Le contexte général ayant été présenté, nous pouvons maintenant concentrer notre attention sur le processus de restructuration qui visait à implanter une organisation des services par programme.

Pour bien comprendre ce processus, nous présenterons le plan stratégique et le plan d'organisation. Le plan stratégique explicite les principes directeurs et les nouveaux objectifs de l'hôpital. Le plan d'organisation détaille la structure organisationnelle qui doit permettre l'accomplissement des objectifs. Ensuite, nous introduirons le rapport des entrevues faites auprès de dix-neuf gestionnaires de trois paliers de l'hôpital - la haute direction, la direction intermédiaire et les gestionnaires de base - et de trois cadres en activités professionnelles. Ensemble, les documents et les entrevues fourniront les informations dont nous avons besoin pour saisir le sens donné à la gestion par programme dans l'expérience de restructuration de l'hôpital Tremblay.

5.2.1. Le Plan stratégique 1997-2000

Le processus actuel de restructuration de l'hôpital commence avec la planification stratégique, déclenchée en 1996. Conduit avec l'appui des consultants externes, le processus s'achève avec le dépôt du rapport final ou du Plan stratégique au Conseil d'administration en janvier 1997 (HD, 1997). Dans l'introduction, le directeur général affirme que l'hôpital avait senti la nécessité de s'interroger sur sa mission et son avenir. Une telle nécessité est provoquée par deux ordres de raisons. D'un côté, la restructuration du réseau de la santé, notamment le virage ambulatoire, et les coûts croissants des services alliés aux contraintes budgétaires exigent le réexamen de la place des hôpitaux. D'un autre côté, les développements de la pratique psychiatrique, menant à la désinstitutionnalisation, imposent aussi de repenser le rôle de l'hôpital psychiatrique.

Le plan part de dix principes directeurs:

- les activités cliniques doivent se centrer sur le patient, reposant sur une approche interdisciplinaire et bio-psychosociale;
- l'amélioration de la qualité de vie des patients constitue une responsabilité fondamentale;
- les modèles opérationnels adoptés sont cohérents avec les orientations ministérielles;

- le partenariat avec la communauté est une valeur fondamentale;
- le respect des patients, de leurs proches et du personnel définit la relation de l'hôpital avec ces groupes;
- l'intégration du patient dans son milieu est l'objectif constant des interventions cliniques;
- l'efficacité des traitements doit être démontrée;
- l'hôpital cherche continuellement l'excellence en matière de soins, d'enseignement et de recherche;
- la transparence des relations avec le personnel et les groupes communautaires est essentielle;
- l'imputabilité de tous permettra la réalisation des objectifs de l'hôpital.

Le plan stratégique comprend plusieurs plans d'action. Certains plans établissent les nouvelles orientations stratégiques de l'hôpital et d'autres visent à régler des problèmes opérationnels considérés urgents.

Six objectifs stratégiques sont définis.

Le premier objectif est d'identifier les programmes cliniques prioritaires. Sur la base des clientèles à desservir, quatre programmes ultra-spécialisés sont définis: les troubles sévères et persistants, la psychogériatrie, la pédopsychiatrie et les services à l'intention de clientèles spécifiques - troubles de l'alimentation, handicap intellectuel avec troubles de comportement, psychiatrie légale et neuropsychiatrie.

Le deuxième objectif est d'implanter un modèle de services basé sur les équipes de secteur. Ainsi, les services à offrir: seront définis suite à l'analyse épidémiologique des besoins locaux, viseront à consolider les liens des patients avec leurs familles et leurs communautés, intégreront les soins psychiatriques à la pratique médicale générale et formeront un éventail de possibilités de traitement. Les équipes sectorielles ont le mandat d'offrir des services de psychiatrie générale et de faciliter l'accès aux services ultra-spécialisés. Elles sont responsables d'assurer la continuité de soins.

Les troisième et quatrième objectifs sont d'obtenir le statut d'institut universitaire et de développer des activités d'enseignement et de recherche clinique. On croit que la permanence de l'hôpital, sans autres pertes de budget et de personnel, est même tributaire de l'obtention du statut universitaire.

Le cinquième objectif est d'établir un «programme de marketing» afin d'influencer les différentes instances décisionnelles susceptibles d'affecter l'avenir de l'hôpital.

Finalement, le sixième et dernier objectif stratégique est de mettre en œuvre un processus de recrutement de psychiatres et de créer des conditions de travail favorables.

En plus des objectifs stratégiques, le plan stratégique établit cinq objectifs opérationnels.

Le premier objectif opérationnel est d'évaluer systématiquement la qualité des services à travers des mesures de rendement, d'efficacité et de satisfaction des patients et de leurs proches.

Le deuxième objectif est d'améliorer le fonctionnement et l'articulation entre l'Urgence, l'Équipe de crise, les services externes et le système d'accueil.

Le troisième objectif est de corriger les problèmes de fonctionnement interne: la difficulté d'implanter une vision, l'absence de leadership, l'imprécision des fonctions et des responsabilités de chacun des professionnels, le manque d'imputabilité, la lenteur administrative et l'inexistence de la gestion de la performance.

Le quatrième objectif est de stimuler le développement du personnel, valoriser sa contribution et accroître son degré de satisfaction.

Finalement, le dernier objectif opérationnel est de mettre en œuvre un programme interne et externe de relations publiques et de communications.

Au fond, le plan stratégique révèle les deux grands défis posés à l'hôpital: se repositionner dans le réseau de la santé et améliorer l'efficacité de son fonctionnement. En réponse au premier défi, l'hôpital propose de s'intégrer au réseau, en y jouant les rôles de coordonnateur régional de services psychiatriques et de centre d'excellence avec un statut universitaire. Pour améliorer son efficacité, il se propose d'évaluer sa performance, de mieux coordonner ses services et de définir plus clairement les rôles et les responsabilités de ses professionnels.

Nous rencontrons déjà dans le plan stratégique une série de concepts qui servent à donner du sens à la restructuration proposée. Avant tout, il s'agit d'une réponse aux changements dans le réseau de la santé, y compris les contraintes budgétaires, et aux développements de la pratique psychiatrique qui recommandent l'adoption d'un modèle de soins bio-psycho-social basé sur l'interdisciplinarité et sur le partenariat avec les organismes communautaires. Deuxièmement, la restructuration signifie une réponse aux problèmes internes d'imprécision des rôles, de manque d'imputabilité, de lenteur administrative et d'inexistence de la gestion de la performance.

5.2.2. Le Plan d'organisation de l'hôpital Tremblay

Pour remplir les objectifs du plan stratégique, l'hôpital décide de se restructurer administrativement. Après un long processus de réflexion et de consultation, un plan d'organisation est finalement adopté en 1999.

Dans ce plan, la nécessité d'un nouveau modèle de gestion est justifiée, encore une fois, par les coupures budgétaires imposées aux services de santé et par la politique ministérielle du virage ambulatoire.

Les assises de la structure organisationnelle se construisent sur un principe - le modèle de gestion doit permettre de recentrer les soins sur les besoins des patients, tel qu'il était recommandé dans le Rapport de la Commission Rochon de 1989 - et trois constatations: (1) il y a un mouvement général vers l'organisation par programme, (2) à l'interne, on se plaint du manque de clarté de la structure, du manque d'imputabilité et du manque d'interdisciplinarité et (3) le modèle de l'hôpital est médical: la responsabilité des admissions et des congés des bénéficiaires appartient inéluctablement aux médecins.

Les objectifs de la nouvelle structure sont nombreux:

- favoriser l'interdisciplinarité
- assurer l'amélioration continue de la qualité
- assurer la transparence
- favoriser le travail d'équipe
- reconnaître les responsabilités complémentaires par le respect des rôles de chacun
- favoriser les liens avec les clients
- favoriser le développement organisationnel
- développer un environnement propice à la participation
- valoriser l'imputabilité
- stimuler la créativité
- valoriser l'effort de tous et de chacun
- favoriser le partenariat
- maintenir un réseau de communication ouvert et actif.

En outre, la nouvelle structure doit favoriser l'émergence d'une «organisation apprenante» à l'hôpital, une organisation «apte à créer, à rechercher et à transférer les connaissances, et à modifier son comportement pour refléter les nouvelles connaissances et l'auto-critique» (Garvin, 1993 *apud* HD, 1999).

Pour accomplir les objectifs mentionnés et favoriser l'émergence d'une organisation capable d'apprendre, on propose un modèle de co-gestion à l'intérieur d'une structure par divisions.

La co-gestion allie les contraintes du cadre légal, qui veut qu'un hôpital s'appuie sur un modèle médical, et les besoins du patient, qui exigent une approche interdisciplinaire. Au niveau hiérarchique le plus élevé, trois co-gestionnaires - le directeur des services professionnels et

hospitaliers, le directeur des soins infirmiers et le chef du département de psychiatrie - assument conjointement la direction des divisions, en appuyant la direction générale. Au niveau des divisions, des programmes et des unités, la direction est assurée par deux co-gestionnaires, à savoir, un responsable clinique et un administrateur clinicien. Le responsable clinique a comme fonctions majeures la planification et l'organisation, tandis que l'administrateur clinicien assume principalement la direction et le contrôle. Les deux sont des cadres hiérarchiques qui prennent les décisions conjointement.

Les programmes ont été définis en fonction de la clientèle qu'ils desservent. Ils représentent les quatre divisions de l'hôpital: les services sectorisés pour les adultes, la pédopsychiatrie, la psychogériatrie et les programmes ultra-spécialisés pour les adultes. Cette structure implique une décentralisation importante du pouvoir décisionnel. Les divisions jouissent d'une autonomie en matière de ressources humaines et financières. Au niveau des services, les co-gestionnaires décident de la composition de l'équipe, du mode de fonctionnement et de la planification budgétaire.

Avec la décentralisation et l'assignation des ressources aux divisions et aux unités, les hiérarchies professionnelles cessent d'exister. Ainsi, les conseillers en activités professionnelles, représentant les ergothérapeutes, les psychologues et les travailleurs sociaux passent de cadres hiérarchiques à cadres fonctionnels. Ils ne sont plus responsables des activités de gestion de leurs groupes disciplinaires, mais continuent d'être responsables de la qualité des actes professionnels.

Après en avoir décrit la structure générale, le plan d'organisation détaille les compositions et les fonctions formelles des différentes instances: le conseil d'administration, la direction générale, les conseils consultatifs, la direction des services professionnels et hospitaliers, la direction des soins infirmiers, les divisions et les programmes, la coordination de l'enseignement, le centre de recherche, la direction des ressources humaines et la direction des services financiers et techniques.

Tandis que le plan stratégique représente la réponse, en termes de principes et d'objectifs, aux exigences de repositionnement de l'hôpital dans le réseau et d'amélioration de son efficacité, le plan d'organisation répond aux mêmes exigences, en relation avec la structure administrative. Si l'hôpital veut être un centre d'excellence et fonctionner de façon efficace, il lui faut une structure qui favorise l'implication de tous ses membres dans sa gestion. L'accent est donc mis sur la responsabilisation de chacun. La décentralisation et la co-gestion, pierres angulaires de la restructuration, sont les moyens de rendre plus imputables les personnes.

En plus de l'imputabilité, nous trouvons dans le plan d'organisation d'autres concepts qui donnent du sens à la gestion par programme. La plupart de ces concepts étaient déjà présents dans

le plan stratégique: les contraintes budgétaires et le virage ambulatoire, les soins centrés sur le patient, l'interdisciplinarité, le partenariat, la qualité des soins. Certains concepts, toutefois, apparaissaient à peine dans le plan d'organisation: la décentralisation, le modèle médical et l'organisation apprenante.

La décentralisation interne à l'hôpital, en fait, est plutôt un arrangement administratif qu'un principe directeur. On peut donc comprendre son absence du plan stratégique.

Suivre un modèle médical, par contre, est clairement un principe directeur. Il s'agit, toutefois, d'un principe qui contredit, dans une certaine mesure, les idées d'interdisciplinarité et de modèle bio-psycho-social. Cela peut expliquer son absence du plan stratégique. Pourtant, si l'hôpital doit suivre le modèle médical, le plan d'organisation doit l'explicitier. Il reste à résoudre la contradiction, ce qui est fait, selon le propre plan, avec la proposition de la co-gestion.

Finalement, le concept d'organisation apprenante est aussi un principe directeur. Et il ne contredit aucun des autres principes. Son absence du plan stratégique n'est donc pas facilement compréhensible. Notre hypothèse est qu'il a été introduit postérieurement au moment de la rédaction du plan d'organisation. Nous basons cette hypothèse sur un commentaire du rédacteur principal du plan, fait dans une des entrevues: «je veux faire entrer le concept d'organisation apprenante, pour que les gens s'autoquestionnent continuellement».

Une fois les métaphores employées dans les documents balisant la restructuration de l'hôpital vues, nous pouvons nous tourner vers les métaphores utilisées par les gestionnaires, pendant les entrevues, pour expliquer les raisons de la décision d'implanter la gestion par programme.

5.2.3. Les entrevues auprès des gestionnaires de l'hôpital

5.2.3.1. Les justifications de la restructuration

Les raisons présentées par les gestionnaires interviewés révèlent les compréhensions qu'ils ont du changement, ou mieux, les sens donnés à l'expérience vécue. Elles représentent ainsi les métaphores qui organisent leur pensée et orientent leur pratique vis-à-vis la nouvelle structure.

Nous avons pu identifier quinze justifications de la décision de restructurer l'hôpital. Par ordre décroissant de fréquence, ces raisons sont les suivantes:

1) Rendre les gens plus imputables, avec seize mentions, est la justification la plus souvent mentionnée. Cette raison, toutefois, n'est pas comprise exactement de la même façon par tous. En effet, on trouve trois définitions différentes d'imputabilité.

Dans la plupart des cas, l'imputabilité est conçue comme la responsabilisation des gestionnaires intermédiaires et de base par la gestion clinique et budgétaire. Cette responsabilisation est vue comme favorisant l'efficacité et la motivation. Un des interviewés a exprimé cette conception de la façon suivante:

«Le mot qui était prononcé et que les gens vraiment ont adopté c'était l'imputabilité. On va être imputable de notre façon de gérer et on va en répondre. (...) Et ça les gens ont été très... je ne sais pas si mobilisées, mais cela leur a parlé, aux gestionnaires. En disant, bon, écoutes, on va faire ça comme il faut parce qu'on est imputable. (...) Ça je pense a été quelque chose de satisfaisant. J'ai entendu que c'était quelque chose de satisfaisant pour les gestionnaires».

Dans certains cas, l'imputabilité est comprise, de façon négative, comme un transfert de responsabilité vers les gestionnaires de terrain, un transfert qui révèle une volonté de déresponsabilisation de la part de la haute direction:

«Ça leur permet aussi en même temps de rejeter la responsabilité justement sur d'autres personnes qui eux vont être maintenant tenus comme, entre guillemets, responsables de la gestion de leur personnel et de leur budget. Alors au lieu d'être ceux qui devaient être... agir auparavant, maintenant ils vont devenir plus comme des arbitres».

Dans d'autres cas, l'imputabilité est citée comme une des justifications de la décentralisation, sans qu'un jugement de valeur soit formulé:

«They're wanting each service to be accountable completely, administratively and clinically».

2) Mettre le client au centre de l'organisation, avec douze mentions, est la deuxième justification la plus citée. Ici aussi, on trouve trois compréhensions différentes de ce que signifie «mettre le client au centre». Dans la majorité des cas, cette raison est citée comme une de nouvelles valeurs de l'hôpital:

«Maintenant c'est une des valeurs, c'est de mettre le client au centre, au cœur de toute cette transformation là aussi».

Dans certains cas, cette raison est conçue comme un nouveau principe organisateur des services, remplaçant l'intérêt particulier d'un médecin comme raison suffisante pour la mise en place d'un programme:

«Ça a été une décision prise pour ramener les intervenants dans la préoccupation centrale autour du patient. (...) On dit beaucoup que les professionnels sont formés pour être aux soins des patients, mais vous savez comme moi que ce qui se joue ce n'est pas toujours le patient. Par exemple, on va développer un service non pas parce qu'on a fait une étude épidémiologique, non pas parce qu'on sait qu'on a un bassin de population, mais parce qu'il y a un médecin qui est spécialisé dans tel domaine et ça devient sa clientèle».

Dans d'autres cas, on considère que les patients ont toujours été au centre des soins, qu'il s'agissait plutôt d'une adaptation aux nouvelles conditions de pratique de la psychiatrie:

«Heureusement, cet hôpital a une longue tradition de ne pas laisser tomber les patients (...) On était capable de démontrer que les nouveaux médicaments marchaient mieux que les autres et effectivement ça nous a poussé à faire d'autres choses, parce que l'état des patients était amélioré».

3) Améliorer l'efficacité est la troisième raison la plus citée. Dans chacune des onze mentions, l'efficacité est comprise comme une façon d'offrir plus de services avec moins de ressources. Parfois, elle est associée aux modes d'opération du secteur privé:

«It's what the hospital needs and I think it moves the hospital from an old fashioned way of thinking, an old fashioned way of acting into a modern organization that is less bureaucratic and less "fonctionnaire" and more, more "business". It is not a business but it still uses principles and approaches and methods that are closer to the way business are operated, in terms of seeking out efficiency, looking for value for your money and profiling a higher level of performance».

D'autres fois, l'efficacité est associée à une imputabilité accrue des gestionnaires:

«Je suis certain, je suis persuadé qu'il y a des gestionnaires qui maintenant qu'ils sont responsables de leur budget font plus d'attention au type de dépenses qu'ils font».

4) Augmenter la supervision des supérieurs hiérarchiques sur les subalternes est signalé dix fois comme une des raisons de la décision de changer les modes de gestion de l'hôpital. Il y a ici deux compréhensions différentes de «supervision», chacune mentionnée cinq fois. D'un côté, la supervision est vue comme nécessaire à la coordination, un moyen d'établir un ordre indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital:

«En termes de coordination, c'est clair qu'il y a un contrôle qui est accru. Si on veut une meilleure coordination, ce contrôle là est... pouvait être nécessaire».

D'un autre côté, la supervision signifie un contrôle serré, la présence du chef sur le terrain ou une demande accrue de compte-rendus:

«Quand j'étais dans le programme X, les gens arrivaient à une telle heure et partaient à une telle heure. Si j'arrivais en retard, si je manquais de journée, [rien ne se passait], donc d'avoir un gestionnaire sur le terrain favorise, disons, le rendement dans ce sens là».

«Lots of demand from above, more request of feed-back».

5) Faire face aux coupures budgétaires est une raison qui apparaît neuf fois dans les entrevues. Les coupures budgétaires sont perçues comme étant l'élément déclencheur du changement à l'hôpital:

«Il fallait faire des changements parce qu'on avait moins d'argent finalement.(...) Les impératifs au début étaient des impératifs très budgétaires».

Il faut ajouter que les coupures budgétaires sont mentionnées encore quatre fois, mais non comme une des raisons, plutôt comme un facteur de facilitation du changement:

«...c'était l'opportunité de le faire. Sans coupures budgétaires, on n'aurait pas fait».

6) Répondre aux pressions externes est mentionné huit fois. Le changement organisationnel, vécu à l'intérieur, est perçu comme contingent, comme la conséquence des pressions exercées par l'environnement.

Les facteurs externes qui ont poussé à la restructuration interne sont de deux ordres différents. Pour quatre interviewés, il s'agissait de suivre une décision gouvernementale:

«It was a government-driven change».

Pour quatre autres, il s'agissait plutôt de suivre un courant managérial:

«C'est un courant nord-américain, c'est un courant de gestion qui se fait aux É.U. depuis plusieurs années (...) La gestion par programme on la voyait venir depuis plusieurs années et dans la structure, le nouveau Plan d'organisation de l'hôpital, ils ont décidé d'aller vers la gestion par programmes».

7) Favoriser l'interdisciplinarité est une justification rappelée dans huit entrevues. L'interdisciplinarité ou la multidisciplinarité sont conçues comme l'intégration des contributions de différentes disciplines au traitement des problèmes de santé mentale:

«...et basé sur le principe que doivent être multidisciplinaires les façons d'approcher ces problèmes [de santé mentale] ... tout ça doit se refléter dans la structure de l'organisation, (...) basé sur ça, le choix de cette structure a été fait... d'intégrer beaucoup plus les diverses contributions, de différents professionnels...»

8) Rapprocher la décision de l'exécution justifie la décentralisation selon sept individus interviewés. Ces derniers sont d'accord pour dire que les décisions doivent être prises le plus près possible de l'endroit où est donné le service. Les intervenants auprès de la clientèle sont ceux qui connaissent le mieux les besoins de services:

«...les décisions sont prises davantage près des lieux de travail et donc avec une meilleure connaissance... des environnements qui peuvent justifier une décision».

9) L'arrivée d'une nouvelle administration est mentionnée six fois comme étant un facteur essentiel pour la prise de décision de réorganiser l'hôpital:

«...la haute direction a changé, un nouveau directeur, la vision a changé. (...) La Direction générale a pris la position de revoir notre façon de faire».

10) Devenir un centre d'excellence en clinique, enseignement et recherche est un objectif cité six fois comme justification de la restructuration:

«C'est une valeur que je croyais aussi, d'avoir tout centré sur le patient, l'interdisciplinarité, développer la qualité de soins, l'enseignement et la recherche».

«...la raison principale pour un hôpital psychiatrique c'est s'il est un hôpital universitaire ou s'il y a... c'est la place d'enseignement et de recherche. Si c'est la place pour héberger les patients, on n'a pas besoin de ça, on peut être un centre de soins prolongés avec une spécialité en psychiatrie, parce que nous on sait donner des médicaments aussi bien que n'importe quel autre département de psychiatrie dans un hôpital de courte durée. Alors si on ne fait pas de la recherche et on fait pas de l'enseignement, si on est pas à la fine pointe...»

11) Améliorer l'intégration des équipes est mentionné cinq fois. L'existence concomitante de deux lignes hiérarchiques, fonctionnelle et professionnelle, rendait difficile l'intégration des équipes parce qu'il fallait faire le tour de beaucoup de gens pour réussir à modifier un service. Par conséquent, il fallait donner aux chefs de programmes le pouvoir de gérer l'ensemble de l'équipe:

«Le chef qui a son équipe voit à ce moment là les besoins et peut être en mesure de faire que les choses avancent parce qu'il a une autorité sur l'ensemble de son équipe et tous les aspects concernant son équipe».

12) Améliorer la coordination entre les divisions de l'hôpital est mentionné trois fois comme une justification du changement organisationnel. Ce manque de coordination nuisait à la performance de l'hôpital:

«Il y avait une période où il y avait comme 4 ou 5 hôpitaux qui fonctionnaient de façon indépendante... mais c'était mal intégré, mal coordonné, ce qui fait qu'il y avait des problèmes de communication entre chacune des divisions et lutte de pouvoir un peu entre chacune des divisions (...) La volonté est là pour mieux coordonner parce que vraiment il y avait besoin de coordonner les différentes divisions».

13) Répondre à une demande de la base est une raison mentionnée trois fois pour justifier la décentralisation:

«Depuis un certain nombre d'années les personnes à l'intérieur des divisions réclamaient aussi plus d'autonomie, plus de moyens pour gérer leurs propres services d'une façon autonome».

14) Favoriser l'engagement des médecins envers l'organisation est mentionné deux fois. L'engagement du clinicien est vu comme essentiel pour que le patient soit au centre des soins. De plus, on perçoit un manque relatif de psychiatres et, par conséquent, les assurer de leur place centrale est vu comme une stratégie capable de retenir les psychiatres travaillant à l'hôpital et même d'y attirer d'autres:

«...si on veut que l'équipe réponde aux besoins du patient, il faut donner aux cliniciens le pouvoir... budgétaire».

«...à Toronto, ils se sont trouvés dans les mêmes difficultés (...) C'était, je pense, en 94, il y a eu un exode de médecins, c'était quelque chose qui faisait vague chez les gens du Tremblay... et c'est pour ça qu'on trouvait ça important de rassurer les médecins qu'ils sont pièce centrale».

15) Formaliser une pratique déjà existante et l'étendre aux secteurs de l'hôpital où elle n'était pas la norme est mentionnée une fois comme, au fond, le motif de la restructuration de l'hôpital. La pratique à laquelle on fait référence est le partage de pouvoir entre les différents professionnels, partage auquel est associé un ordre hiérarchique clair:

«...l'idée de l'administration de décentraliser le pouvoir, parce que c'était effectivement, pour certaines infirmières en particulier, on avait un pouvoir qu'elles avaient déjà mais sans le formaliser. (...) Aussi on a eu l'expérience avec un travailleur social dans un autre aspect du programme, et avec un psychologue qui était très habitué à travailler de cette façon. (...) ...pour certaines parties de l'hôpital, c'était déjà le système en place. Je sais que pour d'autres parties de l'hôpital ce n'était pas le système qui était effectivement en place».

5.2.3.2. La dissémination des justifications à l'intérieur de l'hôpital

Ces quinze justifications représentent l'ensemble des concepts, apparents dans les entrevues, qui structurent la compréhension de la gestion par programme. Il est clair, toutefois, que ces raisons n'ont pas toutes la même force: le nombre de fois qu'une raison est mentionnée est un indicatif de son importance. L'analyse du degré de dissémination de chaque justification peut donc nous aider à nuancer notre compréhension de la signification de la nouvelle structure administrative.

Aussi, il importe savoir que tous les répondants, sauf un, ont mentionné plusieurs raisons de la décision de restructurer l'organisation. En moyenne, chacun des individus interviewés a signalé cinq motifs. Celui qui a donné le plus de justifications, en a présenté dix. En outre, la

somme de toutes les fois que les quinze raisons sont citées totalise 107 citations. Les cinq raisons les plus mentionnées, parmi les quinze, correspondent à 58 des citations, c'est-à-dire, plus que la moitié des citations.

Avec 15% du total des citations, «rendre les gens plus imputables» est sans doute la raison la plus partagée. Quatre autres raisons sont aussi très répandues: mettre le client au centre (11,2%), améliorer l'efficacité (10,3%), augmenter la supervision (9,3%) et faire face aux coupures budgétaires (8,4%). Ces cinq raisons sont les plus largement disséminées, représentant 54,2% du total de citations. Elles traduisent donc le sens principal de la restructuration, ou mieux, le sens le plus largement partagé à l'échelle de l'hôpital (Tableau 1).

Tableau 1 - Les justifications les plus souvent mentionnées de la décision de décentraliser la structure organisationnelle de l'hôpital

Justifications	Fréquence de citations	Proportion (%)
Rendre les gens plus imputables	16	15,0
Mettre le client au centre de l'organisation	12	11,2
Améliorer l'efficacité	11	10,3
Augmenter la supervision sur les subalternes	10	9,3
Faire face aux coupures budgétaires	9	8,4
<i>Sous-total - raisons largement répandues</i>	<i>58</i>	<i>54,2</i>
Autres raisons	49	45,8
TOTAL	107	100,0

Non seulement le degré, mais aussi la forme de la dissémination, ou mieux, la distribution des raisons peut aider à approfondir la compréhension des sens donnés au changement organisationnel. Il faut donc regarder les corrélations entre les raisons citées et certains caractéristiques des personnes interviewées. Dans ce cas, il importe d'examiner toutes les justifications mentionnées et non seulement celles les plus diffusées. En plus, par rapport aux personnes interviewées, il faut considérer, compte tenu de leur influence potentielle sur le type d'argument adopté pour justifier la restructuration hospitalière, trois caractéristiques: le niveau hiérarchique, le groupe professionnel et l'ancienneté comme membre de l'organisation.

En ce qui concerne le niveau hiérarchique des répondants - haute direction, direction intermédiaire, gestionnaire de base et conseiller en activités professionnelles -, on observe que

presque toutes les raisons apparaissent dans les quatre groupes. Cependant, il faut remarquer qu'en moyenne les hauts dirigeants citent plus de raisons que les membres des autres groupes.

Les deux raisons les plus répandues dans l'ensemble de l'organisation, à savoir, «augmenter l'imputabilité» et «mettre le patient au centre», sont celles qui sont les plus signalées dans tous les groupes, sauf celui des conseillers en activités professionnelles. Les trois autres raisons qui se trouvent parmi les plus répandues se distribuent de la façon suivante. «Améliorer l'efficacité» et «faire face aux coupures budgétaires» sont des raisons beaucoup plus exprimées par les gestionnaires de base que par les hauts dirigeants. Pour ces derniers, les coupures budgétaires n'ont été qu'un facteur favorisant la restructuration. «Augmenter la supervision sur les subordonnés», à son tour, est vue plutôt comme un moyen de coordination par la haute direction, tandis que les autres le voient plutôt comme un moyen de contrôle.

Parmi les raisons moyennement répandues, «répondre aux pressions externes», «favoriser l'interdisciplinarité» et «devenir un centre d'excellence» sont beaucoup plus citées par les hauts dirigeants que par les autres groupes. D'autre part, «l'arrivée d'une nouvelle administration» est plus exprimée par les gestionnaires intermédiaires et «approcher la décision de l'exécution» est plus citée par les gestionnaires de base. Une seule raison, «améliorer l'intégration des équipes», est notée en nombre pratiquement égal par les quatre groupes.

Parmi les raisons les moins signalées, «améliorer la coordination entre les divisions» est citée par deux gestionnaires intermédiaires et par un haut dirigeant, «répondre à une demande de la base» est mentionnée par deux hauts dirigeants et un gestionnaire de base, «favoriser l'engagement des médecins» est évoquée par deux membres de la haute direction et «formaliser une structure déjà existante» est l'opinion d'un cadre intermédiaire.

Ainsi, l'imputabilité et la centralité du patient sont des raisons communes à trois des groupes hiérarchiques, l'exception étant les conseillers en activités professionnelles. Les différences s'expriment surtout par les faits que: (1) les hauts dirigeants ne considèrent pas les coupures budgétaires comme une raison du changement, (2) les dirigeants intermédiaires valorisent l'influence de l'arrivée d'une nouvelle administration, (3) les gestionnaires de base valorisent le but de rapprocher la décision de l'exécution et (4) les conseillers en activités professionnelles donnent la priorité aux justifications d'augmenter la supervision et de faire face aux coupures budgétaires. Le tableau suivant détaille ces informations.

Tableau 2 - Distribution proportionnelle du nombre de citations des justifications de la décision de décentraliser parmi les différents groupes hiérarchiques des répondants

Justifications	HD	DI	GB	CAP
	(%)	(%)	(%)	(%)
Rendre les gens plus imputables	14,6	13,8	19,3	9,1
Mettre le client au centre de l'organisation	9,8	10,4	15,4	9,1
Améliorer l'efficacité	7,3	10,3	15,4	9,1
Augmenter la supervision	9,8	6,9	7,7	18,1
Faire face aux coupures budgétaires	2,4	10,3	11,5	18,1
<i>Sous-total - raisons largement répandues</i>	<i>43,9</i>	<i>51,7</i>	<i>69,3</i>	<i>63,5</i>
Répondre aux pressions externes	9,8	6,9	3,9	9,2
Favoriser l'interdisciplinarité	9,7	6,9	3,9	9,1
Rapprocher la décision de l'exécution	4,9	6,9	11,5	0,0
L'arrivée d'une nouvelle administration	4,9	10,4	3,8	0,0
Devenir un centre d'excellence	9,7	3,4	0,0	9,1
Améliorer l'intégration des équipes	4,9	3,4	3,8	9,1
<i>Sous-total - raisons moyennement répandues</i>	<i>43,9</i>	<i>37,9</i>	<i>26,9</i>	<i>36,5</i>
Améliorer la coordination entre les divisions	2,4	7,0	0,0	0,0
Répondre à une demande de la base	4,9	0	3,8	0,0
Favoriser l'engagement des médecins	4,9	0	0,0	0,0
Formaliser une pratique déjà existante	0	3,4	0,0	0,0
<i>Sous-total - raisons moins répandues</i>	<i>12,2</i>	<i>10,4</i>	<i>3,8</i>	<i>0,0</i>
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Légende: HD - haut direction, DI - direction intermédiaire, GB - gestionnaire de base, CAP - conseiller en activités professionnelles

En tenant compte de l'appartenance professionnelle des personnes interviewées - médecins, infirmiers, autres professionnels de la santé et professionnels formés dans des domaines autres que la santé -, on constate que les médecins citent, en moyenne, plus de raisons que les membres des autres groupes. Le groupe des autres professionnels de la santé est celui qui mentionne le plus petit nombre de raisons.

Les deux raisons les plus répandues dans l'ensemble de l'hôpital sont aussi les plus mentionnées par les médecins, les infirmiers et les professionnels formés dans d'autres domaines que la santé. De façon différente, les autres professionnels de la santé mentionnent plus les raisons «augmenter la supervision» et «faire face aux coupures budgétaires». «Améliorer l'efficience» est souvent signalée par les médecins et par les professionnels formés dans des domaines autres que la santé et peu signalée par les infirmiers et les autres professionnels de la santé.

Parmi les raisons moyennement disséminées, «répondre aux pressions externes» est très noté par les infirmiers, assez noté par les autres professionnels de la santé et par les professionnels formés dans des domaines autres que la santé, mais complètement ignoré par les médecins. «Favoriser l'interdisciplinarité», par contre, est également citée par les quatre groupes. «Rapprocher la décision de l'exécution» est bien mentionné par trois groupes, l'exception étant les autres professionnels de la santé. «Devenir un centre d'excellence» est surtout exprimée par les infirmiers, tandis que «l'arrivée d'une nouvelle administration» est plutôt exprimée par les professionnels d'autres domaines que la santé. «Améliorer l'intégration des équipes» est rappelé dans tous les groupes.

Parmi les raisons les moins partagées, «améliorer la coordination entre les divisions» et «répondre à une demande de la base» sont mentionnés deux fois par les infirmiers et une fois par les médecins. «Favoriser l'engagement des médecins» est une justification citée par un infirmier et par un professionnel formé dans un domaine autre que la santé. Et, finalement, «formaliser une structure déjà existante» est une opinion exprimée dans le groupe de médecins.

Ainsi, en ce qui concerne les professions, «augmenter l'imputabilité» est encore une justification commune à trois des groupes, l'exception étant les autres professionnels de la santé. L'observation des différences révèle que: (1) les médecins mentionnent beaucoup l'efficience, (2) les infirmiers citent beaucoup la réponse aux pressions externes, (3) les autres professionnels de la santé valorisent les coupures budgétaires et la volonté de contrôler davantage les subordonnés et (4) les professionnels formés dans des domaines autres que la santé signalent particulièrement l'arrivée d'une nouvelle administration. Ces informations sont synthétisées dans le tableau suivant.

Tableau 3 - Distribution proportionnelle du nombre de citations des justifications de la décision de décentraliser parmi les différents groupes de professionnels

Justifications	MD	INF	APS	PNS
	(%)	(%)	(%)	(%)
Rendre les gens plus imputables	16,6	14,6	9,1	16,0
Mettre le client au centre de l'organisation	10,0	12,2	9,1	12,0
Améliorer l'efficacité	16,6	4,9	9,1	12,0
Augmenter la supervision	10,0	7,3	18,2	8,0
Faire face aux coupures budgétaires	10,0	7,3	18,1	4,0
<i>Sous-total - raisons largement répandues</i>	<i>63,3</i>	<i>46,3</i>	<i>63,6</i>	<i>52,0</i>
Répondre aux pressions externes	0,0	12,2	9,1	8,0
Favoriser l'interdisciplinarité	6,7	7,3	9,1	8,0
Rapprocher la décision de l'exécution	6,7	7,3	0,0	8,0
L'arrivée d'une nouvelle administration	6,7	2,5	0,0	12,0
Devenir un centre d'excellence	3,3	7,3	9,1	4,0
Améliorer l'intégration des équipes	3,3	4,9	9,1	4,0
<i>Sous-total - raisons moyennement répandues</i>	<i>26,7</i>	<i>41,5</i>	<i>36,4</i>	<i>44,0</i>
Améliorer la coordination entre les divisions	3,3	4,9	0,0	0,0
Répondre à une demande de la base	3,3	4,9	0,0	0,0
Favoriser l'engagement des médecins	0,0	2,4	0,0	4,0
Formaliser une pratique déjà existante	3,3	0,00	0,0	0,0
<i>Sous-total - raisons moins répandues</i>	<i>10,0</i>	<i>12,2</i>	<i>0,0</i>	<i>4,0</i>
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Légende: MD -médecin, INF - infirmier, APS - autres professionnels de la santé, PNS - professionnels non-santé (d'autres domaines que la santé).

Considérant l'ancienneté - anciens membres avec dix ans ou plus de travail à l'hôpital versus les nouveaux membres avec neuf ans ou moins à l'hôpital -, on perçoit que presque toutes les raisons sont exprimées dans les deux groupes. La moyenne de citations par personne est égale entre les anciens et les nouveaux.

En ce qui concerne les raisons les plus répandues parmi l'ensemble des individus de l'organisation interrogés, «rendre les gens plus imputables» se détache comme étant la raison la plus signalée par les anciens membres de l'organisation. En suite, viennent «mettre le patient au centre» et «améliorer l'efficacité» avec un nombre égal de citations. Pour les nouveaux membres, «rendre les gens plus imputables» et «mettre le patient au centre» sont les raisons les plus notées,

cependant la première est moins citée et la deuxième est plus citée que dans le groupe des anciens membres. «Améliorer l'efficacité» et «faire face aux coupures budgétaires» sont mentionnées dans la même proportion dans les deux groupes. «Augmenter la supervision sur les subordonnés», à son tour, est plus signalée par les nouveaux membres.

En ce qui concerne les raisons moyennement disséminées, «favoriser l'interdisciplinarité» est beaucoup plus rappelée par les anciens membres de l'organisation que par les nouveaux. «Devenir un centre d'excellence» et «améliorer l'intégration des équipes» sont aussi plus citées par les anciens membres. À l'opposé, «l'arrivée d'une nouvelle administration» est plus signalée par les nouveaux membres. Les raisons «répondre aux pressions externes» et «approcher la décision de l'exécution» sont mentionnées en proportion similaire par les deux groupes.

Parmi les raisons les moins répandues, «répondre à une demande de la base» n'est citée que par les anciens membres, tandis que «favoriser l'engagement des médecins» n'est exprimée que par les nouveaux. «Améliorer la coordination entre les Divisions» est plus citée par les anciens et celui qui a exprimé la raison «formaliser une pratique déjà existante» fait partie du groupe des anciens membres de l'hôpital.

Ainsi, en ce qui concerne l'ancienneté, le noyau de raisons communes est formé par les trois raisons les plus répandues: l'imputabilité, la centralité du client et l'amélioration de l'efficacité. Les différences résident dans les faits que: (1) les membres anciens de l'hôpital signalent beaucoup l'interdisciplinarité et très peu la supervision des subordonnés et (2) les nouveaux membres se comportent à l'opposé, faisant ressortir la volonté de supervision et ignorant l'interdisciplinarité. Le tableau 4 exhibe les données à l'origine de ces conclusions.

Tableau 4 - Distribution proportionnelle du nombre de citations des justifications de la décision de décentraliser parmi les anciens et les nouveaux membres de l'hôpital

Justifications	Anciens membres	Nouveaux membres
	(%)	(%)
Rendre les gens plus imputables	15,6	14,3
Mettre le client au centre de l'organisation	9,4	14,3
Améliorer l'efficience	9,4	11,9
Augmenter la supervision	7,8	11,9
Faire face aux coupures budgétaires	7,8	7,1
<i>Sous-total - raisons largement répandues</i>	<i>50,0</i>	<i>59,5</i>
Répondre aux pressions externes	6,3	9,5
Favoriser l'interdisciplinarité	10,9	2,4
Rapprocher la décision de l'exécution	6,3	7,1
L'arrivée d'une nouvelle administration	4,7	7,1
Devenir un centre d'excellence	6,2	4,8
Améliorer l'intégration des équipes	6,2	2,4
<i>Sous-total - raisons moyennement répandues</i>	<i>40,6</i>	<i>33,3</i>
Améliorer la coordination entre les divisions	3,1	2,4
Répondre à une demande de la base	4,7	0,0
Favoriser l'engagement des médecins	0,0	4,8
Formaliser une pratique déjà existante	1,6	0,0
<i>Sous-total - raisons moins répandues</i>	<i>9,4</i>	<i>7,2</i>
TOTAL	100,0	100,0

En somme, au niveau des sous-groupes de l'organisation, le même sens général, formé par les justifications les plus citées, est repris presque par tous: anciens et nouveaux membres de l'hôpital, médecins, infirmiers, professionnels formés dans des domaines autres que la santé, dirigeants intermédiaires et gérants de base. Les exceptions sont les hauts dirigeants, pour qui les coupures budgétaires n'ont pas de relation directe avec le changement, et les autres professionnels de la santé, pour lesquels ce sont exactement les coupures budgétaires et le contrôle sur les subordonnées les raisons principales de la restructuration.

Deux remarques s'imposent ici. Premièrement, le positionnement des hauts dirigeants par rapport aux coupures budgétaires, dans les entrevues, n'est pas cohérent avec ce qui est écrit dans les plans stratégique et d'organisation. Dans ces documents, les contraintes budgétaires sont citées comme une des raisons forçant l'hôpital à se restructurer. Deuxièmement, la priorité donnée par

les autres professionnels de la santé à la supervision des subalternes et aux contraintes budgétaires reflète peut-être la vision des cadres qui ont perdu le pouvoir hiérarchique et qui sont mécontents de leur nouveau statut fonctionnel.

L'analyse des entrevues montre qu'elles constituent la source d'information la plus importante sur les métaphores utilisées pour donner du sens à l'implantation de la gestion par programme. En effet, c'est à travers les entrevues que nous saisissons le plus grand nombre et la plus grande variété d'explications du changement organisationnel.

D'ailleurs, le plan stratégique et le plan d'organisation ont été écrits par les hauts dirigeants de l'hôpital. Pour cette raison, malgré les processus de consultation, ils reflètent surtout le point de vue de la direction. Les entrevues, au contraire, révèlent les métaphores adoptées par distincts groupes de gestionnaires. Elles permettent de saisir, à la fois, le sens de la restructuration partagé par l'ensemble de l'hôpital et les sens particuliers à certains sous-groupes.

Cela étant dit, nous retrouvons dans les entrevues la plupart des concepts utilisés dans les plans. Et de façon plus importante, des dix justifications les plus mentionnées par les personnes interviewées, neuf sont aussi présentes dans les plans. Nous pouvons donc supposer que le plan stratégique et le plan d'organisation ont beaucoup influé sur la formation du sens de la restructuration organisationnelle.

D'un autre côté, l'influence des plans sur la formation du sens pris par la gestion par programme n'est pas absolue. En effet, une des justifications les plus mentionnées, à savoir, «augmenter la supervision», ne se retrouve pas dans les documents. Probablement, elle apparaît dans les entrevues comme conséquence d'une interprétation, faite d'abord par des opposants à la restructuration, comme une volonté d'augmenter le contrôle sur les subordonnés. Par la suite, cette justification se diffuse à l'échelle de l'hôpital, prenant toutefois le sens de coordination.

5.3. Les métaphores caractérisant la gestion par programme à l'hôpital Tremblay

Tenant compte à la fois des trois sources d'information, nous discernons vingt justifications de la décision d'implanter la gestion par programme. Ce sont les métaphores donnant du sens à cette décision:

- 1) Augmenter l'imputabilité des gestionnaires
- 2) Mettre le client au centre de l'organisation
- 3) Améliorer l'efficience
- 4) Faire face aux coupures budgétaires
- 5) Augmenter la supervision

- 6) Favoriser l'interdisciplinarité
- 7) Devenir un centre d'excellence
- 8) Améliorer la qualité de soins
- 9) Favoriser le travail d'équipe
- 10) Répondre aux pressions de l'environnement
- 11) Favoriser la mise en place d'un modèle bio-psychosocial
- 12) Travailler en partenariat avec les organismes communautaires
- 13) Favoriser l'émergence d'une organisation apprenante
- 14) Concilier l'interdisciplinarité avec le modèle médical
- 15) Approcher la décision de l'exécution
- 16) Être dirigé par une nouvelle administration
- 17) Répondre à une demande de la base
- 18) Améliorer la coordination entre les divisions
- 19) Favoriser l'engagement des médecins
- 20) Formaliser une pratique déjà existante

Les quatre premières justifications sont de loin les plus mentionnées dans les entrevues. De plus, nous les rencontrons aussi dans les deux plans. Nous concluons donc que, dans l'ensemble de l'hôpital Tremblay, elles forment le sens principal de la gestion par programme.

La cinquième justification, «augmenter la supervision», est absente des plans. Cependant, étant donné qu'elle est souvent mentionnée dans les entrevues par tous les sous-groupes et que les entrevues sont la source la plus importante d'information, nous la considérons comme faisant partie du sens principal de l'organisation par programme.

De la sixième à la dixième position, les justifications sont encore communes aux plans et aux entrevues. Elles sont moins citées que les cinq premières, mais se distribuent également parmi les sous-groupes de l'hôpital. Elles représentent donc des significations assez diffusées de la gestion par programme, même si elles sont moins évidentes.

Les justifications placées de la onzième à la quatorzième position ne sont présentes que dans les plans. Elles reflètent plutôt une partie du point de vue des rédacteurs des plans qui n'a pas été assimilée par les autres membres de l'hôpital.

Les justifications restantes ne sont rencontrées que dans les entrevues et ont été rarement mentionnées. Elles reflètent donc des points de vues restreints à l'un ou l'autre des sous-groupes de l'organisation ou même à l'un ou l'autre des individus.

En résumé, nous pouvons conclure qu'à l'hôpital Tremblay:

1) Il y a un sens de la gestion par programme, fondamentalement partagé par tous, dont la formation doit beaucoup aux plans stratégique et d'organisation.

2) Ce sens partagé se détermine, en premier plan, par les notions d'imputabilité, de centrer les soins sur le patient, d'efficience, de réponse aux coupures budgétaires et d'augmentation de la supervision. En second plan, il se définit par les notions de favoriser l'interdisciplinarité, devenir un centre d'excellence, améliorer la qualité de soins, favoriser le travail d'équipe et répondre aux pressions de l'environnement.

3) Il y a des notions liées à l'organisation par programme qui sont particulières à certains sous-groupes de l'hôpital. Ces notions en général, ne s'opposent pas, mais s'ajoutent à celles qui forment le sens partagé. Des exemples sont: «concilier l'interdisciplinarité avec le modèle médical», justification présentée exclusivement par la haute direction, «approcher la décision de l'exécution», notion valorisée surtout par les gestionnaires de la base et «l'arrivée d'une nouvelle direction», mentionnée notamment par les dirigeants intermédiaires.

4) La différence la plus importante entre les sous-groupes est, toutefois, la priorité donnée par les autres professionnels de la santé (les conseillers en activités professionnelles) aux objectifs de faire face aux coupures budgétaires et d'augmenter la supervision des subalternes.

5) Seule une justification, «formaliser une pratique déjà existante», n'est citée qu'une seule fois, ce qui renforce l'idée que, pour l'essentiel, la gestion par programme a un sens similaire pour tous.

6. La gestion par programme dans les publications professionnelles canadiennes: métaphores employées dans les écrits professionnels

Nous avons recherché le sens professionnel de la gestion par programme à partir de l'examen des publications de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) et du Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS), parues entre 1990 et 2000. Plus spécifiquement, nous avons examiné les articles des périodiques officiels de chacune des associations et trois ouvrages, deux édités par l'AHQ et un par le CCDSS, spécialement consacrés au thème de l'organisation par programme.

Entre 1990 et 2000, *Artère*, le périodique officiel de l'AHQ, a publié quatre articles discutant le thème de la gestion par programme. Quatre autres textes, parlant de la centralité du client pour l'organisation des services de santé, un thème dont le contenu est une partie centrale du concept de gestion par programme, sont aussi publiés au cours de la même période. De plus, le thème de la co-gestion, lié à l'approche par programme-clientèle, a été présente avec la publication d'un article en 1993*. Finalement, les deux ouvrages sur la gestion par programme édités par l'AHQ s'intitulent *Regards sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé* (1996) et *Organisation par programme-clientèle: l'expérience des centres hospitaliers du Québec* (2000).

Neuf articles et deux documents parus au cours des onze dernières années ne représente pas un nombre énorme d'écrits, ce qui représenterait une vraie promotion de la gestion par programme, si nous tenons en compte, par exemple, de la centaine d'articles sur l'informatique et les systèmes d'information. De toute façon, il est clair que de l'information sur la gestion par programme a été diffusée par l'Association des hôpitaux du Québec.

* Dans les éditions d'octobre et de novembre 1990 sont apparues les deux parties d'un texte intitulé «L'approche par programmes en milieu hospitalier», qui est un compte-rendu d'un colloque qui avait eu lieu sur ce thème. En octobre 1995, paraît l'article «Approche par programmes de clientèles. L'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins partage ses succès». En juin 1996, est publié le texte «La gestion par clientèle: une tendance forte aux États-Unis et au Canada anglais». Finalement, dans l'édition de décembre 1997, un article intitulé «Le fonctionnement par programmes en réadaptation», qui, lui aussi, est un compte-rendu d'un colloque, est publié.

Sur la centralité des clients pour les services de santé, les articles sont les suivants: «Oui à la réorganisation, mais dans la perspective du client», entrevue avec le président du Congrès 1995 de l'AHQ, «Un virage bien amorcé à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska: l'approche-client», paru en mai 1996, «La priorité client», éditorial de l'édition de décembre 1997 et «Hôtel-Dieu d'Arthabaska: l'approche-client transforme profondément l'établissement en le rapprochant de sa clientèle», article publié en septembre 1998.

L'article sur la co-gestion apparaît en septembre 1993 sous le titre: «À l'Hôpital Sainte Justine, les médecins et les infirmières se font partenaires».

Quant au Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS), il a publié entre 1990 et 2000, dans son périodique officiel *Healthcare Management Forum*, sept articles sur la gestion par programme. L'approche-client, quant à lui, est le thème de 2 articles et 2 commentaires sur des livres. Et le thème de la co-gestion apparaît dans un article**. Finalement, l'ouvrage sur la gestion par programme, intitulé *Program Management and Beyond. Management Innovations in Ontario Hospitals*, a été édité en 1994.

Considérant le nombre de total d'articles parus dans Forum, la fréquence d'écrits sur la gestion par programme est significative. Proportionnellement, Forum a publié beaucoup plus sur l'approche par programme qu'Artère.

De fait, si nous ajoutons aux articles dont le thème spécifique a été la gestion par programme les textes sur l'approche-client et la co-gestion, dont le contenu recoupe celui de la gestion par programme, cet ensemble devient le groupe de thèmes les plus fréquents parus dans Forum. Nous pouvons donc affirmer que la gestion par programme a été largement diffusée par le Collège canadien des directeurs de services de santé, plus que n'importe quelle autre approche en gestion.

Enfin, la gestion par programme a été une approche relativement bien diffusée par l'Association des hôpitaux du Québec et très diffusée par le Collège canadien des directeurs de services de santé.

Néanmoins, la simple présence du thème dit peu sur sa signification. Il importe maintenant d'identifier les expressions qui sont utilisées pour définir la gestion par programme et pour justifier l'intérêt de son adoption par un établissement de santé. Ces expressions sont les métaphores qui définissent le sens donné par les leaders des administrateurs hospitaliers à ce mode de gestion.

** Durant l'été 1994, est paru un texte intitulé «An Evaluation of Program Management: The West Hospital Park Hospital». Six mois plus tard, l'article «Program Management and Health Care Informatics: Defining Relationships» est publié. Deux autres textes sont publiés en 1995: un commentaire sur le livre «Program Management and Beyond: Management Innovations in Ontario Hospitals», publié lui aussi par le CCDSS, et l'article «New Management Structures at Sunnybrook Health Science Centre: Identifying Patients Groupings». Finalement, trois articles sont publiés en 1997: «Clinical Program Development in an Alberta Capital Health Authority», «Structuring the Design and Implementation of Leadership and Teamwork for Program Management» et «Interdisciplinary Professional Practice Leadership within a Program Model: British Columbia Rehab's Experience».

Les textes portant sur l'approche-client sont: l'article «Patient-focused Care: The Systemic Implications of Change» (1993), les commentaires sur les livres «Patient Centered Hospital Care: Reform from within» (1994) «Setting the Pace: Managing Transition to Patient-centered Care» (1995) et l'article «Redesigning Services to Meet Client Needs: The Gage Transition to Independent Living» (1998). Et celui discutant la co-gestion est: «Redesign of a Health Science Center: Reflections on Co-Leadership» (1995).

Dans les textes sur la gestion par programme publiés dans Artère, nous trouvons des expressions comme:

- répondre aux besoins, centrer sur les besoins des patients, centrer sur la clientèle, répondre aux besoins des usagers, rapprochement direction-clientèle
- expertise en fonction de la clientèle-cible, intégration de l'équipe, interdisciplinarité, équipe multidisciplinaire
- engagement qualité, qualité, amélioration continue de la qualité
- plus grande continuité de soins
- satisfaction de la clientèle
- gestion efficace, efficacité, efficience économique
- importance de la participation et de la motivation
- haut niveau de supervision, coordination
- autorité partagée
- bureaucratisation
- partenaires externes
- imputabilité du personnel
- vision globale

Dans les articles publiés par Forum, les expressions suivantes sont mentionnées:

- «focus on patient care», «patient-centered care», «client-centered service», «services centered on the patient needs».
- «flatter organizations (to give professional more responsibility and autonomy, to reduce levels of hierarchy)», «responsibility», «accountability»
- «importance of qualified people in supervisory positions»
- «role of professional practice leader»
- «interdisciplinary team», «multidisciplinary service», «team-building»
- «new funding arrangements (case-mix)», «cost control»
- «involving physicians more in management decisions»
- «shared governance», «medical and operations vice-presidents»
- «results-oriented management»
- «linking with community services»
- «more coordinated delivery»
- «decentralized management»
- «quality management»
- «efficiency»

- «evaluation»

En fait, dans les deux périodiques, l'argument de centrer les soins sur les besoins des patients est de loin l'argument le plus important pour définir ou pour justifier la gestion par programme. L'interdisciplinarité, la qualité et l'efficience sont aussi des expressions très mentionnées. La responsabilisation ou l'imputabilité du personnel et le contrôle des coûts sont des expressions qui apparaissent dans les deux journaux, mais qui prennent plus de place dans le Forum. La co-gestion, la participation du personnel, la coordination, les liens avec la communauté et avec des partenaires externes sont aussi des thèmes très présents.

L'identification des expressions utilisées dans les articles d'Artère et de Forum donne déjà une idée du sens de la gestion par programme pour les leaders professionnels. Cependant, une analyse des documents spécifiques à la gestion par programme publiés par l'AHQ et par le CCDSS pourra en donner une compréhension plus approfondie.

Le livre *Program Management and Beyond. Management Innovations in Ontario Hospitals* (CCDSS, 1994) présente les expériences des hôpitaux ontariens qui avaient décidé d'adopter l'approche par programme. En fait, et cela est souligné dans la préface, sous la rubrique gestion par programme se regroupent différents cas de restructuration organisationnelle qui avaient en commun surtout l'adoption de formes de gestion décentralisées.

Le premier chapitre du livre, après avoir décrit l'ampleur des changements survenus dans l'environnement du système de soins de santé, définit les principes de la gestion par programme: les services doivent être organisés autour des besoins des clients et non autour des besoins des fournisseurs, la prise de décision doit être décentralisée jusqu'au lieu de l'action, les chefs de programme doivent être imputables de toutes les ressources financières et humaines de leurs programmes, les programmes doivent découler de la mission de l'organisation et des besoins de santé de la population, l'accent de la gestion doit être mis sur l'effet des services sur l'état de santé des patients et la prise de décision doit être orientée par de l'information.

Les avantages potentiels de l'approche sont aussi cités:

- l'organisation est divisée en parties plus petites et plus faciles à gérer
- les chefs de programme se transforment en «intrapreneurs» qui recherchent constamment les façons les plus coût-efficaces de répondre aux besoins des clients
- l'implantation de mécanismes de contrôle des coûts par épisode de soins est facilitée
- la qualité des services fournis s'accroît
- la planification stratégique est améliorée
- l'engagement du personnel s'accroît
- les rapports interorganisationnels s'améliorent

- l'allocation de ressources est améliorée
- l'existence de chasses gardées est défavorisée
- la multidisciplinarité est stimulée
- les coûts indirects sont mieux contrôlés
- la gestion de l'organisation est dynamisée

De plus, ce chapitre présente une série de considérations sur le design de la gestion par programme, en soulignant la possibilité d'adopter des approches partielles, l'importance de la collaboration dans la prise de décision et l'importance des alliances interorganisationnelles.

Finalement, le chapitre s'achève avec certains questions liées à l'implantation de la gestion par programme. L'importance de l'analyse initiale de la situation de l'organisation y est accentuée. Aussi, quelques facteurs-clés d'un processus de changement organisationnel sont identifiés: l'appui de la direction générale, une bonne stratégie de communication et d'éducation, la mise en place de mécanismes de garantie de la qualité des actes professionnels et l'évaluation de la transition.

Les huit chapitres suivants racontent les expériences de huit hôpitaux, dont un hôpital psychiatrique. De manière générale, les raisons qui ont poussé les hôpitaux vers l'organisation par programme sont les suivantes:

- l'existence de déficits budgétaires
- la lenteur des processus de prise de décision
- le manque d'efficacité dû à une centralisation administrative
- des frictions dans les relations avec le corps médical
- le manque d'imputabilité du personnel dans la prise de décisions concernant l'offre de services aux patients
- la volonté d'impliquer les médecins dans la gestion
- l'arrivée de nouveaux dirigeants avec un mandat de restructurer l'organisation
- l'idée de formaliser des services déjà fournis à certains groupes de patients
- la perception de la fragmentation des soins aux patients

Le dixième et dernier chapitre résume les leçons apprises. D'abord, il est dit que les différents hôpitaux ont atteint différents degrés d'intégration des programmes. Au plan clinique, l'intégration des diverses disciplines a, en général, bien réussi. La direction des programmes a pris des formes distinctes, allant du cas où il n'y a qu'un seul chef de programme, jusqu'aux cas où il y a des équipes de direction, en passant par les cas de co-gestion avec deux chefs. Au plan des services de support, l'intégration aux programmes est moins réussie. En fait, dans la majorité des hôpitaux, ces services sont restés centralisés. Finalement, au plan de l'intégration médicale, les

résultats ont été mitigés: oui, il y a plus de participation des médecins à la gestion, mais leur implication dans les programmes est souvent limitée à une partie de leur temps.

En deuxième lieu, on affirme qu'une approche flexible et multidimensionnelle est essentielle au succès de l'implantation de la gestion par programme. En outre, la présence de certains facteurs semble être toujours fondamentale: un ensemble de valeurs, objectifs et principes pour orienter la restructuration, un fort signal d'engagement de la direction, une compréhension de l'effort nécessaire à l'implantation du changement et la volonté d'y dédier les ressources nécessaires.

Troisièmement, malgré la difficulté de réaliser des évaluations, les expériences semblent montrer que les processus de prise de décision ont été accélérés et que les personnes sont plus impliquées dans les décisions.

Finalement, parmi les défis persistants, le texte cite: (1) l'alignement de tous les systèmes intra-hospitaliers dont le système d'information et le système des ressources humaines, (2) l'appréciation des indicateurs de résultats au niveau du soin direct au patient et (3) la gestion des tensions entre les programmes et les professions et entre les directions des programmes et la direction générale.

L'Association des hôpitaux du Québec, à son tour, a publié son premier document sur la gestion par programme en 1996. Appelé *Regards sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé* (AHQ, 1996), ce texte présente les principes généraux de l'organisation par programme comme suit: «L'organisation est modelée en fonction des besoins des patients plutôt qu'en fonction des besoins des producteurs. La clientèle est regroupée à partir de caractéristiques communes ou de besoins de nature similaire afin de rendre la distribution de services plus continue, mieux intégrée» (p. 22).

Ce document de l'AHQ définit une longue liste de bénéfices attendus de la gestion par programme:

- des organisations à l'échelle humaine
- des gestionnaires cliniques imputables de leurs décisions
- le développement d'une expertise spécifique à des clientèles
- la réalisation des activités de recherche sur mesure
- une stratégie propre à chaque programme
- l'innovation et l'engagement
- la multidisciplinarité
- la continuité et l'intégration des services
- une allocation efficiente des ressources

- la pratique de l'évaluation
- une meilleure connaissance des coûts
- le rapprochement entre le gestionnaire et la clientèle

Par ailleurs, le document met en garde contre l'idée que le seul fait d'organiser les activités selon des groupes-clients constitue déjà une réelle organisation par programme. En effet, il faut assurer aussi la décentralisation des décisions, l'intégration clinique et professionnelle et l'interdisciplinarité.

La décentralisation, clinique et administrative, est vue comme une partie essentielle de l'approche par programme. Elle situe la prise de décision au niveau du programme, rend les gestionnaires imputables face à l'atteinte des résultats et aux contraintes budgétaires et commande des aptitudes pour l'entrepreneurship. Par conséquent, les décisions sont prises plus rapidement et les préoccupations d'efficacité sont accrues.

L'intégration clinique et professionnelle est perçue comme importante pour faire face à la question de la répartition des rôles de direction. D'un côté, l'exercice d'une autorité hiérarchique de la part du responsable du programme sur l'ensemble des ressources affectées au programme est essentiel. D'un autre côté, le maintien des structures disciplinaires ou fonctionnelles, comme la Direction des services professionnels et la Direction des soins infirmiers, peut contribuer à assurer la qualité des actes.

L'organisation du travail dans la gestion par programme exige la mise en place d'équipes multidisciplinaires. La direction des programmes peut prendre plusieurs formes, mais doit toujours être partagée entre les médecins, les autres cliniciens et les cadres administratifs.

Comme conditions nécessaires à l'implantation d'une gestion par programme, le texte de l'AHQ mentionne l'importance d'un style de gestion ouvert et participatif. Il affirme même qu'il faut prévoir de la formation pour amener les gestionnaires à ce nouveau style de gestion.

Le texte attire aussi l'attention sur les besoins d'information. L'approche par programme est comprise comme impliquant «une véritable révolution dans les systèmes d'information.» Le développement des habiletés quant à l'interprétation et à l'utilisation d'une information de pointe, est considéré comme fondamental.

Le document note qu'il n'y a pas d'études sur l'impact de la gestion par programme sur les coûts, mais qu'il semble que cet impact varie fortement d'un établissement à l'autre.

Finalement, le texte *Regards sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé* reconnaît l'existence de limites dans l'approche programme-clients. D'abord, il y a un risque de créer un cloisonnement entre les programmes, reproduisant le cloisonnement entre les disciplines et les services. Une autre limite tient au danger de ce mode

d'organisation se terminer à l'intérieur de l'établissement, sans que la notion de «programme» rejoigne également d'autres acteurs du système qui se trouvent à l'extérieur de l'institution.

Le document inclut aussi, parmi les limites, la méconnaissance des coûts de fonctionnement de l'approche programme-clientèle, la difficulté d'établir le nombre optimal de programmes et le manque d'orientations sur la façon d'organiser les services ambulatoires.

Quatre ans après la publication de son premier document, l'AHQ publie un autre texte dédié au thème de la gestion par programme. Il s'agit du document intitulé *Organisation par programme-clientèle: l'expérience des centres hospitaliers du Québec* (AHQ, 2000), lequel présente une synthèse des expériences vécues par onze hôpitaux québécois qui ont implanté, ou étaient en voie d'implanter, ce mode de gestion.

L'auteur du texte a rencontré dans les hôpitaux visités un modèle d'organisation horizontal, décloisonné, flexible, donnant une place centrale au client. Des notions comme le partenariat clinique et administratif, la transparence, la confiance, la coopération et le consensus font partie de la philosophie de gestion véhiculée. La participation est à la base des démarches adoptées et la décentralisation est privilégiée comme une valeur de gestion.

Les principales modifications organisationnelles rencontrées sont liées à la création de programmes-clientèles, à la décentralisation, à l'implantation de la co-gestion et à la transformation des rôles des directeurs des services professionnels et directeurs des soins infirmiers. Les structures professionnelles par contre, ont été maintenues comme des instruments pour assurer la qualité des actes.

L'implantation du modèle de gestion par programme a été poussée d'abord, par le besoin de répondre aux exigences nouvelles de l'environnement externe et interne: changement du profil épidémiologique des patients, diminution de ressources, patients mieux informés, multiplication de catégories professionnelles. Elle a également été motivée par l'existence préalable de:

- une structure de soins basée plus sur le soignant que sur le client
- une bureaucratie trop importante
- des barrières à la distribution de soins
- des ruptures de communication
- un système décisionnel trop lent
- un cloisonnement et une segmentation des services à la clientèle
- une tendance corporatiste
- une absence d'information clinique, financière et économique sur l'épisode de soins
- un manque d'implication de la clientèle dans les décisions la concernant
- des lacunes dans la coordination entre les divers services de l'hôpital

- des lacunes dans la continuité des soins intra-muros et extra-muros

Cette réflexion sur les expériences a permis aussi de dégager les conditions gagnantes pour l'implantation de l'organisation par programme: un climat d'écoute, une décision claire du conseil d'administration, une vision articulée et partagée et une espèce «d'alchimie» des membres de direction autour du concept de gestion par programme.

Le texte affirme que, malgré l'absence d'évaluation formelle, les hôpitaux visités sont convaincus que l'introduction de la gestion par programme leur a apporté des bénéfices, dont une diminution de la rigidité bureaucratique, une accélération du processus décisionnel, une augmentation de la productivité, la personnalisation des soins et un meilleur contrôle des budgets.

Des limites à l'approche programme-clientèle sont aussi identifiées: la surcharge de travail du gestionnaire clinico-administratif, les conflits de valeurs, l'impossibilité de faire une intégration complète, la génération de stress organisationnel et le risque d'introduire une complexité supplémentaire à la gestion des hôpitaux.

Finalement, le texte conclut avec l'observation que l'adoption d'une organisation par programme-clientèle est un projet audacieux dont la réalisation exige des changements importants dans la structure, la culture et la gestion des processus et des ressources humaines.

Il est intéressant de remarquer que ce texte propose, en annexe, un guide d'implantation d'une organisation par programme-clientèle, où les principes de base de l'approche sont réaffirmés, et où les préalables, les conditions gagnantes et les défis à l'implantation de cette forme d'organisation sont bien détaillés. Ceci indique que l'AHQ continue de considérer la gestion par programme comme une approche utile et envisageable pour les hôpitaux québécois.

Finalement, quel est le sens donné à la gestion par programme dans les écrits professionnels ?

À partir de l'analyse des articles parus dans les deux périodiques, Artère et Forum, on avait déjà vu que le sens principal de l'approche par programme était donné par l'argument de centrer les soins sur les besoins des patients. Dans les documents spécifiquement consacrés au thème de l'organisation par programme-clientèle, le même argument ressort comme le plus significatif. Les différences entre les articles des périodiques, surtout ceux d'Artère, et les documents spéciaux, se limitent au ton plus emphatiquement favorable à l'approche dans les premiers que dans les textes-documents.

Ainsi, pour les leaders professionnels des gestionnaires de la santé, l'organisation par programme-clientèle est définie, avant tout, comme une façon de réorganiser les services pour mieux répondre aux besoins des patients.

La décentralisation de la prise de décisions, cliniques et administratives, est aussi un élément majeur du sens donné à cette approche, de même que les idées d'intégration clinique et d'interdisciplinarité. Il s'agit de trois thèmes centraux aussi bien dans les périodiques que dans les documents spéciaux.

L'efficacité de la gestion est aussi un autre argument très cité soit dans les périodiques, soit dans les documents spéciaux. Le contrôle des coûts, toutefois, est plus largement mentionné dans les documents spéciaux que dans les articles des périodiques, révélant le caractère plus analytique des premiers.

La responsabilisation ou l'imputabilité du personnel est une expression encore très utilisée, mais qui apparaît moins dans *Artère* que dans *Forum* et dans les documents spéciaux. En effet, parler de manque d'imputabilité est plus acceptable dans des écrits plus analytiques que dans des textes de style journalistique.

La qualité des soins, même si elle est une expression très utilisée dans tous les textes, prend plus d'importance dans les articles des périodiques. Il se peut que les publications de caractère plus informatif sont plus enclines à utiliser des mots qui apparemment attirent l'attention des lecteurs.

Avec un peu moins d'importance, la co-gestion, la participation du personnel, la coordination, l'engagement des médecins, les liens avec la communauté et avec des partenaires externes sont aussi des thèmes présents aussi bien dans les périodiques que dans les documents spécifiquement dédiés au thème de la gestion par programme. La différence entre les deux types de publication, en ce qui concerne ces expressions, se situe dans le fait que les périodiques en font, en général, la promotion, tandis que les documents sont plus analytiques et ils montrent qu'il existe des embûches à l'application pratique de ces concepts.

En somme et de façon générale, les mêmes expressions sont toujours utilisées pour caractériser l'organisation par programme. Le sens général de l'approche par programme, tel que compris par les leaders professionnels s'y trouve: centrer les services sur les besoins de patients, décentraliser la prise de décision, favoriser l'intégration clinique, promouvoir l'interdisciplinarité, améliorer l'efficacité, contrôler les coûts, augmenter l'imputabilité du personnel et assurer la qualité des services.

Cependant, on note que dans les documents spéciaux, surtout dans les deux qui analysent les expériences vécues, toutes ces notions qui donnent un sens à l'approche par programme, sont plus nuancées que dans les articles des périodiques. La gestion par programme est alors vue non comme «une solution pour résoudre les nombreux dysfonctionnements d'un hôpital», mais

comme «un modèle créant des conditions facilitantes pour une meilleure intégration des soins au bénéfice des patients» (AHQ, 2000).

Les analyses des expériences concrètes des hôpitaux ont vraisemblablement contribué au sens donné par les leaders des gestionnaires de la santé à l'approche par programme. Si, au niveau des principes de base, les notions sont identiques dans tous les textes, au niveau des stratégies d'implantation, les documents qui parlent des expériences pratiques sont beaucoup plus détaillés. De même, si les avantages perçus dans les expériences sont pareils à ceux promus dans la théorie, les limites semblent plus explicites dans le rapport des faits.

Nous pouvons dire donc que la compréhension des leaders professionnels sur le sujet de la gestion par programme, entre 1990 et 2000, n'a pas radicalement changé, mais qu'elle s'est raffinée, notamment au plan des stratégies d'implantation et au plan de la perception des limites de l'approche.

7. La gestion par programme dans les écrits scientifiques

En utilisant les mots clés «program management» dans les banques d'articles PubMed et ProQuest Direct, nous avons repéré un total de 88 textes scientifiques, publiés entre 1990 et 2000.

Les articles repérés représentent en réalité, une variété d'approches. Ainsi, nous avons analysé, en plus des écrits spécifiques à la gestion par programme, ceux portant sur dix autres approches: la gestion par lignes de produit, la gestion de la maladie, les «focused factories», la gestion de l'utilisation, la gestion de cas, la gestion de la qualité, le «patient-focused care», la ré-ingénierie, l'organisation matricielle et la décentralisation.

Il faut se rappeler que le caractère scientifique des écrits est établi par le fait qu'ils ont été approuvés pour publication par un comité de pairs. Cette approbation indique qu'ils ont passé la preuve de la relecture, paramètre traditionnel de jugement de la qualité d'un travail académique. Pour faciliter au lecteur l'identification des revues qui ont été publiés les articles, nous les signalons par les initiales de leurs noms (la liste des revues se trouve dans les pages x, xi et xii).

7.1. La gestion par programme

7.1.1. La gestion par programme ou la gestion de projets

Parmi les trois textes qui utilisent l'expression «program management», repérés dans ProQuest Direct, deux sont des commentaires sur un même livre et le troisième est un article.

Le livre en question est intitulé «Programme Management Demystified: Managing Multiple Projects Successfully» (Reiss, 1996). Selon les commentateurs (Hobday, 1996; van der Merke, 1997), on apprend dans cet ouvrage que les programmes diffèrent des projets par la durée, les derniers étant normalement de courte durée. De plus, les programmes impliquent souvent la gestion simultanée d'un grand nombre de projets dans une même organisation. L'importance de la planification est fortement soulignée, de même que la tâche de coordination des différentes équipes de projet par le gestionnaire du programme. Ce livre discute encore des conflits entre les programmes et les départements fonctionnels au sein de l'organisation, la responsabilité et l'imputabilité, l'organisation matricielle, la gestion financière des programmes et les outils informatiques utiles à la gestion des programmes.

L'article s'intitule «Choosing the right program management organization» (Padgham, 1989). L'auteur distribue les organisations qui développent des projets sur un continuum allant d'une organisation complètement fonctionnelle, où 100% du personnel est assigné aux

départements, à une organisation complètement structurée par projets, où tout le personnel est assigné à un des projets. Entre ces extrêmes, se situe l'organisation matricielle. Pour bien choisir l'approche organisationnelle la plus adéquate à l'implantation d'un programme, trois questions sont cruciales: le style de leadership du directeur du programme, la formation plus généraliste ou plus spécialisée des chefs de projet et la place que les habiletés techniques doivent occuper dans la hiérarchie de l'organisation. Dépendant de ces questions, la gestion des programmes peut être organisée de façon hiérarchique, à plat (*flat organization*), décentralisée ou par projet.

Le sens de l'expression «program management» est semblable dans les trois écrits. Dans les trois, «program management» signifie plutôt gestion par projets. Le terme «programme» sert à nommer un ensemble de projets gérés par une même organisation. Un «program management organization» est une organisation structurée autour de projets, chacun consacré à un problème ou à un objectif particulier. Cette structuration autour de projets peut être complète ou partielle. Si elle est partielle, on a un «matrix organization», c'est-à-dire, une organisation qui combine la structure par projet avec la structure par département - ingénierie, finances, planification, etc.

Le sens de l'expression «program management» dans ces écrits est encore révélé par les notions d'efficacité, de leadership, de responsabilité et d'imputabilité, de coordination et d'interdisciplinarité. Ces notions sont considérées à la fois comme des conditions de réussite de l'approche et comme des conséquences de son adoption.

Ces écrits ont été publiés par les revues *Technovation*, *International Journal of Project Management* et *Project Management Journal*. Les deux premières sont également destinées aux chercheurs et aux administrateurs. La troisième est plutôt destinée aux praticiens. Toutefois les trois utilisent des comités de pairs. Par conséquent, ces textes reflètent, au moins en partie, des positions scientifiques sur le «program management».

7.1.2. La gestion par programme dans le domaine de l'administration de la santé

Des articles trouvés dans PubMed, six utilisent explicitement l'expression «program management» dans leurs titres et résumés. Parmi ces écrits, quatre ont été publiés dans la revue *Healthcare Management Forum* du Collège canadien des directeurs de services de santé, un autre dans *Nursing Administration Quarterly*, et le dernier dans *Leadership in Health Services*, supplément canadien de *l'International Journal of Health Care Quality Assurance*. Il s'agit de trois périodiques destinés essentiellement aux gestionnaires. Les deux premiers prennent une décision quant à la publication d'un article, après l'avis d'un comité de pairs. Ils peuvent donc être considérés comme reflétant, en partie tout au moins, des visions scientifiques. Le dernier

périodique mentionné ne comporte pas de comité de pairs, ce qui en fait une publication strictement professionnelle. Par la suite, nous examinons les cinq articles de caractère scientifique.

L'article «Effects of the Program-Management Model: A Case Study on Professional Rehabilitation Nursing» (Miller et Miller, NAQ 1997) rapporte une étude, conduite par une gestionnaire de programme et une assistante administrative, sur les effets de la gestion par programme sur la qualité de soins infirmiers dans l'hôpital de réadaptation Cardinal Hill, aux États-Unis.

La gestion par programme y est définie par opposition au modèle de gestion par disciplines - médecine, nursing, pharmacie, etc. Avec l'introduction du modèle par programme, la position de directrice des soins infirmiers a été abolie, de même que d'autres postes. L'élimination de certains postes hiérarchiques visait à augmenter la flexibilité et l'innovation dans l'organisation.

La qualité de soins, quant à elle, a été évaluée à travers la comparaison, avant et après la restructuration organisationnelle, de certaines mesures d'autonomie fonctionnelle des patients, de la durée de séjour, du nombre de chutes des patients et de la proportion d'erreurs dans les médications. Tous ces indicateurs se sont améliorés ou sont restés identiques, montrant ainsi que la gestion par programme n'a pas affecté négativement la qualité des soins aux patients.

Les autres quatre articles sur la gestion par programme discutent, respectivement, des sujets du leadership (Brittain et Langill, HCMF 1997), des principes de la justice organisationnelle (Persaud et Narine, HCMF 2000), de l'informatique (Harber *et al.*, HCMF 1994) et de l'expérience de l'hôpital West Park à Toronto (Morris *et al.*, HCMF 1994). Pour définir la gestion par programme, les quatre textes font référence à l'article intitulé «Managing hospitals from a program perspective» (Stuart et Sherrard, HMF 1987). Il est donc plus intéressant de regarder directement ce dernier article.

Il s'agit d'un texte préparé par deux membres d'une firme de consultation en administration de la santé, dont le siège se situe à Ottawa. L'approche par programme y est définie comme l'organisation de la gestion autour d'entités semblables. De la même façon que dans l'industrie de biens matériels où la gestion peut se faire autour d'un produit spécifique, dans les hôpitaux, l'administration peut s'organiser autour d'ensembles d'activités dirigées à des groupes de patients dont les besoins de services sont similaires.

Selon l'article, une approche strictement «product-line» est peut-être applicable aux hôpitaux des États-Unis, où un environnement compétitif exige la définition et la promotion des «produits» hospitaliers pour répondre aux demandes du marché. Par contre, au Canada, où le

financement des services hospitaliers est public, l'organisation de la gestion autour de programmes plutôt que de produits semble plus adéquate.

Stuart et Sherrard (1987) considèrent que la gestion par programme est une modalité de gestion recommandable aux hôpitaux, parce qu'elle rend plus claire la responsabilité du gestionnaire par rapport à l'efficacité et l'efficience des soins fournis à chaque groupe de patients et à chaque patient individuellement. Sous ce mode de gestion, la prise de décisions cliniques et administratives est intégrée pour tous les services. L'imputabilité accrue et la gestion intégrée peuvent améliorer la performance de l'hôpital dans le contrôle des coûts, dans l'obtention des résultats optimaux en termes de soins aux patients et dans la planification stratégique.

L'intégration de toutes les décisions concernant un groupe particulier de patients favorise la prise en compte de leurs conséquences, en termes de coûts. Cette intégration assure aussi que les contributions des divers professionnels et des différents départements soient coordonnées et que le patient reçoive la combinaison de services la plus adéquate pour répondre à ses besoins. Finalement, l'information organisée sur une base par programme peut être très utile à la planification stratégique.

Dans cet article, un programme hospitalier est défini comme un «set of activities aimed at meeting specific patient needs or achieving particular objectives». Dans les expériences concrètes, les programmes reflètent des domaines cliniques majeures, lesquels fournissent les services nécessaires pour satisfaire les besoins de chaque groupe de patients.

Après avoir mentionné les quatre étapes de l'implantation de la gestion par programme - la définition des programmes, l'identification des sources existantes d'information sur les programmes, le développement de la structure de gestion et le développement des systèmes d'appui à la gestion -, l'article conclut en recommandant que les administrateurs hospitaliers canadiens évaluent les bénéfices potentiels de cette approche de gestion pour leurs hôpitaux.

Que peut-on conclure de cette revue des écrits sur la gestion par programme ?

On note tout d'abord que l'expression «program management» est apparue dans des écrits édités par des publications de caractère hybride professionnel et scientifique.

Deuxièmement, cette expression semble être synonyme de «product-line management». La difficulté de définir le «produit» des services de santé a poussé à la substitution de ce mot par celui de «programme». En outre, le vocable «programme» semble plus adéquat au contexte d'un système de soins financé publiquement, comme celui du Canada. Ce qui explique le fait que la moitié des articles rencontrés soit parue dans un périodique canadien.

Troisièmement, en ce qui concerne le sens de l'expression, la gestion par programme signifie avant tout la réorganisation de l'offre de soins autour de «programmes». D'un modèle

disciplinaire, on passe à un modèle où les services sont organisés autour d'un regroupement de patients, qui se fait selon leurs besoins en termes de soins. Cette réorganisation est motivée principalement par la recherche d'un meilleur contrôle des coûts hospitaliers. Ce contrôle amélioré est, à son tour, la conséquence d'une imputabilité plus grande exigée du gestionnaire de programme et de l'intégration de toutes les décisions, cliniques et administratives, concernant chaque groupe de patients.

Dans ces articles, l'effet positif de l'approche par programme sur les coûts hospitaliers semble aller de soi. Son effet sur la qualité, cependant, nécessite d'être encore confirmé. Même s'il est raisonnable de dire que l'intégration des décisions, en favorisant une meilleure coordination des services fournis aux patients, devrait assurer une meilleure qualité des soins, il serait bon de le confirmer avec des résultats qui proviendraient d'études empiriques .

En somme, dans le champ de l'administration de la santé, le sens de la gestion par programme est donné par des expressions comme: regroupement de patients, contrôle de coûts, imputabilité, coordination, interdisciplinarité, qualité de soins et satisfaction des besoins.

7.1.3. Le sens de l'expression «gestion par programme»

La signification de l'expression «gestion par programme» dans les deux domaines, celui de la gestion de projets et celui de la santé, est relativement semblable. Dans un cas, le mot «programme» signale un ensemble de projets sous une structure unique de gestion. Dans l'autre cas, «programme» signifie le regroupement, sous une unité administrative unique, de patients dont les besoins en termes de services sont similaires. Ainsi, l'idée de programme renvoie toujours à une structure administrative unifiée, responsable pour la gestion d'un ensemble, soit de projets, soit de patients.

Par conséquent, plusieurs notions sont communes aux deux domaines: la décentralisation, l'imputabilité du gestionnaire, l'efficacité, l'intégration des décisions, la coordination et l'interdisciplinarité.

Des dissimilitudes existent, bien entendu, et découlent du fait que regrouper des patients impose des exigences propres, distinctes de celles nécessaires au regroupement de projets d'ingénierie. Ainsi, les notions de satisfaction des besoins des patients et de qualité de soins font partie du sens de la gestion par programme en santé, mais non de la gestion de projets.

Compte tenu du fait que notre recherche se développe dans le domaine de la santé, nous prenons comme sens de la gestion par programme les notions communes aux deux domaines ajoutées aux notions particulières au secteur de la santé.

Cependant, nous devons encore approfondir notre recherche du sens de la gestion par programme. Le nombre limité d'articles et le caractère mixte, professionnel et scientifique, des revues qui les ont publiés ne garantissent pas que le sens identifié correspond vraiment au sens scientifique de la gestion par programme.

Par conséquent, pour bien saisir le sens scientifique de cette approche, il faut examiner les autres articles qui n'utilisent pas explicitement l'expression «program management», mais qui font partie des écrits répertoriés dans PubMed.

Compte tenu des pistes tracées par les écrits que nous venons d'analyser, il est pertinent de commencer l'examen des articles par ceux qui discutent du «product-line management». C'est ce que nous allons aborder ci-dessous.

7.2. La gestion par lignes de produit

L'article «Product-line administration in hospitals» (MacStravic, HCMR 1986) est cité par tous les écrits sur la gestion par programme analysés dans la section antérieure. Il a été publié par *Health Care Management Review*, un périodique destiné aux gestionnaires de la santé, dont les articles sont approuvés par un «blue-ribbon panel of experts». Son auteur est professeur de l'Université de Washington à Seattle et vice-président d'une organisation de santé. Il s'agit donc d'un écrit publié dans une revue de caractère hybride - professionnel et scientifique. De toute façon, son analyse se justifie par son importance pour les écrits sur la gestion par programme.

Dans cet article, la gestion par lignes de produit est définie comme le passage d'une gestion par fonctions ou par disciplines à une gestion par produit, où l'hôpital organise ses activités autour de catégories spécifiques de produits comme, par exemple, les services obstétricaux ou les services d'urgence.

Il y a déjà longtemps que la gestion par lignes de produit est utilisée par l'industrie et recommandée aux hôpitaux par certains auteurs. Mais c'est seulement avec l'introduction du *Diagnosis Related Groups* (DRG) que les hôpitaux, en étant dorénavant obligés d'associer des coûts à une production, sont encouragés à adopter cette modalité de gestion.

Dans l'industrie en générale, une ligne de produits est formée par un ensemble de produits qui sont en rapport les uns avec les autres par: le type de besoin qu'ils satisfont, la façon selon laquelle ils sont utilisés, le client qui les achète, les mécanismes à travers lesquels ils sont vendus ou même leur gamme de prix. En effet, une ligne de produits se constitue lorsqu'il est plus avantageux de planifier, gérer et vendre ensemble un groupe de produits que de les offrir séparément. Dans les établissements de santé, l'application la plus évidente de l'approche par

produits est l'organisation de la gestion autour de programmes spécifiques comme la pédiatrie, la psychiatrie, etc.

Il y a trois éléments de base dans la gestion par lignes de produit: la planification, la gestion proprement dite et le marketing. La planification identifie les lignes de produit les plus rentables. La gestion proprement dite s'occupe du contrôle des coûts, spécialement à travers l'accompagnement de l'utilisation des services de support diagnostique et thérapeutique et du contrôle de l'admission et du congé hospitaliers. Le marketing, l'élément le plus important, sert à recruter et à retenir la combinaison et le nombre adéquats de personnel médical et de patients. Le marketing vise à identifier des «niches» dans le marché pour chaque ligne de produit. En se concentrant sur des programmes ou des produits spécifiques, l'hôpital peut développer des centres d'excellence, ce qui favorise l'occupation d'une position privilégiée dans le marché.

Les lignes de produit les plus adéquates à chaque hôpital dépendent de ses caractéristiques structurales. Un petit hôpital rural aurait intérêt à définir une seule ligne de produit: les services généraux d'hospitalisation. Les hôpitaux plus grands, situés dans des environnements compétitifs, auraient intérêt à identifier les lignes spécifiques de produit, où ils pourraient devenir des centres d'excellence.

En concluant, l'auteur remarque que la complexité et l'importance des objectifs auxquels s'adresse la gestion par lignes de produit font en sorte que son application n'est jamais simple ou uniforme.

La principale contribution de cet article est la définition théorique d'une ligne de produit: un ensemble défini d'activités, organisées selon la logique capable de les rendre le plus vendable possible. La définition concrète d'une ligne pourtant, est beaucoup plus compliquée. En dernière instance, chaque hôpital doit identifier les services susceptibles d'être traités sur un marché comme pouvant constituer le corps d'un centre d'excellence. Étant d'excellence, ces centres seront capables d'attirer les médecins et les patients les plus intéressants du point de vue de la rentabilité de l'hôpital.

Passons maintenant à l'examen d'autres articles sur la gestion par lignes de produit.

Les écrits que nous allons présenter ou bien font partie des références bibliographiques des écrits sur la gestion par programme ou bien ont été trouvés dans ProQuest Direct et PubMed à partir des mots clés «product-line management». Au total, nous avons repéré 17 articles, bien que seulement 5 aient été publiés après approbation d'un comité de pairs leur permettant d'être considérés comme scientifiques.

Un de ces articles (Nackel et Kues, HHSA 1986) a été rédigé par un consultant associé à un vice-président de l'hôpital Johns Hopkins, aux États-Unis et publié dans l'organe officiel de

l'American College of Healthcare Executives. C'est une revue destinée aux gestionnaires, mais qui publie surtout des articles préparés par des membres du milieu académique. En outre, il est important d'analyser cet article car il rapporte, nous le verrons, une expérience de réorganisation hospitalière souvent citée.

Nackel et Kues affirment que les hôpitaux sont poussés à adhérer à la gestion par lignes de produit pour deux raisons principales: à l'externe, la compétition et, à l'interne, la complexité des services offerts. L'essence de la gestion par lignes de produit repose sur la mise en place d'unités d'affaires distinctes, chacune avec ses propres processus de planification, de budgétisation, de contrôle et de marketing. Dans l'expérience de l'hôpital John Hopkins, les unités d'affaires sont organisées autour des services cliniques majeurs comme la médecine interne, la chirurgie, la pédiatrie, etc. Chaque unité est dirigée conjointement par un médecin, par une infirmière et par un administrateur. Le médecin est le chef, mais toute l'équipe est imputable pour la gestion de l'unité. Les processus de planification et de budgétisation de l'ensemble de l'hôpital sont réalisés de façon conjointe par les unités et par l'administration centrale. Un système d'information approprié est en place pour assurer l'intégration des unités dans l'hôpital. En fait, ce système est fondamental pour la réussite de l'approche. En guise de conclusions, les auteurs affirment que la gestion par produits ne peut s'appliquer à tous les hôpitaux et qu'il n'existe pas une seule manière adéquate pour l'implanter.

Un deuxième article discute les effets de l'introduction du système de paiement prospectif - les *Diagnosis Related Groups* (DRG) - dans le système de soins américain (Fetter et Freeman, AMR 1986). Les auteurs croient que le système DRG induira les hôpitaux à adhérer à la gestion par lignes de produit, ce qui devrait avoir des conséquences positives. Les DRG permettent la définition plus précise des produits hospitaliers, car ils favorisent le regroupement des patients selon les ensembles de services nécessaires. Les gestionnaires hospitaliers sont obligés à connaître mieux les coûts des services, ce qui rend plus raffinée la compréhension du processus de production en œuvre à l'hôpital. Des mesures plus précises et une compréhension plus approfondie mènent à des systèmes de contrôle plus efficaces et, par conséquent, à l'amélioration de l'efficacité et de la performance organisationnelle.

Bowers et Taylor (HSA 1990), professeurs de l'Université de l'Alabama, ont conduit une enquête auprès de dix hôpitaux américains. Parmi ces hôpitaux, huit avaient déjà adhéré à la gestion par lignes de produit ou planifiaient de le faire prochainement. En général, les lignes de produit étaient les services reconnus comme les points forts de l'hôpital. La motivation principale de l'adhésion à l'approche était la compétition entre les hôpitaux. L'existence d'une variété importante de services, difficiles à gérer comme une seule entité, et la volonté d'être plus sensible

aux besoins des patients ont été aussi citées comme des raisons pour justifier cette adhésion. Deux types de barrières à l'implantation de ce mode de gestion sont identifiés: la réticence des médecins et des hauts gestionnaires à céder une partie de leur pouvoir et la difficulté à développer des systèmes d'information adéquats. En termes de mesures d'évaluation, le rendement des lignes de produit était la plus utilisée. La satisfaction des patients et le volume d'utilisation de services étaient également utilisés. En général, les dirigeants des hôpitaux se disaient hautement satisfaits avec de l'approche.

Deux universitaires hollandais, Janssen et van Merode (HSMR 1991), ont analysé la pertinence de l'application de la gestion par lignes de produit en Europe. Selon les auteurs, dans ce continent, les réformes des systèmes de soins visent généralement toutes le même but: améliorer l'efficacité des organisations de santé. Pour cela, une approche plus «business-like», comme la gestion par produits, est usuellement recommandée. Les avantages de ce mode d'administration sont: une plus grande efficacité en termes de rapport entre coûts et fonctions primaires des organisations de santé, un rapport plus clair entre les demandes du marché et l'offre de services et une production d'information plus précise. Les désavantages sont liés aux efforts de l'implantation, lesquels exigent le raffinement du système d'information et le changement de la culture organisationnelle. Cependant, l'aspect de la gestion par produits le plus intéressant est le fait qu'elle conduise à un meilleur contrôle sur les activités des hôpitaux. Au lieu de se limiter à la gestion des installations ou même au contrôle a posteriori des coûts et de résultats, les gestionnaires peuvent contrôler l'activité médicale elle-même. Ayant des produits bien définis, il est possible d'établir des standards de pratique pour guider et pour évaluer la pratique des médecins. Ce pouvoir accru des administrateurs, cohérent avec le type de gestion du secteur privé, est essentiel pour améliorer la performance économique des services de santé.

Dans un article assez différent, Aikman *et al.* (JNA 1998) décrivent le changement vécu au Toronto East General Hospital. Cet hôpital, après s'être engagé dans un système de soins verticalement intégré, décide de se réorganiser selon l'approche par lignes de produit. L'offre de soins est donc organisée en un continuum de services structuré selon les besoins du patient. La continuité des soins impose l'élimination des frontières départementales et le travail interdisciplinaire. Les décisions cliniques et administratives sont intégrées. De plus, la prise de décision est décentralisée, conduisant ainsi à un transfert de responsabilité et d'imputabilité vers les professionnels en contact direct avec les patients. Le rôle du leader de la ligne de produit est bien défini et s'accompagne de l'implantation d'une structure de gouverne partagée. En concluant, les auteurs affirment que l'hôpital vit présentement un changement au niveau de sa culture.

Cette revue des écrits scientifiques sur la gestion par lignes de produit permet de tirer quelques conclusions sur le positionnement des divers auteurs.

Premièrement, la définition de «ligne de produit» est très floue. À la limite, chaque hôpital définit ce qu'est une ligne de produit et établit les meilleures stratégies de gestion par produit. Cela n'est pas surprenant, compte tenu de la complexité inhérente au travail de soigner des malades. Définir un produit matériel, un bien concret, et ensuite organiser la gestion autour de son processus de production et de commercialisation pour assurer qu'il sera fabriqué et vendu au meilleur prix, satisfaisant les exigences de qualité, est une tâche plus simple que réaliser une démarche similaire quand il s'agit de la santé humaine.

Deuxièmement, la signification de la gestion par lignes de produit est construite autour d'un principe simple. Avant tout, il s'agit de structurer l'organisation autour des «produits» les plus rentables. Il faut bien se positionner dans le marché. La gestion par lignes de produit sert à cet objectif, parce qu'elle permet à l'hôpital de créer des «centres d'excellence» ou des «unités d'affaires» dont les services sont compétitifs aussi bien en termes de prix qu'en termes de qualité.

Tous les auteurs semblent croire que l'introduction des DRG, établissant des «produits» hospitaliers, favorise la mise en place de systèmes de contrôle. La gestion par lignes de produits est particulièrement efficace dans le contrôle des coûts puisqu'elle donne aux gestionnaires la possibilité d'intervenir au cœur des activités de l'hôpital, c'est-à-dire, dans les actes médicaux. L'utilisation de guides de pratique et l'implication directe des médecins dans les activités d'administration sont les deux moyens d'y intervenir.

Le succès de l'approche par produits dépend beaucoup de la présence d'un gestionnaire de lignes de produit compétent. Ces gestionnaires sont responsables pour tout ce qui concerne leurs lignes de produit et détiennent le pouvoir de décision, lequel est suffisamment décentralisé dans la structure de l'organisation. Pour bien accomplir leur rôle, ils doivent disposer d'une large autonomie, tout en étant imputables de leurs décisions.

Le développement d'un système d'information capable de répondre aux exigences d'information de la gestion par produit est aussi un facteur clé du succès de l'approche.

Cette signification de la gestion par lignes de produit est commune à tous les écrits, sauf celui qui décrit l'expérience canadienne. Dans le contexte d'un système de soins financé publiquement, il n'y a pas de sens à rechercher l'augmentation du rendement à travers un bon positionnement dans le marché, sauf dans le cas où des mécanismes de compétition entre des hôpitaux sont implantés. De toute manière, l'approche par produits semble être applicable à la recherche d'autres buts, notamment à la satisfaction des besoins des patients, au développement de l'interdisciplinarité et à la continuité de services.

En résumé, le sens de la gestion par lignes de produit dans ces écrits est donné par les expressions suivantes: organiser le système de gestion autour de chaque produit, contrôler les coûts jusqu'au niveau des actes médicaux, améliorer le rendement, créer des centres d'excellence, bien se positionner dans le marché, décentraliser les décisions, nommer des gestionnaires des produits et les rendre imputables de leurs décisions, disposer de systèmes d'information adéquats.

Ici, nous avons une nouvelle indication du fait que l'expression «gestion par programme» est une adaptation au contexte canadienne du terme «gestion par produits». En effet, la dimension «répondre aux besoins des patients», assez importante pour la construction du sens de la gestion par programme, ne fait partie du sens de la gestion par lignes de produit que dans l'article canadien.

Nous pouvons conclure que l'approche de la gestion par programme se nourrit fondamentalement d'idées liées à la gestion par lignes de produit. Ce sont la production théorique et les expériences pratiques développées dans le cadre de la gestion par lignes de produit qui constituent la base sur laquelle se construit le concept de gestion par programme.

Nous avons donc identifié la source principale du concept de gestion par programme. Néanmoins, nous ne devons pas négliger la possibilité que d'autres conceptions et pratiques de gestion comme celles identifiées dans la recherche des articles dans PubMed, aient contribué à l'élaboration de ce concept. C'est ce que nous allons, maintenant, aborder.

7.3. La gestion de la maladie

Nous commencerons l'appréciation de la contribution d'autres concepts administratifs à la construction de la gestion par programme en analysant des écrits portant sur le «disease management». En fait, celle-ci est une des expressions très souvent associées à la gestion par programme parmi les articles identifiés dans PubMed. Par la suite, nous examinerons les articles publiés dans des revues ayant un comité de pairs.

Ritterband (JHCM 2000) définit le «disease management» comme l'offre coordonnée de soins au patient dans un continuum complet de services à travers un ou plusieurs systèmes de soins. C'est un mode de gestion holistique, centré sur le patient. Une de ses caractéristiques est son caractère proactif, les interventions devant anticiper les demandes des patients.

Toutes les maladies ne sont pas éligibles à cette modalité de gestion. Les critères suivants servent à identifier celles qui le sont: un pourcentage élevé de complications évitables, la possibilité de prendre en charge la maladie sur une base ambulatoire, l'existence de guides de pratique, un taux élevé mais influençable de non-adhésion au traitement et l'existence reconnue

de mesures des résultats et de la qualité. Par ailleurs, le fardeau social et économique qui découle de la maladie est aussi un critère déterminant de l'éligibilité à cette forme de gestion.

Les maladies les plus courantes pour lesquelles l'approche de la gestion de la maladie est choisie sont l'asthme, le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive, les maladies coronariennes, les maux de dos, le sida et certaines types de cancer.

La gestion de la maladie a été initialement introduite par les compagnies pharmaceutiques, mais aujourd'hui les organisations du *managed care*, les agences du *Medicaid* américain et d'autres établissements de santé l'adoptent aussi. Toutefois, ce sont les fournisseurs indépendants de services de santé qui utilisent le plus cette forme de gestion. Il s'agit de firmes spécialisées dans la gestion d'une ou de quelques maladies chroniques qui vendent leurs services à d'autres organisations de santé.

Une étude de cas portant sur une de ces firmes spécialisées (Ray et Sydnor, 1999 *apud* Ritterband, JHCM 2000) révèle les effets très positifs de la gestion de la maladie sur la diminution de l'utilisation de services et des coûts et sur l'amélioration de l'état de santé des patients. Ainsi, par exemple, les diabétiques ont été capables de mieux contrôler leur niveau sanguin de glucose, le nombre de cas de complications sévères du diabète a diminué, de même que les coûts d'hospitalisation.

Certaines barrières existent, néanmoins, à la généralisation du «disease management». D'abord, les programmes parrainés par les compagnies pharmaceutiques ont évidemment utilisé cette approche pour promouvoir l'utilisation de leurs médicaments, ce qui a provoqué la méfiance de la part des consommateurs. Deuxièmement, ce type d'intervention peut signifier une duplication de services, si les médecins omnipraticiens font déjà un suivi continu de leurs clients. Troisièmement, des règlements officiels nouveaux exigent l'approbation médicale préalable pour la réalisation d'une intervention thérapeutique de la part du programme de gestion de la maladie. Finalement, l'utilisation d'incitations financières est illégale et les moyens de motiver les patients à participer aux programmes ne sont pas simples.

De très nombreuses études ont évalué les effets de la gestion de la maladie. Par la suite, nous en donnons quelques exemples récents tirés de revues avec comité de pairs.

Buchner *et al.* (AJMC 1998) présentent les résultats d'un programme de gestion de l'asthme. La qualité de vie et la satisfaction des patients se sont significativement améliorées grâce à une plus grande connaissance de la maladie et une plus grande confiance dans leurs habiletés à la prendre en charge.

Jowers *et al.* (AJMC 2000) ont aussi évalué un programme de gestion de l'asthme, et ont conclu qu'une approche proactive et collaboratrice améliore la qualité de vie des patients et diminue l'utilisation des services médicaux.

Kirsh et Lee (MCI 1999) rapportent le succès, en termes de contrôle des coûts et de satisfaction des patients, d'un programme de gestion du cancer.

Les «critical pathways», des outils pour favoriser la prise de décision basée sur les guides de pratique, sont les principaux facteurs du succès de la gestion de la maladie en termes de contrôle des coûts et de résultats cliniques, selon Rohrbach (JNCQ 1999).

Knox et Mischke (JCVN 1999), à leur tour, évaluent l'implantation d'un programme de gestion de l'insuffisance cardiaque congestive. Ce programme comprend les activités suivantes: hospitalisation, éducation, consultation externe, soins à domicile et surveillance de l'adhésion au traitement. La durée des hospitalisations aussi bien que les réadmissions ont été réduites et l'adhésion au traitement s'est améliorée.

Un programme de gestion de la maladie d'Alzheimer a été évalué comme ayant amélioré significativement la qualité de soins aux patients et diminué le fardeau des familles (Freed *et al.*, TG 1999).

Grazier et Eselius (MCRR 1999) font une revue de onze études portant sur l'évaluation de l'impact des programmes de gestion de maladies mentales et d'abus de drogues, en termes d'accessibilité, de coûts et de la qualité des soins. Ces programmes sont typiquement gérés par des firmes spécialisées contractées soit par des entreprises commerciales, soit par les agences de *Medicaid*. En général, l'accessibilité, spécialement aux services ambulatoires, est améliorée et les coûts sont réduits grâce à une utilisation moindre des services hospitaliers. Cependant, l'importance de la réduction des coûts est plus importante à court terme qu'à long terme. Et il y a souvent un transfert des dépenses de l'hospitalisation vers les médicaments et les consultations externes. En ce qui concerne la qualité, les groupes les plus vulnérables comme les enfants, les handicapés et les malades chroniques semblent avoir été pénalisés par, entre autres choses, une réduction de l'accessibilité aux services.

Dans une autre étude, Grazier et Pollack (MCRR 2000) analysent l'impact financier d'un programme de gestion des maladies mentales dans une grande entreprise. L'utilisation de services et les coûts totaux avaient légèrement diminué. De plus, il y a eu un transfert des coûts de la firme vers les patients les utilisateurs les plus importants. Ce programme de gestion est donc considéré comme peu approprié aux soins de personnes souffrant de problèmes sévères de santé mentale.

L'évaluation d'un programme de gestion de la dépression dans la première ligne des soins de santé (Katzelnick *et al.*, AFM 2000) met en évidence l'amélioration du traitement, la réduction de la sévérité des cas et l'amélioration de l'état général de santé des patients.

Cooper *et al.* (AJMC 2000) évaluent quatre programmes de gestion de la maladie pour des patients hospitalisés. L'approche interdisciplinaire a mené à des améliorations expressives de la qualité et de l'efficacité des soins aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive. Pourtant, les résultats ne sont pas concluants en ce qui concerne les trois autres programmes: les hémorragies digestives, la pneumonie acquise dans la communauté et l'anémie falciforme.

Finalement, quel est le sens de la gestion de la maladie ?

La gestion de la maladie propose essentiellement que l'offre de soins s'organise autour d'un problème de santé spécifique. Il s'agit d'une approche qui se veut centrée sur le patient, capable d'améliorer son état de santé et de réduire l'utilisation des services médicaux grâce à un accompagnement continu. Par conséquent, la qualité des soins et la satisfaction des usagers sont assurées. De plus, les coûts sont contrôlés et le rendement est amélioré.

Le sens de la gestion de la maladie est très similaire aux sens de la gestion par programme et de la gestion par produit. En effet, l'ensemble des soins offerts aux porteurs d'une maladie particulière peut constituer un programme ou une ligne de produit. Ainsi, ces trois approches partagent la plupart des objectifs qui leur donnent du sens. Un auteur (Stanfil, JOM 1997) considère même que la gestion de la maladie est un concept qui suit naturellement celui de la gestion par lignes de produit.

Il y a, toutefois, certaines différences. Étant usuellement pratiquée par des firmes ultra-spécialisées, la gestion de la maladie ne comporte pas de décentralisation, une composante essentielle des approches par programme et par produit. De même, l'imputabilité du gestionnaire, une autre composante importante des deux autres approches, est absente de la discussion sur la gestion de la maladie. Finalement, la gestion de la maladie met l'accent sur l'amélioration du rendement, question non touchée dans la discussion sur la gestion par programme.

7.4. L'approche des «firmes centrées»

L'expression «disease management» peut être associée à la proposition de la mise en place de «focused factories». Ce que l'on nomme ici d'approche des «firmes centrées» est l'objet d'un numéro récent de *Frontiers of Health Services Management*, consacré, et cela est significatif, au débat sur le future du système de soins américain.

Cette publication n'est pas une revue proprement dite. Éditée par l'*American College of Healthcare Executives*, elle est un périodique dont chaque numéro est spécialement consacré à un thème spécifique. Ce qui en fait une source importante de positions scientifiques est le fait que ses articles sont invariablement préparés par des universitaires réputés. La discussion sur les «focused factories», par exemple, est conduite à partir d'un texte de Regina Herzlinger (FHSM 2000), professeur de l'Université Harvard.

Herzlinger part de l'affirmation que la revitalisation récente de l'économie américaine a deux causes primordiales: les firmes les plus prospères ont «focused, focused, focused on their core competences» et ont accordé une attention spéciale à la satisfaction de leurs clients.

Le secteur de la santé aurait beaucoup à bénéficier de l'adoption d'une démarche similaire. En effet, l'option «tout pour tous» des systèmes de soins verticalement intégrés est vouée à l'échec à cause des conflits inévitables entre les composantes de ces systèmes et l'impossibilité de satisfaire les clients qui se caractérisent par leur hétérogénéité. L'adoption du modèle des «focused factories» augmente la qualité des services, parce que la répétition au cours du temps d'un nombre limité d'activités conduit à la perfection - *practice makes perfect*. Les coûts sont réduits parce que les erreurs de pratique sont diminuées et les interventions de meilleur rapport coût-efficacité sont identifiées et répétées. Meilleure qualité et moindres coûts signifient plus d'efficacité. D'ailleurs, la connaissance précise des coûts du traitement d'un problème de santé spécifique permet que les firmes centrées acceptent le paiement de ses services sur une base de capitation, sans risque de faillite. Finalement, ce type d'organisation restaure l'autonomie professionnelle et financière que les médecins avaient perdue avec le *managed care*, puisqu'il s'agit de firmes dirigées par des médecins.

En commentant cet article, Coile (FHSM 2000) affirme que Herzlinger a raison quand elle dit qu'il faut développer des systèmes de gestion capables d'intégrer les diverses activités fonctionnelles pour assurer la production de services de bonne qualité à des prix raisonnables. En effet, se centrer sur le «core business» est peut-être le meilleur avis que l'on peut formuler aux dirigeants des établissements de santé.

Dwyer (FHSM 2000) est moins convaincu du bien-fondé de cette opinion. Le succès est quelque chose d'imprévisible: parfois il récompense des firmes qui se centrent sur un nombre limité de produits, parfois il bonifie celles qui offrent une grande diversité. Dwyer reproche à Herzlinger d'avoir omis des exemples bien connus de succès des «full-service medical centers». De plus, les patients chroniques présentent souvent des maladies complexes et multiples (les polyopathologies). Dans quelle firme spécialisée soigner, par exemple, un patient diabétique avec

un cancer ? La tendance future du système de soins américain inclut probablement les grands centres médicaux, les hôpitaux généraux communautaires et aussi les cliniques spécialisées.

L'argument du caractère multi-pathologique de la plupart des maladies chroniques est aussi utilisé par Ginsburg (FHSM 2000) pour montrer les limites de l'approche des «focused factories». Il considère que les outils qui soutiennent cette approche - l'utilisation de systèmes de gestion et de l'information sur l'efficacité - sont fortement nécessaires dans les organisations de santé. Pourtant, l'approche elle-même est limitée pour plusieurs raisons: la complexité des états morbides chroniques, la difficulté de mesurer la qualité des soins, la réaction publique actuelle face au *managed care*, les méthodes de remboursement qui devraient être spécifiques à chaque firme centrée et la résistance des fournisseurs de services déjà bien établis.

Enfin, quel est le sens de l'approche des «focused factories» ?

La discussion sur les «firmes centrées» propose essentiellement les mêmes thèmes de discussion que ceux qui ont cours sur la gestion de la maladie. C'est toujours l'idée de la nécessité de structurer la gestion autour de problèmes spécifiques de santé. L'amélioration du rendement est là aussi comme un but primordial de la gestion. Le positionnement dans le marché, le contrôle des coûts et la qualité de soins sont aussi des thèmes communs aux deux approches.

Les points de convergence et les points de divergence entre l'approche des «focused factories» et la gestion par programme sont exactement les mêmes que ceux qui existent entre cette approche et la gestion de la maladie.

7.5. La gestion de l'utilisation

«Utilization management» est une autre expression très présente dans les écrits repérés à partir des mots clés «program management» dans PubMed.

La gestion de l'utilisation représente une approche très répandue de- «évaluation» contrôle de coûts, adoptée surtout par les organisations du type *managed care*. En règle générale, il s'agit de méthodes qui cherchent à restreindre l'utilisation de services jugés non nécessaires et à promouvoir l'usage d'options plus coût- efficaces.

Nous avons identifié neuf articles sur la gestion de l'utilisation, publiés entre 1990 et 2000. Huit ont été publiés par des périodiques avec comité de pairs. Examinons-les.

Buck et Siverman (HCFR 1996) identifient onze méthodes de gestion de l'utilisation admises par les États américains dans le cadre des programmes de *Medicaid*. Ces méthodes consistent en des mesures d'incitation ou en des exigences imposées aux prestataires de services pour qu'ils souscrivent aux procédures souhaitées par le payeur:

- Réaliser certaines interventions chirurgicales en ambulatoire;
- Effectuer les examens préopératoires avant l'hospitalisation;
- Exécuter la chirurgie pendant la première journée d'hospitalisation;
- Obtenir une deuxième opinion médicale sur l'indication de la chirurgie;
- Obtenir préalablement une autorisation pour hospitaliser un patient;
- Restreindre l'offre de services aux bénéficiaires soupçonnés d'avoir abusé de l'utilisation de services, en leur attribuant un superviseur;
- Gérer séparément les cas trop coûteux;
- Implanter un système de «gatekeeper»;
- Implanter un système de «case management» pour certains groupes de la population;
- Certifier médicalement le besoin de l'hospitalisation; et
- Implanter un programme de revue de l'utilisation.

À partir des questionnaires postés aux dirigeants des agences de *Medicaid* de 49 États, Buck et Silverman ont essayé de connaître l'impact perçu de ces méthodes sur les coûts, la qualité et l'accessibilité aux soins.

En général, aucune méthode n'est perçue comme ayant un effet négatif sur l'accessibilité ou sur la qualité des soins. Par ailleurs, la réalisation d'examens avant l'hospitalisation, l'autorisation préalable à l'hospitalisation et la restriction des services pour les bénéficiaires jugés abuseurs sont considérées comme des méthodes coût-efficaces.

D'autres études sur les impacts de la gestion de l'utilisation ont été réalisées par Wickizier et collègues. Dans une de ces études (Wickizier et Lessler, MC 1998a), ils montrent que, dans un plan de santé particulier, les demandes préalables d'autorisation pour hospitaliser un patient ont été approuvées dans 99% des cas. Par contre, les durées de séjour ont été souvent diminuées, surtout pour les patients avec des problèmes de santé mentale.

Dans une autre étude (Wickizier et Lessler, MC 1998b), l'exigence d'une autorisation préalable à l'hospitalisation, la revue de l'utilisation et le «case management» ont diminué la durée moyenne de l'hospitalisation des personnes souffrant de problèmes mentaux. Toutefois, les patients dont la durée de séjour a été diminuée par la revue de l'utilisation ont eu une probabilité plus grande d'être réadmis dans les 60 jours suivants.

Une troisième étude (Wickizier *et al.*, AJP 1999) montre que la revue des demandes d'hospitalisation a diminué la durée de séjour pour les enfants de petit-poids et pour les adolescents en dépression ou consommateurs de drogues. Cependant, les taux de réadmission ont été plus élevés chez les patients qui ont subi une réduction de leur séjour hospitalier suite à la revue.

Une quatrième étude portant sur les personnes souffrant de cardiopathies (Lessler et Wickizier, HSR 2000) a donné les mêmes résultats, c'est-à-dire, plus de réadmissions chez ceux qui ont subi une réduction de la durée de l'hospitalisation. Ces auteurs posent, par conséquent, la question des effets négatifs de la revue de l'utilisation sur la qualité de soins.

Koike *et al.* (PS 2000) analysent un programme de gestion de l'utilisation dans une organisation de santé mentale. Ils montrent que dans 92% des cas les demandes d'autorisation pour l'utilisation de services ont été approuvées telles que requises par les professionnels. Dans seulement 1% des cas l'autorisation n'a pas été accordée. Seuls 1,3% ont reçu un accord partiel. Compte tenu du fait que les autorisations sont demandées en grand nombre, ces auteurs mettent en doute le coût d'opportunité de la revue de l'utilisation.

Une question intéressante sur la revue de l'utilisation en psychiatrie a été soulevée dans débat qui a opposé Goldman *et al.* (AJP 1997) et Steen (AJP 1998). Les premiers analysent quatre instruments de revue d'utilisation, comparant rétrospectivement les durées d'hospitalisation recommandées à travers l'usage de ces instruments avec l'opinion d'un groupe-expert composé de psychiatres. Un des instruments montrait une différence significative. Le comité d'experts a jugé que les durées ont été réduites de façon inappropriée. Steen, membre de la firme qui a élaboré l'instrument en cause, répond qu'un guide pour la revue de l'utilisation ne doit pas simplement refléter les pratiques courantes, mais qu'il doit aussi stimuler la diffusion de pratiques plus efficaces. Pour lui, le comité de psychiatres critique le guide parce que ses membres sont des représentants d'une ancienne ligne de pensée en psychiatrie.

En somme, quel est le sens de l'«utilization management» ?

La gestion de l'utilisation est un ensemble de méthodes de contrôle des actes médicaux et de pratiques «abusives» de certains bénéficiaires des plans de santé. Ces méthodes visent essentiellement le contrôle des dépenses et l'incitation à l'adoption d'interventions plus coûteuses. Dans les faits, la diminution de la durée d'hospitalisation est la mesure la plus utilisée.

Le travail nécessaire pour réaliser une revue de l'utilisation et le nombre élevé de réadmissions chez les patients dont le séjour hospitalier a été écourté soulèvent des questions sur l'efficacité du contrôle de dépenses et sur les effets néfastes sur la qualité de soins.

Comme approche de gestion, l'«utilization management» est assez restreint: il ne vise que le contrôle des coûts et l'efficacité. Même si ces éléments font aussi partie du sens de la gestion par programme, les deux approches sont bien distinctes. La gestion par programme implique la réorganisation de l'ensemble du processus d'offre de soins. La gestion de l'utilisation se limite à des mesures de contrôle de l'«excès» d'utilisation de services.

Enfin, il est intéressant de remarquer que les questionnements sur l'efficacité de ces mesures dans les études évaluatives ne semblent pas affecter leur utilisation. En fait, les mesures de gestion de l'utilisation des services de santé continuent à être très répandues, comme indiqué dans les études citées ci-dessus. Cela s'explique peut-être par le fait que ces mesures confèrent aux gestionnaires des plans de santé un pouvoir d'intervention sur les pratiques médicales. Un pouvoir qu'ils ne veulent pas perdre.

7.6. La gestion de cas

Une autre expression fréquemment liée aux mots «program management» dans la recherche d'articles dans PubMed est «case management».

La gestion de cas est définie comme la coordination, l'intégration et l'affectation de soins individualisés dans le cadre d'un ensemble pré-établi de ressources. Usuellement, cela implique le contact continu du patient avec un gestionnaire de cas. La gestion de cas vise à combler la fragmentation des services et le manque de continuité des soins. Les manières d'y arriver, dans la pratique, sont très variées. Les ressources effectivement disponibles et les formes de coordination de services sont très diversifiées.

Il y a une quantité énorme d'études qui ont évalué les impacts de l'adoption de la gestion de cas. Ci-dessous, nous présentons quelques exemples d'écrits publiés, entre 1990 et 2000, dans des périodiques avec comité de pairs.

Prozialeck et Pesole (PHN 2000) rapportent les résultats cliniques d'un programme de gestion de cas pour des femmes enceintes qui avaient eu préalablement un enfant de petit-poids. On constate des améliorations dans le gain de poids maternel et dans celui du bébé à la naissance. Ces améliorations ont été positivement associées à l'utilisation précoce et intensive des services prénataux.

Marshall *et al.* (JHCM 1999) évaluent l'effet d'un programme de gestion de cas pour les personnes âgées, mis en place par un *Health Maintenance Organization* (HMO). Les personnes du groupe «gestion de cas» se perçoivent en meilleure santé que les individus du groupe contrôle. Les coûts, par contre, sont égaux dans les deux groupes. Les auteurs concluent que l'approche de la gestion de cas est potentiellement intéressante pour les HMO, mais qu'il est nécessaire de développer des stratégies plus efficaces de contrôle de ressources.

Schoenman *et al.* (Inq 1997) évaluent un programme de gestion de cas dans les services de première ligne pour les bénéficiaires de *Medicaid*. Les résultats indiquent que l'implantation du programme a augmenté la probabilité d'utilisation des services de soins primaires et de

services préventifs, mais qu'elle n'a pas affecté l'utilisation des services spécialisés et d'urgence. La présence d'un «gatekeeper» a permis de diminuer coûts, surtout en raison de la réduction de la consommation des services auxiliaires. Pourtant, l'augmentation de l'utilisation des services a été si grande qu'elles ont largement compensé les économies réalisées.

Bigelow et Young (CMHJ 1991) rapportent l'évaluation d'un programme de «case management» à travers le «Quality of Life Questionnaire». Les auteurs, chercheurs du Ministère de la santé de la Colombie Britannique au Canada, concluent que les clients faisant partie du groupe «gestion de cas» avaient reçu plus de services et avaient moins de besoins non-comblés que les membres du groupe contrôle. Leur qualité de vie était meilleure et leur taux d'hospitalisation moindre. Ces auteurs estiment qu'il y a un rapport positif entre une utilisation accrue de services et une meilleure qualité de vie de ces personnes.

L'introduction de l'approche de la gestion de cas dans les services sociaux anglais est considérée comme étant un déterminant de l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées (Challis, JCM 1993). Cette amélioration, conséquence de la satisfaction des besoins des clients, a été obtenue sans coûts supplémentaires. Le facteur critique du succès a été la présence d'un gestionnaire de cas qui contrôlait à la fois et le choix des services et le budget.

Une série d'études analysent l'effet du «case management» sur la gestion des services de santé mentale. Certains auteurs font une distinction entre «standard case management» et «assertive case management». Ce dernier type se distingue du premier sur quatre aspects: (1) il y a un nombre plus faible de clients par gestionnaire, (2) la gestion du cas est sous responsabilité d'une équipe plutôt que d'un individu, (3) l'accent est mis sur l'atteinte de résultats en terme de satisfaction des besoins et (4) l'équipe doit fournir la plupart des services au lieu de référer le patient (Marshall et Lockwood, CL 2000).

De Cangas (SMQ 1994) a publié une évaluation d'un programme d'«assertive case management» pour les personnes souffrant de problèmes mentaux. Comparativement aux personnes suivies par un programme hospitalier, ceux sous la gestion de cas ont eu de meilleurs résultats en termes de leur vies professionnelle et sociale, moins des symptômes, moins de récidivisme et des durées d'hospitalisation plus courtes. De plus, les coûts généraux du programme de gestion de cas ont été inférieurs aux coûts du programme hospitalier.

Huguelet *et al.* (LE 1997) rapportent que les patients psychiatriques chroniques, un an après l'implantation de la gestion de cas, présentaient des améliorations significatives par rapport à différents symptômes cliniques et par rapport à l'adaptation psychosociale.

Marshall *et al.* (CL 2000), dans le cadre de l'Initiative Cochrane pour une médecine basée sur des données probantes, ont fait une méta-analyse de plusieurs essais randomisés qui

comparaient la gestion de cas standard à d'autres types de soins communautaires en santé mentale. Dans la comparaison, la gestion de cas assure le contact d'un nombre plus grand de clients avec les services psychiatriques que les autres types de soins. Par contre, la gestion de cas augmente le taux d'hospitalisation et, semble-t-il, les durées de séjour et les coûts des soins. De plus, il n'y a aucune preuve que la gestion de cas produise des améliorations de l'état mental, du fonctionnement social ou de la qualité de vie des clients. Selon les auteurs, ces données démontrent que la gestion de cas est une approche de valeur douteuse.

Toujours dans le cadre de l'Initiative Cochrane, Marshall et Lockwood (CL 2000) ont fait une autre méta-analyse, cette fois en comparant l'«assertive community treatment» (ACT) avec la gestion de cas standard, avec d'autres types de soins communautaires et avec les services hospitaliers de réadaptation. L'insuffisance de données n'a pas permis de tirer de conclusion sur les différences entre les deux premiers types de gestion de cas, en termes de nombre de personnes maintenues en contact avec les services, de taux d'hospitalisation et de résultats cliniques ou sociaux. En ce qui concerne la durée des hospitalisations, les clients des programmes ACT sont restés moins longtemps à l'hôpital et donc les coûts hospitaliers ont été moins élevés. Par contre, les coûts totaux des programmes ACT et des programmes standards de gestion de cas ont été similaires.

Par rapport aux soins communautaires, les programmes ACT favorisent le contact des clients avec les services et sont associés à des taux d'hospitalisation et de durées de séjours moins élevés. De plus, les conditions d'hébergement, la situation d'emploi et la satisfaction sont meilleures pour les clients des ACT. En ce qui concerne l'état mental et le fonctionnement social, il n'y a pas de différences entre les deux groupes. Les coûts hospitaliers sont moins importants pour les programmes ACT, mais les coûts totaux sont équivalents entre les deux types de programmes.

En comparaison avec les services de réadaptation hospitalière, les programmes ACT se révèlent plus efficaces pour maintenir le contact avec les clients, pour éviter les hospitalisations et pour réduire les durées de séjour. En termes de résultats cliniques, la seule différence est la plus grande probabilité pour les clients ACT de vivre de façon indépendante. En ce qui touche les coûts, les données ne sont pas concluantes.

En conclusion, Marshall et Lockwood (CL 2000) affirment que l'«assertive community treatment» est une approche efficace qui réduit les coûts des hospitalisations et qui, en même temps, améliore les résultats cliniques et la satisfaction des clients.

Ziguras et Stuart (PS 2000) ont publié une réplique aux méta-analyses de Marshall et collègues. Ils ont, toutefois, élargi le critère d'inclusion des écrits recensés pour tenir compte des

études qui comparent l'ACT et le «standard case management» avec les types traditionnels de traitement des personnes souffrant de problèmes mentaux. Les conclusions de ces auteurs sont bien différentes de celles de Marshall et collègues. Pour eux, aussi bien la gestion de cas standard que l'ACT, en comparaison avec les services traditionnels, améliorent la symptomatologie, le fonctionnement social et la satisfaction des clients. De même, ces deux approches réduisent également les coûts totaux des soins. L'unique différence se situe dans les taux d'hospitalisation et les durées de séjour, plus faibles dans l'ACT que dans la gestion standard de cas. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les programmes ACT incluent fréquemment la réduction du nombre d'hospitalisations comme un objectif majeur.

Enfin, quel est le sens de la gestion de cas ?

Fondamentalement, le sens est donné par la recherche d'une meilleure qualité de soins grâce à l'accompagnement individuel des patients. Surtout utilisé pour prendre en charge les personnes en perte d'autonomie, cette approche exige souvent l'implication des intervenants, au-delà de la coordination des services de santé, dans la gestion des problèmes sociaux des patients. La garantie de l'efficacité et de la qualité des soins est imputable au gestionnaire de cas. Pour cela, il doit assurer l'intégration multidisciplinaire et la continuité des soins. Finalement, le contrôle de coûts est aussi un élément présent dans le sens de la gestion de cas.

Ce sens de la gestion de cas présente plusieurs points de convergence avec le sens de la gestion par programme. L'idée d'améliorer la continuité des soins par exemple, est importante dans les deux approches. De même, le but de mieux adapter l'offre de services aux besoins spécifiques de la clientèle est commun aux deux. L'idée d'avoir des gestionnaires imputables pour des groupes définis de patients est aussi partagée par la gestion de cas et la gestion par programme. L'objectif de contrôler les coûts des services est peut-être plus accentué dans la gestion par programme que dans la gestion de cas, mais il fait partie également de la gestion de cas.

7.7. La gestion de la qualité

«Quality management» est l'expression la plus présente parmi les articles répertoriés dans PubMed à partir des mots «program management». Cela reflète, peut-être, le fait que la gestion de la qualité, particulièrement celle qui découle du «mouvement de la qualité totale», a été probablement l'approche de gestion la plus populaire durant les années 90 (Cole, CMR 1998; De Cock et Hipkin, JMS 1997).

Cole (CMR 1998) résume bien ce que l'on comprend par «gestion de la qualité»: le fait de tout faire pour augmenter la satisfaction des clients présents et futurs. Les attitudes qui favorisent l'atteinte de cette satisfaction constituent le «nouveau paradigme de la qualité»: une orientation vers le marché qui implique un effort pour intérioriser dans l'organisation, les préférences des clients; un langage commun à l'ensemble de l'organisation pour l'identification et la résolution de problèmes, une forte stratégie compétitive, l'implication de tous les employés dans les processus d'amélioration de la qualité; la concentration sur la prévention d'erreurs; une méthodologie bien définie de résolution de problèmes; des activités de formation de personnel cohérentes avec les principes de l'amélioration continue de la qualité; l'intégration de ces principes dans le système organisationnel du contrôle des objectifs, des plans et des actions; un accent sur la coopération inter-fonctionnelle; et l'anticipation des besoins des clients avant même qu'ils en soient conscients.

Quant aux écrits sur la gestion de la qualité appliquée au domaine de la santé, nous en avons repéré dix-sept. De cet ensemble, nous présentons ci-dessous les onze publiés dans des périodiques avec comité de pairs.

Haddad *et al.* (Rupt 1998) identifient le concept de gestion de la qualité au «modèle industriel» d'organisation des services, caractérisé comme celui «de la firme moderne évoluant dans un environnement compétitif et dont les propriétaires et les employés sont censées solidairement être animés par un projet collectif: celui de répondre aux besoins et aux attentes de ceux que l'on considère désormais non plus comme des patients et des bénéficiaires mais comme consommateurs».

Selon Berwick (OPS 1991), la gestion de la qualité a évolué des systèmes de contrôle de la qualité à des approches d'amélioration de la qualité. Les systèmes de contrôle étaient basés sur l'inspection et la détection à posteriori des erreurs, tandis que les approches d'amélioration sont centrées sur la prévention des erreurs. La gestion de la qualité représente l'élargissement de l'approche de l'amélioration de la qualité à l'ensemble des politiques et pratiques de l'organisation.

Les médecins semblent voir avec scepticisme l'apport de la gestion de la qualité. Du moins, telle est l'opinion de Blumenthal (NEJM 1996) qui exhorte ses collègues à la regarder sans préjugé mais avec un sens critique. Pour cet auteur, la gestion de la qualité utilise des techniques valides, fiables et utiles pour mesurer et améliorer la qualité des soins. L'implication des médecins est d'autant plus importante qu'il y a un risque de détournement de la gestion de la qualité par ceux qui ne s'occupent que des intérêts financiers.

La gestion de la qualité de plus en plus s'institutionnalise dans le domaine de la santé. Un bon exemple est le guide du Conseil canadien d'agrément de services de santé (Canada, 2001) qui inclut plusieurs indicateurs de qualité des services. Un autre exemple est l'inventaire de mesures proposé par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* pour évaluer la qualité des services de santé mentale (Hermann *et al.*, MCRR 2000). De telles mesures sont sensées évaluer: la pertinence du traitement, la continuité des soins, l'accessibilité, la coordination, la détection précoce et la prévention.

Un grand nombre d'études ont été conduites pour évaluer l'introduction de cette approche dans les établissements de santé.

Hughes (QRB 1992), dans un texte publié dans le périodique officiel du *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, affirme que l'adoption des techniques de la gestion de la qualité totale dans un hôpital de la Floride a entraînée une économie de plusieurs milliers de dollars. Dans cette expérience, le rôle joué par le comité médical de la qualité aurait été central.

La gestion de la qualité totale doit être conçue, selon Skafel et Collins (HCMF 1993), comme une stratégie de changement organisationnel et non simplement comme un «programme spécial». Les leaders des organisations doivent savoir motiver et valoriser le personnel et comprendre les dynamiques de la transformation socio-économique. De cette façon, ils seront capables d'influer sur la culture organisationnelle et de contribuer à la réussite du changement.

Richards (BMJ 1994) analyse l'expérience d'un hôpital de l'État américain de l'Utah. Dans ce cas, l'implication de tous, patients, professionnels et gestionnaires, se révèle être un facteur fondamental du succès de la gestion de la qualité. L'auteur conclut que l'évaluation de la qualité des services doit prendre en compte le processus de soins (la variation des pratiques), les résultats cliniques (la morbidité et la mortalité), la satisfaction des patients et les coûts.

Pour Minvielle (JQHC 1997), la gestion de la qualité a comme préalable la nécessité d'implanter de nouvelles méthodes organisationnelles capables de répondre aux changements actuels des processus de soins. La flexibilité d'une organisation, c'est-à-dire, sa capacité de s'adapter à l'incertitude, est une composante essentielle d'une approche de gestion de la qualité, qui est adéquate pour les organisations vivant dans des contextes instables.

Landon et Epstein (JAMA 1999) comparent les initiatives d'amélioration de la qualité prises par les assurances de santé à but lucratif, qui participent au programme *Medicaid* avec celles prises par les assurances gérées directement par *Medicaid*. En général, aucun parmi ces types d'assurance ne montre de succès significatifs dans l'amélioration de la qualité. En fait, il n'y a pas de différences en ce qui concerne la collecte et la diffusion d'indicateurs de performance, la désignation des secteurs spécifiques pour l'amélioration de la qualité et l'utilisation de

programmes de gestion pour les maladies les plus fréquentes dans la population servie par *Medicaid*.

Lozeau (Rupt 1999) analyse l'implantation de la gestion de la qualité totale (GQT) dans les hôpitaux du Québec au Canada. Il conclut que certains hôpitaux se sont contentés d'adopter une simple façade de programme de GQT. Par ailleurs, même dans les hôpitaux où de réelles tentatives ont été faites pour se doter d'un tel programme, la tendance à s'orienter en fonction des demandes bureaucratiques de leur environnement institutionnel a été dominante. Un tel comportement peut être compris si on prend en compte le fait que la GQT est essentiellement une approche orientée vers la satisfaction du client. Cette orientation est justifiée par le fait que la survie à long terme d'une organisation tient à sa capacité d'attirer et de conserver les clients qui sont sa grande source de revenus. Or, cette logique s'applique peu dans le cas des hôpitaux publics comme ceux du Québec dont le financement ne dépend pas de la captation de la clientèle.

La vérification des organismes régulateurs, l'insatisfaction des clients et la conscience des écarts entre les pratiques idéales et réelles sont considérées par Hermann *et al.* (MCRR 2000) comme intensifiant les pressions pour l'amélioration de la qualité des services de santé. Les réseaux intégrés de services, la technologie de l'information et l'émergence de modèles pour faciliter le changement ont fourni à la gestion de la qualité le cadre pour évaluer et améliorer la performance clinique, opérationnelle et financière des organisations de santé.

Scanlon *et al.* (MCRR 2000) rapportent les résultats des entrevues avec les dirigeants de 24 compagnies de *managed care*. Ces organisations ont pris une série de mesures managériales pour améliorer la qualité de leurs services: l'implication des conseils d'administration dans la surveillance du dossier qualité, l'engagement direct des hauts dirigeants et l'adoption de guides de pratiques définis par les propres médecins.

Somme toute, quel est le sens de la gestion de la qualité ?

Indépendamment des succès ou des échecs de son implantation dans les établissements ou les compagnies d'assurance de santé, le sens de la gestion de la qualité est donné surtout par la préoccupation de satisfaire le client. Cette satisfaction est vue comme la source de la «loyauté» des consommateurs aux produits ou services fournis par l'organisation et donc comme la garantie de la survie dans le marché. La préoccupation avec la qualité de soins est une composante des efforts faits pour plaire aux clients.

La participation du personnel et des clients est aussi vue comme élément essentiel de cette approche. De fait, la motivation et l'engagement des employés sont essentiels à l'atteinte de la satisfaction des clients. C'est cela qui justifie l'accent mis sur la nécessité de mesurer

objectivement la performance de l'organisation en termes de qualité sur les plans clinique, administratif et de la satisfaction des patients.

L'efficience, la réduction de coûts et la productivité font également partie du sens de la gestion de la qualité. Cependant, contrairement aux approches qui misent sur la coupure des dépenses pour atteindre ces objectifs, la gestion de la qualité met l'accent sur la prévention des erreurs et sur la mise en place de meilleurs processus de travail.

Le sens de la gestion de la qualité est très large. En effet, il est très difficile de définir la qualité. Les indicateurs utilisés pour la mesurer sont plutôt des proxy de la qualité. Ce qui est plus intéressant de remarquer, cependant, c'est le fait que la gestion de qualité est souvent comprise comme étant plus qu'une approche de gestion: une nouvelle culture organisationnelle. Il s'agit d'une approche qui pourrait s'apparenter à une idéologie, c'est-à-dire, un ensemble de valeurs et de croyances.

Dans ce sens, la gestion de la qualité s'éloigne de la gestion par programme. Cette dernière n'a pas la force d'une idéologie. Pourtant, la satisfaction des clients, l'élément central de la gestion de la qualité, fait partie du sens de la gestion par programme. Peut-être que cet élément joue le rôle de composante idéologique de l'approche par programme, à côté des éléments plus pragmatiques comme le contrôle des coûts et l'imputabilité des gestionnaires qui, contrairement aux écrits sur la qualité, assument l'avant-scène dans les écrits sur la gestion par programme.

7.8. Les soins centrés sur le patient

«Patient-centered care» et «patient-focused care» sont des expressions souvent citées dans la recherche dans PubMed avec les mots «program management». Ces expressions, considérées comme synonymes par PubMed, apparaissent dans les titres et/ou les résumés de plusieurs articles publiés entre 1990 et 2000.

La formulation du terme «patient-focused care» est souvent attribuée à une firme de consultation américaine (Watson *et al.*, NAQ 1991; Bridger, AJN 1992; Townsend, NM 1993; Buchan, NS 1995; Millar, LIQ 1996; Seago, JNA 1999). Il s'agit donc d'un terme dont l'origine est clairement professionnelle et non-scientifique. Pourtant, dès qu'une expression est très utilisée dans des écrits scientifiques, il faut en connaître le sens, en commençant par savoir ce qu'en disent ses «créateurs».

J. P. Lathrop est le vice-président de la firme de consultation qui a formulé l'expression «patient-focused care». Sous son nom, nous avons trouvé dans PubMed dix écrits, dont tous discutent du «patient focused-care». L'écrit le plus ancien a été publié en 1979 et le plus récent,

en 1996. En 1993, Lathrop a publié un livre intitulé «Restructuring Health Care: The Patient Focused Paradigm».

Dans deux articles (Lathrop, HCFJ 1991; Lathrop *et al.*, JSHS 1991), l'émergence du concept de «patient-focused care» est décrite. La firme de consultation a réalisé un projet de recherche opérationnelle dans douze hôpitaux américains. Le but de la recherche était d'identifier les vrais causes des coûts hospitaliers. Les résultats montrent que seulement 16% des dépenses sont réalisées dans des activités caractérisées comme des soins médicaux - un examen de radiologie, une injection, une opération chirurgicale, etc. Par contre, 49% des coûts sont liés à des activités de planification, de coordination et de documentation. Ces activités sont actuellement nécessaires car les services hospitaliers sont très fragmentés. En fait, cette fragmentation est le principal responsable de la mauvaise qualité et des coûts élevés des services hospitaliers. Il devient donc évident que les économies d'échelle faites grâce à la centralisation des services sont rapidement estompées par l'ampleur qu'ont pris les coûts de coordination et de planification. Selon Lathrop, le problème se situe au niveau de la structure organisationnelle.

En général, les hôpitaux sont structurées sur la base de nombreuses unités de nursing, entourées par une série de services centralisés. Ces unités sont conçues pour soigner le patient le plus malade, avec les besoins les plus complexes. Cette structure traditionnelle néglige le fait que de la plupart des services fournis aux patients sont routiniers et que c'est l'exploitation des différences - et non l'encadrement forcé de tous les patients dans une même structure - qui détermine l'efficacité des opérations.

L'approche «patient-focused care» (PFC) vise à résoudre ces problèmes. Son principe fondamental est que les soins médicaux doivent dominer la structure de coûts hospitaliers. On peut utiliser la prévisibilité de besoins, la durée de séjour, les activités quotidiennes, la consommation de services et autres facteurs pour regrouper les patients. Ainsi:

- Le personnel auxiliaire, indépendamment de sa formation de base - infirmières, techniciens de laboratoire, diététistes, etc. - est formé pour fournir 90% des services nécessaires aux patients;
- Les tâches accomplies par le personnel auxiliaire comprennent l'admission des patients, la codification des dossiers, le changement du linge, la fourniture de repas, la réalisation de tests de laboratoires, le contrôle de signes vitaux, les phlébotomies et l'administration de la médication;
- C'est l'objectif de faciliter la vie des patients et des médecins et non celle des départements centraux qui détermine la forme de prestation des services auxiliaires;

- Les soins obéissent à des protocoles et seulement les exceptions à la règle sont enregistrées dans les dossiers;
- La continuité des soins est assurée, et les patients n'interagissent qu'avec un nombre limité de personnes;
- La satisfaction des patients, des médecins et des employés est considérablement améliorée;
- La qualité est améliorée;
- La réduction permanente de 20% du personnel est viable.

Selon Lathrop, les expériences-pilotes, réalisées par sa firme, démontrent que l'approche PFC donne les résultats attendus. Évidemment, l'implantation de cette approche n'est pas simple. Deux difficultés majeures existent: l'instauration de nouvelles pratiques professionnelles et le licenciement d'un nombre non négligeable d'employés. Pourtant, ce ne sont pas des difficultés insurmontables.

En 1997, la revue *Holistic Nursing Practice*, un périodique professionnel mais doté d'un comité de révision par les pairs, a publié un numéro spécial consacré à l'approche «patient-focused care». Selon l'éditrice de la revue, cette approche vise à centrer les services sur les besoins de patients de manière efficiente et efficace. Toutefois, le PFC n'est pas une méthode standard d'offre de soins, mais plutôt une notion complexe dont les formes concrètes dépendent du contexte de la pratique (Donnelly, HNP 1997).

Pour Jones (HNP 1997a), l'organisatrice du numéro spécial, les objectifs du PFC sont de: (1) répondre à la demande croissante pour des services ambulatoires, (2) augmenter l'efficacité des services, (3) améliorer l'accessibilité, (4) réduire les coûts, (5) augmenter le flux d'information, (6) augmenter la satisfaction des patients et du personnel, (7) améliorer la continuité et la qualité des soins et (8) atteindre des résultats cliniques optimaux.

Le PFC se définit comme une philosophie dont les principes orientent la restructuration de l'offre de services et promettent la réduction des coûts à partir des modifications dans l'organisation des ressources, du personnel, des équipements et des installations (Johnston et Cooper, HNP 1997). Une fois implanté, le PFC aura amélioré la satisfaction des clients et du personnel et aura créé une organisation apprenante, capable de s'adapter aux changements rapides dans les systèmes de santé.

La collaboration multidisciplinaire est une des pierres angulaires du PFC (Jones, HNP 1997b).

Il y a, toutefois, quelques pièges à éviter dans l'implantation du PFC: la contamination du processus d'implantation par la nécessité de réduire le personnel, le manque d'appui au personnel pendant le changement, la perte de l'engagement administratif et le refus d'investir les fonds

nécessaires. Ces pièges sont évités avec la participation de toutes les parties concernées dès le début du processus (Birchall, HNP 1997).

Évaluant l'impact de l'implantation des principes du PFC sur les services de soins respiratoires, Kimble (HNP 1997) considère que le regroupement de patients par diagnostic, la décentralisation des services et la polyvalence du personnel ont donné des résultats positifs.

Des résultats mitigés ont été trouvés par Jones *et al.* (HNP 1997). L'évaluation de la ré-ingénierie d'une unité hospitalière selon la philosophie du PFC a révélé que la collaboration multidisciplinaire s'est réduite en raison d'un changement des rôles des employés; les coûts totaux n'ont pas changé, mais se sont déplacés des départements aux unités. Par contre, la durée d'hospitalisation s'est réduite et la satisfaction des patients et des prestataires de services a augmenté.

Pour Williams (HNP 1997), le PFC n'est plus ni moins que des soins infirmiers holistiques. Dans son étude, la perception par les patients des bons soins infirmiers a diminué leur degré d'anxiété.

Plusieurs d'autres revues, surtout en sciences infirmières, ont aussi publié des articles sur le «patient-focused care». Ci-dessous, nous en présentons quelques-uns parus dans des périodiques avec comité de lecture.

Moffitt *et al.* (HNSA 1993) rapportent les résultats d'une évaluation de l'implantation de l'approche PFC dans un hôpital du Nebraska, aux États-Unis. La satisfaction de la clientèle, du personnel et des médecins est plus élevée après qu'avant l'implantation de l'approche par programme. En outre, le temps consacré aux soins directs aux patients a été augmenté, tandis que celui consacré à l'admission a été diminué.

Buchan (NS 1995) définit un hôpital «patient-focused» comme ayant les caractéristiques suivantes:

- L'utilisation de protocoles multidisciplinaires des soins est la base de l'offre de services;
- Il y a un dossier unique ou partagé par patient;
- Les patients avec besoins similaires de services sont regroupés;
- Des équipes multidisciplinaires sont mises en place;
- L'accent est mis sur le développement d'habiletés multiples chez les membres des équipes;
- Les services d'appui diagnostique et thérapeutique sont décentralisés;
- Les installations doivent permettre l'accomplissement des éléments ci-référés.

En conclusion, cet auteur affirme que, malgré le fait d'être théoriquement attirante, l'approche «patient-focused» n'a pas encore prouvé qu'elle était capable de produire les résultats promis.

Jones *et al.* (NE 1997) identifie les facteurs culturels liés à l'implantation de l'approche PFC. Parmi les facteurs favorables, se trouvent la valorisation du travail d'équipe, la flexibilité, la reconnaissance de l'influence du marché et l'expérience préalable avec une gouverne partagée. Les facteurs non favorables comprennent la valorisation de la hiérarchie, l'orientation vers le contrôle, la forte confiance dans les règles et la valorisation de la syndicalisation ou du rôle académique de l'institution.

Une revue des écrits sur le PFC (Myers, NE 1998) conclut que la définition la plus acceptée de PFC est celle d'un modèle qui essaie d'intégrer les valeurs et la culture organisationnelles avec les processus opérationnels dans le but de transformer l'institution en une organisation orientée vers le client. Les composants essentiels de l'approche sont au nombre de trois: le regroupement des patients similaires, le rapprochement des services vers les patients et la formation des équipes multidisciplinaires.

L'impact de l'adoption de l'approche PFC sur les soins infirmiers d'un centre hospitalier universitaire de la côte ouest américaine est décrit par Seago (JNA 1999). En général, on ne voit pas de changement majeur. Les modifications perçues comprennent, du côté positif, la diminution des erreurs de médicaments, et du côté négatif, l'augmentation des ulcères de pression. Le niveau de satisfaction des patients n'a pas changé. Par contre, les infirmières sont moins satisfaites après l'introduction de l'approche. Finalement, les coûts liés au personnel ont augmenté. Il faut toutefois souligner que l'adoption du PFC s'est déroulée à un moment où l'hôpital connaissait une fusion avec trois autres institutions. Il est donc raisonnable d'attribuer les résultats obtenus à l'ensemble des transformations vécues.

Nous analysons par la suite les écrits qui utilisent l'expression «patient-centered care» (PCC).

Bensing *et al.* (PEC 2000) affirment que la pratique médicale se dirige vers l'approche «patient-centered care». Il s'agit d'un modèle de soins où la prise de décision est partagée entre le médecin et son patient. La prise en compte de trois faits auparavant négligés expliquerait ce changement: le patient est l'«expert» en ce qui concerne son problème; les personnes ont des préférences individuelles; les soins aux maladies chroniques dépendent plutôt de la capacité du patient d'y faire face que des interventions directes du médecin.

Apparemment, «patient-centered care» est un pléonasme du fait que la médecine est par définition centrée sur le patient. Toutefois, la pratique médicale a évolué pour se transformer en un domaine très complexe, où les enjeux technologiques, économiques et organisationnels sont nombreux. Pris dans ces enjeux, les patients perdent parfois le rôle d'acteur principal, d'où la pertinence et l'importance de discuter de ce concept.

Une manière d'entamer le débat est de comparer le concept de PCC à ces options. Stewart (1996 *apud* Bensing, PEC 2000), par exemple, l'oppose à «disease-centered care». Dans ce sens, centrer les soins sur le patient signifie que tous les besoins de la personne sont pris en compte, aussi bien les aspects biomédicaux que les aspects psychosociaux. Byrne et Long (1976 *apud* Bensing, PEC 2000), à leur tour, opposent «patient-centered medicine» à «doctor-centered medicine». Dans ce deuxième sens, centrer les soins sur le patient signifie assurer aux patients leur droit de décider ce qui doit ou ne doit pas être fait en termes de procédures diagnostiques et thérapeutiques.

En fait, pour Bensing, les deux sens sont complémentaires. Une médecine centrée sur le patient signifie que le médecin a les habiletés nécessaires pour voir son client comme un individu complexe et non simplement comme le porteur d'une maladie et aussi comme une personne capable de prendre des décisions.

Lutz et Bowers (SINP 2000) font une revue des écrits sur le PCC dans le but d'identifier les interprétations existantes sur ce concept. Répondre aux besoins des patients est l'élément commun, présent dans toutes les définitions du terme «patient-centered care». Cependant, il y a, au moins, deux interprétations de la signification de «répondre aux besoins».

Dans plusieurs écrits, l'approche PCC est traduite comme la réorganisation de l'offre de services autour des besoins du patient. Ici, les «besoins» des patients sont établis par les professionnels. Les stratégies d'implantation de cette version de PCC incluent la réorganisation du processus de travail, l'entraînement la formation de personnel polyvalent, la gestion de cas et les guides de pratique. Les buts sont la réduction des coûts et l'amélioration des résultats cliniques à travers la simplification des processus de travail et l'élimination du gaspillage et de la duplication de tâches. Cette interprétation est dominante dans les écrits sur le *managed care*.

Un autre ensemble d'écrits traduit le PCC comme l'écoute des besoins, des manques, des préférences, des priorités et des attentes du patient. C'est une approche aux soins médicaux qui essaie d'adopter consciemment la perspective du client. Cependant, comment on peut organiser les services pour respecter le point de vue du patient est moins évident. Les obstacles sont énormes. D'abord, les personnes malades perdent toujours un certain degré d'autonomie et d'autodétermination. Deuxièmement, les personnes ne souhaitent pas toujours prendre des décisions sur les soins qu'elles doivent recevoir. Troisièmement, les choix des patients peuvent être en contradiction avec les recommandations de la bonne pratique professionnelle.

Cox (SINC 2000), dans un commentaire sur l'article de Lutz et Bowers, remarque que l'appui affectif, l'apport de l'information, l'offre de la possibilité de prendre une décision et la

compétence technique sont les meilleures façons par lesquelles un professionnel de la santé peut adopter l'approche PCC dans son interprétation humaniste.

La version humaniste de l'approche «patient-centered care» est partie intégrale des soins de longue durée, selon Miller (HCFR 1997). Les informations sur les options de traitement doivent être fournies de façon systématique et attentionnée aux patients et aux membres des familles. Les services doivent être réorganisés, ainsi que leurs modes de paiements, pour permettre la prise en compte des préférences des patients. Cependant, des pressions venues du marché et des organismes régulateurs peuvent compromettre la capacité des professionnels à respecter les options des clients et de leurs familles.

Quels sont finalement les sens des expressions «patient-focused care» et «patient-centered care» ?

L'approche «patient-focused» signifie le regroupement des patients selon une logique permettant de réduire les coûts et d'améliorer le rendement de l'hôpital. Comme les hôpitaux sont des industries à forte densité de main d'œuvre, la diminution des coûts dépend surtout de la meilleure utilisation du personnel. La stratégie principale pour améliorer l'utilisation du personnel est la substitution d'une variété d'occupations par un seul type de travailleur polyvalent. De plus, la diminution des tâches administratives accroît l'efficacité du travail du personnel soignant. Pour accomplir ces stratégies, la décentralisation et la coordination des services hospitaliers sont indispensables.

La qualité des soins est aussi une composante du sens de l'approche PFC. En effet, un service mieux coordonné et une relation étroite entre le soignant et le patient contribuent à répondre aux besoins des patients et à assurer la continuité des soins. La satisfaction des clients est, en conséquence, plus grande. Par ailleurs, l'utilisation de protocoles cliniques et le travail en équipe multidisciplinaire augmentent l'efficacité des actes professionnels.

L'expression «patient-centered care», à son tour, n'a pas un sens unique. Un certain nombre d'auteurs lui donnent un sens identique à celui de «patient-focused care». D'autres, par contre, la définissent comme l'attention à la complexité bio-psycho-sociale du patient et comme la prise en considération de l'opinion du patient dans le processus de décision médicale. Pour ces derniers, le respect à la complexité humaine et le partage du pouvoir de décision sont les seules façons de répondre vraiment aux besoins des patients.

Dans cette deuxième interprétation, la préoccupation de réduire coûts ne fait pas partie de du sens de PCC. Au contraire, les pressions pour diminuer les dépenses sont vues comme des barrières à l'adoption de l'approche. Il faut dire, toutefois, que cette compréhension humaniste du

sens de «centrer les soins sur le patient» reste au niveau des valeurs et a de la difficulté à se traduire en propositions plus concrètes d'organisation de services.

Par rapport à la gestion par programme, le PFC et le PCC se positionnent différemment.

Le sens du PFC est très proche du sens de la gestion par programme. En effet, le regroupement de la clientèle est l'élément central dans les deux approches. La recherche du contrôle des coûts des services hospitaliers est également commune à la signification des deux approches, de même que la décentralisation des services techniques d'appui. En outre, la référence à l'interdisciplinarité, à la qualité des services, à la continuité des soins et à la satisfaction des patients est partagée par les deux modes de gestion.

La principale différence entre les deux approches réside dans la stratégie proposée pour réduire les coûts. Tandis que le PFC met l'accent sur la réduction du personnel paramédical, la gestion par programme met l'emphase sur l'implication des médecins dans les procédures administratives, ce qui s'exprime par la notion d'imputabilité.

En ce qui concerne le «patient-centered care» (PCC), son deuxième sens - celui qui n'est pas identique au sens de «patient-focused care» - est assez éloigné de la gestion par programme. D'abord, il ne s'agit pas de regroupement de patients. De plus, l'idée de contrôle des coûts, capitale dans la gestion par programme, est absente de la signification de PCC. Et, inversement, la discussion sur les préférences des patients, constitutive de l'approche PCC, est absente des écrits sur la gestion par programme. En réalité, dans un de ses sens, le «patient-centered care» ne se place pas au niveau des approches de gestion, mais plutôt au niveau des choix de valeurs morales.

7.9. La ré-ingénierie des organisations de santé

Ré-ingénierie est une autre expression qui apparaît souvent dans la liste d'articles produite par la recherche des mots clés «program management» dans PubMed. Une analyse de quelques articles sur la ré-ingénierie s'annonce donc utile à l'identification du sens du discours scientifique sur la gestion par programme.

Le concept de ré-ingénierie est apparu premièrement dans le domaine de la technologie de l'information. L'idée était de développer des systèmes de gestion reflétant précisément le processus de travail plutôt que les fonctions qui exécutent le processus (De Cock et Hipkin, JMS 1997).

Dans le domaine de la santé, un article, en particulier, semble digne d'attention, compte tenu de son caractère globalisant. Il s'agit du texte de Leatt et collaborateurs (FHSM 1997),

intitulé «Downsizing, Reengineering, and Restructuring: Long-Term Implications for Healthcare Organizations».

Les auteurs partent du principe que l'incertitude et les aléas de la situation économique contemporaine forcent les organisations à chercher des façons de réduire leurs coûts, tout en préservant leurs positions dans le marché et la qualité de leurs services. Pour y arriver, les compagnies adoptent généralement une combinaison de ces trois stratégies: le downsizing, la ré-ingénierie et la restructuration.

Le downsizing représente fondamentalement un essai d'amélioration de la performance grâce à la réduction des coûts de la main-d'œuvre. La ré-ingénierie implique l'abandon des processus de travail courants et la mise en place de nouveaux processus sensés apporter des améliorations significatives à la performance. Et la restructuration signifie l'adoption de nouvelles missions et stratégies organisationnelles, visant normalement à centrer l'organisation sur ses compétences.

Chacune de ces stratégies utilise des moyens différents pour se réaliser.

Le downsizing équivaut souvent à des coupures générales dans le nombre de personnel. Les incitations à la retraite sont un autre moyen de diminuer le nombre de personnel. Un troisième moyen est le contrat à de firmes externes pour fournir, à moindres coûts, des services qui auparavant étaient fournis par des départements de l'organisation elle-même. L'emploi de travailleurs temporaires, qui perçoivent des salaires inférieurs et peuvent être licenciés facilement, est aussi utilisé pour le downsizing. Enlever complètement de l'organisation un de ses niveaux hiérarchiques - par exemple, éliminer tous les postes de vice-président - est encore un moyen de diminuer le coûts de personnel. Finalement, le downsizing peut s'accomplir par le redesign organisationnel. Rarement, toutefois, le redesign est utilisé dans le seul but de réduire coûts.

Trois moyens sont normalement utilisés pour faire de la ré-ingénierie. Le premier est l'implantation de processus de travail plus simples. Ici, on attend une diminution des coûts, mais aussi une amélioration de l'efficacité et de la satisfaction des patients. Un bon exemple de l'implantation d'un processus de travail amélioré est l'introduction de la gestion par programme. La ré-ingénierie peut se faire aussi à travers la définition de nouveaux rôles pour les employés. Cette redéfinition de rôles est orientée surtout par l'intention d'offrir de services centrés sur les patients. Certains hôpitaux, par exemple, donnent une formation pour que leur personnel puisse développer des nouvelles activités, sensées de mieux répondre aux besoins des patients. Finalement, le troisième moyen adopté pour réussir la ré-ingénierie est l'établissement du travail en équipe multiprofessionnelle. Ici encore, l'important c'est de redéfinir le processus de travail autour de tâches interdépendantes qui vont satisfaire les besoins du client.

La restructuration utilise normalement deux moyens pour se réaliser. Le premier moyen est le renouvellement stratégique à partir de la révision des missions organisationnelles. Peut-être que les anciennes missions ne sont plus adéquates pour faire face à la réalité contemporaine. Une fois redéfinie la mission, l'organisation peut alors établir les stratégies pour l'accomplir. Une analyse de ses forces et de ses faiblesses s'impose à ce moment. La restructuration peut aussi s'accomplir par l'élimination de programmes existants ou par l'implantation de nouveaux programmes. Le critère pour maintenir ou créer un programme ou une ligne de produits est fondamentalement lié au fait que ce programme représente ou non un service essentiel ou qu'il reflète une compétence spéciale de l'hôpital.

Les effets globaux de ces stratégies dépendent, en grande partie, du contexte organisationnel. L'environnement géographique, social, politique, économique et légal y jouent un rôle déterminant. Néanmoins, trois aspects contextuels sont particulièrement importants à considérer: la culture organisationnelle, la relation de confiance entre la direction et le personnel et le leadership pendant le changement.

Nous voyons que l'article de Leatt et collègues représente un effort pour clarifier la définition de termes souvent utilisés indistinctement. Ainsi, le downsizing est défini comme une stratégie de réduction de coûts axée sur les coupures de personnel; la ré-ingénierie, comme le changement des processus de travail; et la restructuration, comme la révision de la mission et des orientations stratégiques d'une organisation.

Toutefois, ces définitions ne font pas consensus. Une approche différente est suggérée par Walston et Kimberly (HHS 1997). Ayant perçu que les directeurs des hôpitaux définissaient n'importe quel changement organisationnel majeur comme de la ré-ingénierie, ces auteurs ont décidé de regarder ce qui s'était passé dans la pratique. Plusieurs initiatives ont alors été identifiées comme étant communes à tous les hôpitaux. Ce sont des initiatives qui visaient à optimiser l'utilisation de personnel, le processus de production et la structure organisationnelle, en l'occurrence:

La ré-agrégation de patients consiste à mettre dans une même unité administrative les patients dont les besoins requièrent des ressources et des compétences similaires.

La gestion de ressources cliniques se traduit par la mise en place de guides de pratique et de protocoles de traitement dans le but de diminuer les variations de pratique et stimuler l'utilisation des interventions les plus coût-efficaces.

Les changements dans la structure de gestion, considérés comme un élément important de la ré-ingénierie, représentent des efforts pour réduire la structure hiérarchique. On croit que cela améliore le flux d'information, la coordination et la productivité.

La *décentralisation* est une réponse au manque d'efficience provoqué par la segmentation professionnelle et départementale des services. Chaque unité devient responsable de l'intégration des services qu'elle offre. Le nombre et le type de services décentralisés, toutefois, varient beaucoup d'un hôpital à l'autre.

Le *licenciement de personnel* est largement utilisé et souvent à plusieurs reprises.

Tous les hôpitaux cherchent la *combinaison de compétences* la plus coût-efficace, ce qui implique souvent la substitution de professionnels mieux payés par d'autres dont le travail coûte moins cher, mais qui ont la capacité d'offrir des services d'une qualité comparable. En fait, les recombinaisons de compétences représentent le moyen le plus important pour diminuer les dépenses.

Finalement, *l'élimination des activités non-centrales* est aussi une cible commune à tous les hôpitaux dans leurs stratégies de réduction des coûts.

Cet ensemble de sept composantes sert pour établir une définition pratique de la ré-ingénierie. En effet, ce qui est le plus important c'est de comprendre que dans une stratégie de changement tous ces facteurs doivent être gérés simultanément.

Il est intéressant percevoir que la définition de ré-ingénierie de Walston et Kimberly met ensemble des composantes que Leatt et collègues avaient séparées pour caractériser chacune des trois stratégies de réduction de coûts qu'ils ont identifiées. Cependant, ce qui est plus remarquable c'est la convergence de la relation d'éléments, qui caractérise la réorganisation des hôpitaux pour les deux groupes d'auteurs. La diminution du personnel chez Leatt *et al.* correspond évidemment au licenciement de personnel chez Walston et Kimberly; le changement des processus de travail correspond à la ré-agrégation des patients, à la nouvelle combinaison de compétences et à la décentralisation; et la redéfinition des orientations stratégiques correspond à la distinction entre les activités centrales et les activités secondaires.

Pour saisir le sens du concept de ré-ingénierie, il est intéressant regarder encore ce que disent les écrits qui évaluent les résultats pratiques des processus de réorganisation.

La majorité des études rapportent les effets de la réduction du personnel. Leatt *et al.* (FHSM 1997) citent plusieurs de ces études. Celui de Bruton *et al.* (1996), par exemple, montre que moins d'un tiers de 1005 entreprises qui avaient réduit leur personnel, avaient atteint l'augmentation de profit attendue et que dans la moitié des cas, la diminution du nombre d'employés n'a pas réduit les dépenses au niveau prévu. Hitt *et al.* (1994) affirment que moins de la moitié des compagnies «downsized» ont réduit leurs coûts totaux, et que moins d'un quart ont amélioré leur productivité. Manganelli (1993) affirme que quatre sur cinq essais de ré-ingénierie

ont été vains. Worrell *et al.* (1991) et DeMeuse *et al.* (1994) signalent aussi une association négative entre downsizing et performance.

Leatt *et al.* (FHSM 1997) citent encore d'autres études qui, contrairement à celles mentionnées ci-dessus, montrent des résultats positifs consécutifs à une réorganisation. Caves et Krepps (1993), par exemple, trouvent un rapport positif entre la diminution du nombre de cols blancs et la performance. Cameron *et al.* (1991) et Nohria et Amour (1996) trouvent aussi que, sous certaines circonstances, le downsizing peut améliorer la performance. La condition la plus importante est la simultanéité entre les coupures des coûts et le redesign de l'organisation.

Walston et Kimberly (HHS 1997) affirment que, malgré l'absence de mesures plus objectives, la plupart des dirigeants hospitaliers croient que la ré-ingénierie a donné des résultats positifs. Une autre étude de ces mêmes auteurs (Walston *et al.*, HSR 2000) conclut que, sans efforts d'intégration et de coordination, la ré-ingénierie n'améliore pas la position d'un hôpital en termes de coûts. L'utilisation de comités de gestion et d'équipes de projets et l'implication des leaders influent positivement sur les résultats de la ré-ingénierie.

En résumé, les études évaluatives ne confirment pas les promesses de la ré-ingénierie quand elle se limite aux coupures des dépenses. La réduction du personnel diminue les coûts à court terme, mais non à long terme. Il semble que l'obtention des résultats consistants au plan des coûts dépend de la réussite des processus globaux de restructuration. Pourtant, des études empiriques seraient nécessaires pour confirmer ces affirmations.

Quel est donc le sens de l'expression ré-ingénierie ?

La revue des écrits montre qu'il n'existe pas une définition précise du mot «ré-ingénierie». Néanmoins, elle fournit assez d'information pour établir le sens donné par les auteurs aux processus de restructuration organisationnelle, qu'ils soient désignés ré-ingénierie, restructuration ou downsizing.

Le sens principal de ces processus s'exprime dans l'idée de réduction des coûts. Il s'agit de rien de moins que d'un impératif de survie dans un environnement économique perturbé. Pourtant, les coupures de dépenses, fondamentalement liées au licenciement de personnel, ne sont pas suffisantes pour assurer le succès des stratégies de réorganisation. Il est indispensable qu'il y ait renouvellement des orientations stratégiques et des processus de travail. Les nouvelles orientations stratégiques se traduisent dans des mesures favorisant la concentration sur les activités essentielles et la satisfaction des clients. Les nouveaux processus de travail doivent être plus efficaces et plus efficaces.

Dans le domaine de la santé, en particulier, les idées de regroupement des patients ayant des besoins similaires, de décentralisation, d'intégration des décisions, de coordination des services et d'interdisciplinarité s'ajoutent au sens des processus de réorganisation.

Ce sens est très proche de celui de la gestion par programme. En fait, la gestion par programme est explicitement citée par Leatt et collègues. Dans leur compréhension, il s'agit d'un nouveau mode d'organisation du processus de travail pour accomplir tous ces buts qui donnent le sens à l'idée de ré-ingénierie.

Comme dernière remarque, il est intéressant d'observer que, malgré le nombre élevé d'évaluations négatives, les processus de restructuration centrés sur la réduction du personnel continuent à être souvent déclenchés. Pourquoi ? Peut-être parce que les propositions de ré-ingénierie reposent, au moins en partie, sur des assises blindées à des évidences empiriques. Autrement dit, comme le discours sur la gestion de la qualité, le discours sur la restructuration organisationnelle s'apparente à une idéologie.

7.10. L'organisation matricielle

La dernière expression que nous avons retenue parmi les articles parus dans PubMed est «matrix organization». Comme pour les autres expressions, une analyse de la signification du concept d'organisation matricielle peut être utile à la compréhension du sens scientifique de la gestion par programme.

L'organisation matricielle est un arrangement structurel dans lequel deux formes de départementalisation, par fonction et par produit ou programme, opèrent simultanément. Deux lignes d'autorité coexistent de façon croisée. Toutes les décisions sont prises conjointement par les chefs de départements fonctionnels et par les gestionnaires de programmes. Chaque employé est obligé, par conséquent, de se rapporter au chef fonctionnel et au directeur de produit. Il s'agit, en somme, de la superposition d'un ensemble de relations horizontales à la structure fonctionnelle verticale. C'est le fait que cette structure peut être représentée graphiquement par une grille qui est à l'origine du terme «organisation matricielle» (El-Najdawi et Liberatore, PMJ 1997).

Sont vues comme des avantages de l'organisation matricielle: l'utilisation efficiente de ressources, l'amélioration du flux d'information, la flexibilité, la collaboration entre les experts et l'augmentation de la motivation et de l'engagement des professionnels. Les désavantages sont: les luttes de pouvoir dues au chevauchement d'autorité, les conflits liés à la compétition pour des ressources rares, la lenteur du processus de décision, la difficulté d'accompagnement et de

contrôle, la duplication des tâches administratives et le stress provoqué par l'ambiguïté et par les conflits.

Jay Galbraith (1973) est souvent cité comme le premier à discuter de l'organisation matricielle. Dans son livre, il argumente que la meilleure façon de structurer une organisation est contingente au degré d'incertitude et à la diversité des tâches. L'incertitude est la différence entre la quantité d'information requise pour réaliser une tâche et la quantité disponible au préalable. Plus grande est l'incertitude, moindre est la possibilité de pouvoir planifier de façon anticipée et plus grande est la quantité d'information à être traitée pendant l'exécution de la tâche.

Si l'environnement est complexe et dynamique et le volume d'information devient excessif, les firmes sont forcées d'adopter des formes organisationnelles qui réduisent la quantité d'information nécessaire ou qui augmentent la capacité de traitement de l'information.

L'établissement d'unités indépendantes, qui intègrent toutes les ressources nécessaires pour exécuter leurs tâches, est une stratégie qui permet de réduire le besoin d'information. Ces unités ont peu de ressources à partager les unes avec les autres et donc requièrent moins d'échanges d'information. Le problème est que cette option peut s'avérer trop coûteuse.

Pour augmenter la capacité de traitement d'information, la création des relations latérales est la stratégie appropriée. Il y a au moins sept formes de relations latérales, qui sont, de la plus simple à la plus complexe: les contacts directs informels, les rôles de liaison, les groupes-tâches, les équipes permanentes, les rôles d'intégrateur, les gestionnaires de liaison et le design matriciel.

Les trois premières formes de relation latérale sont relativement simples et généralement temporaires. Les équipes permanentes représentent un mode de relation latérale approprié aux situations de complexité moyenne en ce qui concerne le besoin de traitement d'information. Quand l'incertitude devient vraiment importante, les organisations sont obligées d'adopter des formes plus complexes de relation latérale.

L'intégrateur est un «general manager» responsable d'un processus de décision particulier. Dans les manufactures, il est nommé «materials manager». Dans les entreprises qui opèrent avec plusieurs lignes de produit, il est nommé «product manager». Dans les firmes aérospatiales et dans les agences gouvernementales, il est le «project manager» ou le «program manager». Dans les hôpitaux, il est l'«unit manager». Dans tous ces cas, son rôle est de coordonner le processus de décision.

S'il n'a pas de pouvoir formel, l'intégrateur exerce son influence à travers son expertise et son accès privilégié à la source du pouvoir organisationnel - la haute direction. Pourtant, parfois le pouvoir d'expert lié à la haute direction n'est pas suffisant. Il faut donc donner à l'intégrateur un pouvoir formel sur toutes les activités d'un programme. Il devient alors un vrai

gestionnaire qui approuve les décisions, participe à la planification et contrôle le budget. Souvent, toutefois, ce gestionnaire n'exerce pas de contrôle sur la gestion du personnel.

Si l'organisation requiert que des ressources très spécialisées soient bien intégrées, elle doit augmenter encore plus le pouvoir de l'intégrateur, en lui accordant la responsabilité de gérer le personnel. Les travailleurs passent donc à une situation où ils ont deux chefs: c'est l'organisation matricielle.

Galbraith conclut son livre sur une discussion sur le rôle de l'autorité dans les organisations matricielles. L'unité de commande est un principe classique de l'administration contredit par ses recommandations. Ce principe est un héritage des connaissances administratives tirées du domaine militaire. Si on pense aux organisations non militaires, la multiplicité de commande ne pose pas de problèmes. Au contraire, l'ambiguïté est une condition inhérente aux situations d'incertitude. Dès qu'il y a un climat de résolution de problème et non de compétition entre les membres de l'organisation, l'unité de commande n'est pas nécessaire.

Une série d'articles examinent l'application pratique de l'approche matricielle. À partir d'une recherche dans ProQuest Direct, deux articles portant sur le «matrix organization», publiés par des revues avec comité de pairs entre 1990 et 2000, ont été trouvés.

El-Najdawi et Liberatore (PMJ 1997) rapportent les résultats d'une étude portant sur neuf entreprises de l'industrie militaire et aérospatiale. Selon les ingénieurs chefs de projets qui ont répondu à un questionnaire, les désavantages de la structure matricielle sont le manque de clarté dans les lignes d'autorité, les conflits qui en découlent et la lenteur des décisions. Les avantages sont l'intégration des diverses disciplines, l'amélioration du flux d'information et la flexibilité. De plus, le rôle du gestionnaire est considéré comme très important. Les habiletés d'un administrateur les plus valorisées sont la capacité de communiquer et la compétence technique.

Pour ces auteurs, l'organisation matricielle est viable si elle est appuyée par des directeurs de programme hautement performants. Cependant, pour que le chef de programme puisse exercer sa compétence, il faut que lui soit accordé un degré de pouvoir de décision supérieur à celui des chefs fonctionnels, pour tout ce qui concerne le programme. En réalité, l'échec de cette approche provient en général de la non-résolution de conflits entre les directeurs de programme et les chefs de départements.

Ford et Randolph (JM 1992) appellent «structures croisées» les organisations qui créent des lignes multiples d'autorité ou qui utilisent des équipes de travail temporaires. L'organisation matricielle et la gestion par projet sont deux types des structures croisées.

Cinq ensembles de facteurs influent sur la performance de la structure croisée: l'environnement, les caractéristiques organisationnelles, les caractéristiques du personnel, les

tâches à être accomplies et les habiletés du leader. Les effets de chacun de ces groupes de facteurs sur la performance sont identifiés dans une revue d'écrits.

En ce qui concerne le premier de ces ensembles, on suppose que l'organisation matricielle est plus adéquate pour un environnement complexe. Toutefois, les recherches empiriques ne sont pas conclusives à cet égard.

Les études montrent que la caractéristique organisationnelle la plus importante est la culture. Les cultures plus ouvertes aux changements semblent favoriser l'adoption de l'organisation matricielle. Par ailleurs, s'il n'y a pas de définitions claires en termes des lignes d'autorité, l'occurrence des problèmes est probable.

Les tâches varient selon leur complexité, leur diversité et leurs coûts. Pourtant, les recherches ne disent pas quelles tâches sont les plus appropriées à l'organisation matricielle.

Le personnel normalement s'organise en équipes dont les structures, les compositions, les tailles, etc. sont différentes. Pourtant, les effets des caractéristiques des équipes sur l'organisation matricielle ne sont pas révélés par les études empiriques.

Les caractéristiques du leader sont beaucoup étudiées, particulièrement les habiletés techniques, administratives, politiques et de communication. Il y a un consensus sur le fait que le rôle du leader est vital pour le succès de l'organisation matricielle.

En conclusion, Ford et Randolph affirment que même s'il y a encore beaucoup de points qui doivent encore être éclairés, la recherche fournit déjà des renseignements importants pour aider les praticiens. Ces informations font référence à l'importance: de la définition claire de la mission du projet, de l'appui de la haute direction et de l'ajustement de la structure matricielle aux caractéristiques particulières de chaque organisation.

Une autre série d'articles, liée au domaine de la santé, peut être identifiée dans PubMed. Ci-dessous, nous analysons ces articles.

Timm et Wanetik (HNSA 1980) considèrent que les hôpitaux n'ont qu'à gagner avec l'adoption de la structure matricielle. Elle peut être utilisée dans les secteurs qui comportent déjà des liens interdisciplinaires comme l'oncologie, la réadaptation cardiaque et l'obstétrique. Par contre, la matrice n'est pas un arrangement adéquat pour les départements professionnels tels que le nursing, la pathologie ou la pharmacie. La force de l'organisation matricielle réside dans l'addition d'une structure horizontale liant les départements à la structure d'autorité verticale. L'équilibre peut alors s'établir entre l'orientation par les services des départements fonctionnels et l'orientation par les programmes, comme l'exige l'environnement hospitalier.

Ellis et Gaskin (HCMF 1988) suggèrent que les hôpitaux sont trop complexes pour pouvoir être gérés sur la base d'une structure unique. Pour répondre à cette complexité, le

Sunnybrook Medical Centre, à Toronto, a développé trois dimensions organisationnelles indépendantes mais corrélées. Ces dimensions – la structure traditionnelle, l'unité clinique et les programmes – fournissent un lien clair d'imputabilité, faisant des chefs de départements, les responsables de l'efficacité des opérations et des médecins, les responsables des implications de leurs actes sur la performance hospitalière. L'alignement des activités des unités cliniques avec les programmes et avec la mission de l'hôpital assure la cohérence de l'ensemble de la structure organisationnelle.

Burns (ASQ 1989) évalue l'application de la structure matricielle dans 315 hôpitaux américains. Contrairement à ce que soutient la théorie, la diversité et l'incertitude des tâches ne déterminent pas la complexité de la matrice. Il y a des hôpitaux de technologie plus simple qui adoptent des matrices très complexes et vice-versa. En outre, l'organisation matricielle n'est pas une forme de transition vers l'organisation par programme, comme l'affirment certains théoriciens. La stabilité de la forme matricielle peut être expliquée par les coûts élevés d'un éloignement trop grand de la structure fonctionnelle vers une structure par lignes de produit. Une telle transformation implique la duplication du personnel dans une industrie déjà à forte densité de personnel. Le design matriciel semble être plutôt le résultat d'un compromis politique entre les groupes professionnels qui se disputent le pouvoir et le contrôle sur les ressources. Les infirmières acceptent le support administratif offert par la structure matricielle, mais s'opposent à des incursions dans leur domaine. Les administrateurs, d'un autre côté, promeuvent la gestion matricielle dans un effort de rationaliser la prise de décision locale et d'augmenter leur surveillance. Dépendant de l'équilibre de pouvoir entre ces deux groupes, la structure matricielle va être différente dans chaque hôpital.

Dans une autre étude, Burns et Wholey (AMJ 1993) discutent de l'adoption et de l'abandon de l'organisation matricielle dans 1.375 hôpitaux entre 1961 et 1978. L'analyse multivariée révèle qu'une diversité de tâches élevée est positivement associée avec l'introduction de l'organisation matricielle. Toutefois, la diversité n'est pas le seul déterminant. L'imitation des hôpitaux les plus prestigieux, le positionnement de la presse professionnelle et l'acceptation de l'approche dans les réseaux local et régional semblent aussi être très influents. De plus, ce sont les considérations d'ordre politique qui donnent forme aux programmes matriciels particuliers. En ce qui concerne l'abandon de l'organisation matricielle, la diversité réduite de la combinaison de patients y est un facteur déterminant. Par contre, les caractéristiques des réseaux hospitaliers - sa densité, son degré d'hétérogénéité, etc. - n'exercent pas une grande influence.

Allcorn (HHS 1990) perçoit beaucoup de difficultés pour le fonctionnement de la forme matricielle dans le secteur de la santé: confusion sur les rôles d'autorité, manque d'une culture

organisationnelle basée sur la confiance et la collaboration, systèmes de récompense incohérents avec la promotion de comportements adéquats à l'organisation matricielle, absence de l'information opportune et de bonne qualité, rigidité des systèmes de distribution de personnel et manque de vision stratégique de la part de la haute direction. Cependant, ces difficultés ne sont pas insurmontables. En effet, une direction compétente et engagée est capable de faire marcher l'organisation matricielle. De toute façon, des études empiriques sont encore nécessaires pour vérifier l'efficacité de cette approche.

Que peut-on apprendre de cette revue des écrits sur la «matrix organization» ?

D'abord, le sens du concept d'organisation matricielle est donné principalement par l'idée d'augmentation de la capacité de traitement d'informations. Pour accroître la compétence informative, il est nécessaire d'implanter une structure mixte, fonctionnelle et programmatique. Cette structure implique l'existence d'une double ligne d'autorité: les chefs de départements et les directeurs de programme.

Il s'agit, bien entendu, d'une structure complexe et difficile à gérer. Pourtant, c'est la structure la mieux adaptée à un environnement marqué par l'incertitude. Elle favorise l'occupation d'une bonne position dans le marché et l'efficacité des opérations internes.

Deuxièmement, le sens de l'approche matricielle est encore donné par les diverses notions liées à l'implantation de programmes: l'interdisciplinarité, la décentralisation, la coordination et l'intégration des décisions, le contrôle de coûts et l'imputabilité des gestionnaires.

Par conséquent, le sens de l'organisation matricielle est très proche de celui de l'approche par programme. Il y a cependant quelques distinctions entre ces deux approches: la discussion de la structure matricielle se centre sur la capacité de traiter l'information, tandis que la gestion par programme met l'accent sur la formation de programmes. Pourtant, la principale différence entre les deux approches se situe dans le degré du pouvoir accordé aux gestionnaires de programme. Dans l'organisation matricielle, le chef de département et le directeur de programme partagent, dans des proportions plus ou moins égales, le pouvoir de décision. Dans les organisations gérées par programme, les directeurs de programme assument une part plus importante du pouvoir de décision.

Finalement, il faut remarquer que l'organisation matricielle est explicitement liée à un courant théorique. En fait, ce concept est proposé dans le cadre de la théorie de la contingence (Galbraith, 1973). Cette théorie a été élaborée à partir d'un certain nombre d'études empiriques de grande envergure, réalisées dans les années 60 (Burns et Stalker, 1961; Woodward, 1965; Chandler, 1966; Lawrence et Lorsch, 1967 *apud* Galbraith, 1973). De façon générale, elle affirme que les formes organisationnelles sont déterminées par les caractéristiques de l'environnement où

se situent les organisations. Après avoir adopté cette théorie et observé que l'environnement devenait progressivement plus complexe, certains scientifiques actifs dans les années 70, comme Galbraith, ont proposé la matrice comme la structure organisationnelle la plus adéquate pour permettre à l'organisation d'évoluer dans les conditions environnementales alors présentes.

7.11. La décentralisation organisationnelle

Le terme «decentralization» n'est pas présent dans la liste d'articles issue de la recherche des mots «program management» dans PubMed. Cependant, il est très fréquent dans les références bibliographiques des écrits sur la gestion par programme et sur la gestion par ligne de produit. En outre, il est significatif de constater que les expériences de réorganisation des hôpitaux Johns Hopkins et Sunnybrook Medical Center sont décrites, autant dans des articles sur la gestion par produit, que dans des articles sur le «matrix organization» et sur la décentralisation.

Ainsi, étudier les écrits sur la décentralisation devrait contribuer à la compréhension du sens donné à l'approche par programme. Par la suite, nous analysons quelques écrits publiés par des revues dont le caractère scientifique est assuré par la présence des comités de pairs.

Aas (JHPN 1997) définit la décentralisation comme le transfert de pouvoir des hauts échelons vers les niveaux hiérarchiques inférieurs. L'autorité, la responsabilité et le contrôle sur les ressources passent des mains de la direction de l'organisation aux mains des dirigeants des unités internes, semi-indépendants. L'entreprise ressemble plus à une fédération de compagnies qu'à une seule entité.

Selon Hill *et al.* (JMS 2000), la décentralisation est associée à de nouvelles formes d'organisation, incluant: de nouveaux arrangements concernant la responsabilité financière, en particulier la décentralisation budgétaire vers des «centres de profit»; une structure de gestion plus légère et plus imputable; un contrôle moins direct sur les employés; une utilisation plus grande du travail en équipe; et de nouveaux systèmes de récompense des travailleurs, normalement basées sur des mesures de performance. La décentralisation a deux objectifs majeurs. Le premier est de répondre plus efficacement aux changements de l'environnement externe, pour améliorer la compétitivité de la firme. La décentralisation favorise la flexibilité d'organisation, ce qui est essentiel pour une réponse rapide et adéquate aux changements externes. Le deuxième objectif est de couper les coûts superflus et augmenter la productivité, en réduisant le personnel, en particulier dans la haute direction.

Hales (JMS 1999) fait une revue des écrits sur la décentralisation. Pour la plupart des auteurs, la décentralisation signifie le transfert du pouvoir de décision vers les échelons inférieurs

de l'organisation. Néanmoins, la prise de décision est un processus qui comporte plusieurs étapes, à savoir: l'information, l'avis, le choix, l'autorisation et l'exécution. La décentralisation complète signifie que toutes ces phases impliquent la participation de tous les membres de l'organisation. La forme complète étant plutôt rare, la décentralisation peut se réaliser à divers degrés.

D'autres auteurs, par contre, ne considèrent pas que la décentralisation est synonyme de transfert de pouvoir. Pour Vancil (1979 *apud* Hales, JMS 1999), par exemple, la décentralisation signifie l'augmentation de l'imputabilité des gérants gestionnaires pour un ensemble limité d'activités, mais non l'augmentation de leur pouvoir.

Un troisième ensemble d'auteurs pensent que la décentralisation implique non seulement le transfert du pouvoir de décision, mais aussi le transfert d'autres fonctions de gestion comme l'assignation de ressources, la motivation des employés, la coordination et le contrôle du processus de travail.

Malgré ces différences, tous sont d'accord pour dire que le transfert de pouvoir et/ou de responsabilité se fait de ceux qui sont imputables dans l'organisation à un niveau supérieur vers ceux qui sont imputables par rapport à des sous-unités organisationnelles. La question est donc de savoir à quelles sous-unités, ou mieux, à qui sont transférés la responsabilité et/ou le pouvoir. Dans les écrits classiques, la décentralisation impliquait la redistribution de pouvoir de la direction générale vers la direction des grandes divisions de l'organisation. Plus récemment, la discussion est formulée en termes de transfert de pouvoir vers les gérants de petites unités, les «centres de profit».

Dans le domaine de la gestion des services de santé, un événement marquant dans la discussion sur la décentralisation fut l'adoption, en 1973, d'un modèle de gestion décentralisée par l'hôpital Johns Hopkins aux États-Unis. Un rapport de cette expérience, toujours souvent cité, a été publié dans le *New England Journal of Medicine* (Heyssel *et al.*, 1984),.

Dans ce rapport, il est dit que les pressions pour assurer un meilleur contrôle des coûts ont conduit l'hôpital à innover dans la pratique médicale et dans la pratique administrative. En ce qui concerne la première, l'objectif était de réduire les durées d'hospitalisations grâce à la réalisation d'une plus grande proportion de procédures diagnostiques et thérapeutiques sur une base ambulatoire. En ce qui concerne la pratique de gestion, le but était d'y impliquer les médecins, compte tenu du fait que la plupart des coûts hospitaliers sont le résultat des décisions prises par eux.

L'hôpital a décidé de transférer la responsabilité opérationnelle et l'imputabilité financière aux unités formées par les spécialités médicales. Chaque unité est dirigée par un médecin et possède un directeur de nursing et un administrateur. Cette équipe est imputable pour

tous les coûts directs associés à l'opération de l'unité. Les coûts liés au fonctionnement de l'ensemble de l'hôpital sont assignés proportionnellement aux diverses unités. De plus, les unités ont la possibilité d'acheter les services auxiliaires de fournisseurs externes à l'hôpital, ce qui représente une incitation à l'efficacité dans la prestation de services par les départements auxiliaires du propre hôpital.

Dix ans après son implantation, la décentralisation a eu deux conséquences majeures. La première est l'amélioration de la performance financière de l'hôpital. En fait, la croissance des coûts unitaires des services à Johns Hopkins a été inférieure à la moyenne américaine, ce qui n'a pas empêché la croissance du budget global ni l'introduction de nouveaux programmes et de nouvelles technologies. La deuxième conséquence est l'implication effective des médecins dans l'administration de l'hôpital.

Les facteurs-clés de la réussite de la décentralisation ont été la volonté des hauts dirigeants de déléguer l'autorité aux unités fonctionnelles concernant la prise de décision, la réponse positive des directeurs des unités, qui ont assumé leur responsabilité sérieusement, l'appui des infirmières, le développement d'un système d'information adéquat et une communication effective entre l'administration centrale et les unités.

Cette expérience à l'hôpital Johns Hopkins est comparée avec le modèle de gestion décentralisée adopté par le Sunnybrook Medical Centre (SMC) (Smith *et al.*, HM 1989). Comme celui du Johns Hopkins, le modèle du SMC met l'accent sur la participation active des médecins dans les activités administratives, sur la décentralisation budgétaire et sur l'imputabilité des gestionnaires des unités pour ce qui a trait à l'utilisation des ressources.

Les facteurs qui ont précipité la restructuration du SMC ont été, comme dans le cas du John Hopkins, les pressions pour le contrôle des coûts et la reconnaissance de l'influence majeure des décisions cliniques sur les coûts hospitaliers.

Le modèle organisationnel adopté par le SMC est construit autour de trois axes interdépendants, configurant une structure matricielle: la dimension hiérarchique traditionnelle (département de médecine, nursing, pharmacie, finances, etc.), la dimension clinique (chirurgie générale, oncologie, psychiatrie, etc.) et la dimension «programmative» (personnes âgées, cancer, santé mentale, etc.). La dimension traditionnelle est responsable pour le recrutement de personnel et pour les achats. La dimension clinique est imputable pour toutes les activités en rapport direct avec les patients. Et la dimension programmatique assume une fonction d'intégration, en définissant les objectifs en termes de volume et case-mix pour chaque programme. Cette dimension est aussi responsable pour le développement de standards de pratiques.

Les résultats obtenus à Johns Hopkins ont suggéré qu'il y avait un besoin d'apporter deux modifications au modèle original de décentralisation. D'abord, l'effet de la nouvelle structure sur le contrôle des coûts n'était pas très net. Il semblait que des facteurs environnementaux avaient joué un rôle non négligeable. Par conséquent, le SMC a introduit des incitations financières pour que les unités soient motivées à réduire leurs dépenses. Deuxièmement, au Johns Hopkins, l'atteinte d'un niveau satisfaisant d'interdisciplinarité était excessivement dépendante du leadership du directeur de l'unité. Pour contourner cette limitation, le SMC a standardisé les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe de gestion.

En ce qui concerne l'implantation de la structure décentralisée, les points problématiques sont similaires dans les deux expériences: la définition des programmes ou des lignes de produit, le développement de systèmes d'information adéquats, le changement de la culture organisationnelle, l'engagement du leadership et l'implication des médecins.

Finalement, l'orientation programmatique du SMC est vue comme garante de l'équilibre entre les objectifs d'efficience, de contention de coûts et de qualité des soins.

La décentralisation de la gestion des hôpitaux continue à susciter l'intérêt des chercheurs, comme nous pouvons voir dans les quelques études présentées ci-dessous.

Lapointe *et al.* (GRIS 1990) ont évalué un projet pilote de décentralisation administrative à l'hôpital Sainte Justine, à Montréal, au Canada. Les objectifs de la restructuration étaient au nombre de cinq: (1) intégrer toutes les ressources sous une seule direction, (2) recentrer les services sur la clientèle, (3) favoriser une approche multidisciplinaire, (4) rendre les médecins imputables de leurs décisions administratives et (5) rationaliser la gestion de ressources.

Ces auteurs concluent qu'une meilleure identification de la clientèle avec une meilleure réponse à ses besoins s'est mise en place. D'autres résultats positifs ont été l'augmentation de la participation des médecins à la gestion et la clarification des rôles et des tâches. En général, les intervenants sont satisfaits, spécialement les psychiatres et les chefs de service. Les autres intervenants, même s'ils sont d'accord avec les principes de la décentralisation, critiquent la manière par laquelle s'est mise en place et la perte de pouvoir des non-médecins. Finalement, il n'a pas été possible d'évaluer les coûts ni la productivité.

Pallesen et Pedersen (IJHPM 1993) examinent la décentralisation qui a eu lieu dans trois hôpitaux danois. La responsabilité et le pouvoir de décision ont été délégués par la haute direction aux départements. Le mandat était de respecter le budget plus restreint sans réduire la production de services. Dans la pratique, les départements ont eu la permission de diminuer l'offre des services, mais non d'augmenter leurs budgets. En fait, la question du contrôle des coûts était la préoccupation principale de la haute direction des trois hôpitaux.

Dans une étude réalisée en Colombie Britannique, au Canada, Acorn *et al.* (NR 1997) ont trouvé que la décentralisation était un fort déterminant de l'engagement des infirmières-gestionnaires envers leurs hôpitaux. De même, la décentralisation était indirectement liée aux niveaux d'autonomie professionnelle et de satisfaction dans l'emploi.

Pour Aas (JHPN 1997), la décentralisation peut être accomplie à travers quatre mécanismes: le transfert de responsabilités aux départements hospitaliers, la diminution du nombre de niveaux hiérarchiques, la création de divisions et la délégation de tâches. Des effets positifs peuvent être atteints, mais les études empiriques qui les démontrent sont encore rares.

Dans une étude (Lineweaver *et al.*, JNSD 1999) sur la décentralisation dans six hôpitaux de la Floride, aux États-Unis, la décentralisation est définie comme une philosophie et une technique consistant à éliminer des départements tout en augmentant l'offre des services aux patients. La décentralisation dans les départements, c'est-à-dire, le placement des services spécialisés sous la commande directe du gestionnaire de l'unité et non plus sous la commande des chefs de département, est distinguée de la décentralisation du personnel, où le directeur de l'unité est responsable de la gestion de l'ensemble du personnel y travaillant. Parmi ces six hôpitaux, trois avaient implanté la décentralisation dans les départements et deux, la décentralisation du personnel.

Enfin, comment établir le sens de la décentralisation ?

Une définition précise de la décentralisation est très difficile à donner. Selon Mintzberg (1989), il s'agit probablement du terme le plus confus dans les théories des organisations.

Pourtant, de façon générale, la décentralisation signifie le transfert des certaines responsabilités administratives de la haute direction vers les gestionnaires des unités ou des programmes. Dans les hôpitaux, ce transfert vise essentiellement l'engagement des médecins dans les activités de gestion et par-là un meilleur contrôle de coûts. L'imputabilité des gestionnaires de la base est très valorisée.

Le sens de la décentralisation est encore formé par les notions d'efficience, d'intégration de ressources, de coordination des services, d'interdisciplinarité et de qualité de soins.

Dans l'expérience montréalaise, l'idée de recentrer les services sur la clientèle est prise aussi comme faisant partie du sens de la décentralisation.

Théoriquement, la décentralisation peut être introduite dans une organisation structurée fonctionnellement. Pourtant, dans la pratique, le transfert de responsabilité est accompagné de l'implantation d'unités ou de programmes semi-autonomes. En fait, il semble que décentraliser en gardant une départementalisation fonctionnelle créerait des graves problèmes de coordination.

Le sens de la décentralisation est donc très proche du sens de la gestion par programme. La différence se limite au fait que lorsqu'on utilise l'expression «décentralisation», l'accent est mis sur le transfert de responsabilité et quand on utilise l'expression «gestion par programme», l'attention est attirée d'abord sur le regroupement de patients.

7.12. Métaphores relatives à la gestion par programme dans les écrits scientifiques

La revue des écrits scientifiques a permis l'identification des sens donnés aux diverses approches de gestion. Ce qui est plus intéressant, toutefois, c'est le fait qu'elle a mis en évidence la ressemblance des sens identifiés. Il ressort immédiatement de la revue des textes l'importance et la pertinence des points de convergence qui existent entre les approches de gestion analysées. Ce qui n'est pas surprenant, étant donné que tous les articles ont été repérés à partir de mêmes mots clés.

Cependant, l'analyse de chacune des approches a révélé que la convergence est plus grande que ce qu'on aurait pu imaginer au départ. Il y a, vraisemblablement, un univers conceptuel commun à ces différents modes de gestion. Un univers constitué de concepts similaires, voire identiques, qui circulent entre les diverses approches réunies à partir de l'expression «program management».

Il s'agit, en effet, de l'ensemble de concepts qui constituent le discours scientifique sur la gestion par programme. C'est d'ici donc que nous pouvons extraire le sens général de la gestion par programme et son sens particulier.

Nous avons vu dans les sections précédentes les divers morceaux de cet univers métaphorique. Essayons maintenant d'obtenir une vision panoramique. Nous allons commencer par résumer les particularités de chaque approche, avec l'intention de faciliter les comparaisons. Ensuite, nous allons faire ressortir les points de convergence. Cette démarche en deux temps nous donnera et la vision globale de l'univers conceptuel et le positionnement de chacune des approches individuelles.

En commençant par la gestion par programme, il n'est pas inutile de répéter que ce concept désigne essentiellement l'organisation de la gestion à partir des regroupements des patients dont les besoins en termes de services sont semblables. Cette approche représente donc un principe organisateur, capable de guider la structuration générale d'une organisation.

La gestion par lignes de produit reprend et englobe la définition de la gestion par programme: il s'agit de l'organisation de la gestion autour des «produits», lesquels peuvent être des spécialités cliniques, des procédures diagnostiques ou thérapeutiques, des maladies et aussi

des regroupements de patients selon leurs besoins. La distinction entre ces deux approches se limite aux emphases: la satisfaction des besoins des clients dans la gestion par programme et le contrôle des coûts dans la gestion par produits.

La gestion de la maladie désigne une structure administrative établie à partir des problèmes spécifiques de santé. Naturellement, le regroupement des patients peut être fait à partir des maladies spécifiques, de même qu'un produit peut être l'ensemble des services fournis aux porteurs d'une maladie particulière. Ainsi, la gestion de la maladie peut être vue comme une version restreinte de la gestion par programme et de la gestion par produit. Pourtant, compte tenu du fait que les patients présentent souvent des conditions multi-pathologiques, la capacité organisatrice de cette approche est limitée.

L'approche des «firmes centrées» représente une radicalisation du concept de la gestion de la maladie. Non seulement la gestion est organisée à partir de problèmes de santé spécifique, mais toute l'organisation est limitée à un ou à très peu des problèmes de santé. Il est encore possible parler de gestion par programme et gestion par produit, mais dans un sens très restreint. Il s'agirait d'organisations uni-programmatiques et uni-produits. Ainsi, cette approche ne peut servir de principe organisateur qu'à des services très particuliers.

La gestion de l'utilisation se définit comme l'application de méthodes et de techniques pour contrôler les actes médicaux et les comportements «abusifs» de personnes couvertes par des assurances. Il ne s'agit donc pas d'un réel principe organisateur, capable de structurer la gestion d'un établissement de santé. Néanmoins, ces techniques de contrôle ne sont pas nécessairement incompatibles avec les diverses approches de gestion.

La gestion de cas se caractérise par l'accompagnement individuel et intensif des patients en perte d'autonomie. Ce n'est pas un simple ensemble de techniques de gestion, mais ce n'est pas non plus une approche globalisante de gestion. Entre ces deux positions, il s'agit d'une approche spécialisée pour certaines clientèles, en principe compatible avec différentes structures administratives.

La gestion de la qualité est une approche très globalisante. Plus qu'un mode de gestion, elle se veut une nouvelle culture organisationnelle dont la valeur suprême est la satisfaction du client. Le but est gagner la loyauté des clients et donc assurer la survie de l'organisation. D'ailleurs, l'atteinte de ce but dépend de l'engagement des employés envers l'organisation, d'où l'importance des stratégies de motivation du personnel. Ainsi comprise, la gestion de la qualité peut englober toutes les autres approches. En effet, presque partout il y a des références à la satisfaction des clients et à la motivation des travailleurs.

L'approche des «soins centrés sur le patient» comporte deux définitions. La première fait référence au regroupement des patients selon des critères comme la prévisibilité des besoins, la durée de séjour, les activités quotidiennes et la consommation de services. Dans ce sens, il s'agit d'un principe structurant de la gestion, très proche du sens de la gestion par programme.

La deuxième définition de cette approche traduit la prise en compte des préférences du patient et de leur proches en ce qui concerne les procédures diagnostiques et thérapeutiques à suivre. Il s'agit d'un choix de valeur éthique qui dépasse donc le statut de principe organisateur des services, mais qui pourrait, en théorie tout au moins, inspirer certaines démarches organisationnelles.

La ré-ingénierie n'a pas non plus de définition unique. En générale, elle signifie une combinaison de stratégies de diminution du personnel, de mise en place de nouveaux processus de travail et de réorientation stratégique de l'organisation. Par conséquent, la ré-ingénierie est plus qu'une approche spécifique de gestion. Comme dans le cas de la gestion de la qualité, elle englobe la plupart des autres approches, y compris la gestion par programme. En effet, le renouvellement des processus de travail et la réévaluation des orientations stratégiques sont des éléments omniprésents.

L'organisation matricielle désigne une structure hiérarchique à double ligne d'autorité, fonctionnelle et programmatique. Cette structure est sensée permettre de traiter une quantité accrue d'information, condition essentielle à la survie de l'organisation dans un environnement incertain. Il s'agit bien d'un modèle de gestion à mi-chemin entre l'approche fonctionnelle traditionnelle et la gestion par programme.

Finalement, la décentralisation se définit comme le transfert de responsabilité de ceux qui sont imputables dans l'organisation à un niveau supérieur vers ceux qui sont imputables par rapport à des sous-unités organisationnelles. Dans la pratique, le transfert de responsabilité s'accompagne toujours de la mise en place de programmes, les sous-unités. Ce fait rend la décentralisation un principe organisateur presque synonyme de la gestion par programme.

Maintenant que les définitions de chacune des approches de gestion ont été précisées, nous pouvons ressortir leurs points de convergence, c'est-à-dire, les thèmes qui y sont largement présents.

Les deux thèmes les plus répandus parmi les différentes approches sont le contrôle des coûts et l'efficacité. Ils sont présents dans toutes les approches, sauf dans la version humaniste des «soins centrés sur le patient».

La qualité des soins est aussi un thème que l'on rencontre presque partout, dans dix des douze approches. Seules la gestion de l'utilisation et l'approche de l'organisation matricielle n'y font pas référence de façon explicite.

L'interdisciplinarité est un thème très présent, que l'on retrouve dans neuf approches. Ceux qui ne la mentionnent pas sont l'approche des «focused factories», la gestion de l'utilisation et la gestion de la qualité.

L'intégration des décisions cliniques et administratives apparaît dans huit approches. Elle est absente dans la gestion de l'utilisation, les «focused factories», le «patient-focused care» et la gestion de la qualité.

La satisfaction des clients apparaît aussi dans huit approches. Les quatre qui ne la mentionnent pas sont: la gestion de l'utilisation, la gestion par programme, l'organisation matricielle et la décentralisation.

La coordination des services est présente dans sept approches. Elle ne fait pas partie explicitement de la gestion de l'utilisation, de la gestion par lignes de produit, de la gestion de la maladie, des «focused factories» et de la gestion de la qualité.

L'amélioration du rendement est un thème discuté aussi dans sept approches. Elle est absente des thèmes spécifiés dans les approches suivantes: la gestion de l'utilisation, la gestion par programme, la gestion de cas, la décentralisation et la version humaniste du «patient-centered care».

Sept approches discutent de la décentralisation. Celles qui ne le font pas sont: la gestion de l'utilisation, la gestion de la maladie, les «focused factories», la gestion de la qualité et la version humaniste du «patient-centered care».

La satisfaction des besoins des patients est présente dans sept approches: la gestion par programme, la gestion par lignes de produit, la gestion de la maladie, la gestion de cas, le «patient-focused care», la version humaniste du «patient-centered care» et la décentralisation.

Le positionnement de l'hôpital dans le marché apparaît dans six approches: la gestion par lignes de produit, la gestion de la maladie, les «firmes centrées», l'organisation matricielle, la gestion de la qualité et la ré-ingénierie.

Finalement, l'imputabilité des gestionnaires est identifiée dans cinq approches: la gestion par programme, la gestion par lignes de produit, la gestion de cas, l'organisation matricielle et la décentralisation.

Ces douze thèmes sont des concepts largement utilisés dans les écrits analysés. Ils forment, à côté des définitions particulières de chacune des approches décrites, l'univers conceptuel du «program management». La figure suivante représente graphiquement cet univers.

Figure 3 - Distribution des thèmes les plus fréquents parmi les approches de gestion analysées

Thèmes	Approches de gestion													+/12
	GP	GLP	GM	FC	GU	GC	GQ	PFC	PCC	RI	OM	DÉC		
Contrôle des coûts	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	11	
Efficience	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	11	
Qualité des soins	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	10	
Interdisciplinarité	+	+	+			+		+	+	+	+	+	9	
Intégration des décisions	+	+	+					+	+	+	+	+	8	
Satisfaction des clients		+	+	+		+	+	+	+	+			8	
Coordination	+					+		+	+	+	+	+	7	
Rendement		+	+	+			+	+		+	+		7	
Décentralisation	+	+				+		+		+	+	+	7	
Satisfaction des besoins	+	+	+			+		+	+			+	7	
Position dans le marché		+	+	+			+			+	+		6	
Imputabilité	+	+			+						+	+	5	

Légende: GP-gestion par programme, GLP-gestion par ligne de produit, GM-gestion de la maladie, FC-firmes centrées, GU-gestion de l'utilisation, GC-gestion de cas, GQ-gestion de la qualité, PFC- patient-focused care, PCC-patient-centered care, RI-ré-ingénierie, OM-organisation matricielle, DÉC-décentralisation, +/12 - nombre d'approches où le thème est présent.

Il est nécessaire d'attirer l'attention sur le fait que cette relation de thèmes reflète les expressions explicitement utilisées dans les écrits. Ainsi, nous nous sommes limités à une partie de l'univers conceptuel. À travers des stratégies interprétatives, nous pourrions élargir l'ensemble des concepts. Néanmoins, le fait d'être limité aux expressions explicites diminue le risque de mauvaises interprétations, sans compromettre la compréhension du sens général de la discussion.

D'ailleurs, la construction de cet univers métaphorique fait abstraction des dissemblances dans le degré de portée de chaque thème pour chacune des approches de gestion. Autrement dit, nous ne prenons pas en compte, par exemple, que l'idée de contrôle des coûts est plus importante dans la gestion par lignes de produit que dans la gestion par programme. En fait, la distinction de la valeur de chaque concept dans les diverses approches est peu significative pour l'établissement du sens générale du «program management».

Nous pouvons, maintenant, préciser le sens de la gestion par programme, en considérant ce qui est particulier à ce mode de gestion et ce qui est commun aux approches réunies autour de l'expression «program management». Avant cela, pourtant, nous devons dire deux mots sur le caractère scientifique de ce sens.

Nous avons dit que nous n'étions pas sûrs de pouvoir considérer comme scientifique le sens de l'approche par programme tel qu'on le trouve dans les écrits spécifiques sur la gestion par programme. Ces écrits sont très peu nombreux; la moitié a été publiée dans le même périodique. De plus, ces huit articles ont tous paru dans des périodiques de caractère mixte, professionnel et scientifique.

Or, pour l'ensemble des approches, nous avons analysé un total de 88 articles, dont 31 ont été publiés par des périodiques qui non seulement ont un comité de pairs, mais qui sont aussi spécialement destinés aux chercheurs.

Toutefois, ce qui est plus rassurant c'est qu'il n'y a pas de différence, en termes de concepts utilisés, entre les articles parus dans des périodiques destinés aux chercheurs et ceux dans des revues destinées aux gestionnaires. En fait, les diverses approches sont discutées aussi bien par les scientifiques que par les professionnels et le contenu de la discussion est toujours très semblable.

Nous sommes donc en condition de conclure que le sens scientifique de la gestion par programme est donné par sa définition particulière - un regroupement de patients selon leurs besoins en termes de services -, ajoutée aux métaphores composantes de l'univers conceptuel du «program management»: augmenter le contrôle des coûts, améliorer l'efficacité, améliorer la qualité des soins, favoriser l'interdisciplinarité, augmenter l'intégration des décisions cliniques et administratives, chercher la satisfaction des clients, améliorer la coordination, améliorer le rendement, décentraliser le pouvoir de décision, chercher la satisfaction des besoins des patients, bien se positionner dans le marché, accroître l'imputabilité des gestionnaires.

Voilà la compréhension qu'ont les chercheurs du sens de la gestion par programme. Il serait intéressant, maintenant, de voir si et dans quelle mesure les scientifiques ont contribué à la création de ce concept. Pour mieux cerner la contribution scientifique à la formulation de l'approche par programme, nous discuterons, dans la section suivante, des origines et de l'évolution du concept.

8. La formation du concept de gestion par programme

8.1. Les sources originelles

Nous avons déjà mis en évidence l'origine du terme «gestion par programme». Dans le domaine de la gestion de projets, le mot «programme» a été adopté pour différencier les projets isolés et de courte durée des grands projets de durée illimitée. Dans le domaine de l'administration de la santé, l'expression «gestion par programme» découle de l'expression «gestion par lignes de produit». Le mot «programme» est utilisé quand l'organisation de santé n'applique les principes de la gestion par produits que dans certains de ses services ou bien quand il s'agit d'un système de soins de santé financé publiquement.

Pour connaître donc les provenances plus lointaines du concept de gestion par programme, il faut chercher les sources de la gestion de projets et de la gestion par lignes de produit.

L'origine de la gestion de projets semble être bien connue. O'Connor et Brown (1980) affirment catégoriquement qu'il s'agit d'une des plusieurs contributions du domaine militaire à celui de l'administration. Ces auteurs citent, par exemple, Janowitz (1959) et Baumgartner (1963) qui considèrent que la gestion de projets a été inventée par les forces armées pendant la Deuxième Guerre Mondiale. Galbraith (1973), MacStravic (1986) et Fottler et Repasky (1988) mentionnent aussi l'industrie militaire et aérospatiale comme la pionnière de l'introduction du concept de la gestion de projets.

La gestion par lignes de produit, au contraire, n'a pas de source bien identifiée. Pour les auteurs cités au paragraphe antérieur par exemple, ce sont les principes de la gestion de projets, appliqués aux entreprises commerciales, qui ont donné origine à la structure matricielle et à la gestion par produits.

Pour d'autres toutefois, c'est la création du poste de «brand manager» ou de «product manager» dans les grandes firmes qui est la source de l'approche par lignes de produit. Ces auteurs divergent entre eux quant à l'époque et le lieu exacts où ce poste a été conçu. Ainsi, pour Fulmer (1965) et pour Bowers et Taylor (1990), il a été originalement créé par la compagnie *Proctor & Gamble* dans les années 30. À leur tour, Luck et Novak (1965) soutiennent que la figure du «product manager» est née dans les entreprises du secteur chimique, au début des années 40. Manning (1986) affirme que la compagnie *General Electric* a été la première, dans les années 50, à formaliser la position de gestionnaire de produit. Folger et Gee (1987) considèrent que ces positions ont été formellement créées par les firmes productrices de plusieurs produits

dans les années 60. Finalement, Fulmer (1965) mentionne que certains personnes croient que la gestion par lignes de produit a été créée à partir de l'expansion des responsabilités des anciens gérants de ventes des grands magasins dans les années 60.

Indépendamment du fait qu'il existe ou non une relation d'origine entre la gestion de projets et la gestion par lignes de produit, on constate que la genèse de la gestion par programme est indirectement associée à deux rationalités.

D'un côté, la gestion de projets s'associe à une rationalité d'adaptation de la structure organisationnelle au développement technologique. Ainsi, les nouvelles technologies commencent par provoquer un problème de gestion dans les forces armées. Leur utilisation exige une structure organisationnelle plus flexible que la rigide hiérarchie militaire. Le sommet de la hiérarchie n'a pas nécessairement les compétences techniques requises et doit donc laisser aux experts une partie du pouvoir de décision. Pourtant, la structure hiérarchique continue à être considérée comme fondamentale pour assurer un bon fonctionnement de l'armée. La gestion de projets se présente donc comme une solution: la hiérarchie est préservée dans l'ensemble de l'organisation, mais les experts acquièrent le pouvoir nécessaire à l'accomplissement de leurs expertises dans des projets spécifiques (Janowitz, 1959 *apud* O'Connor et Brown, 1980). Par conséquent, la gestion de projets amène à la structure matricielle. Par la suite, à chaque fois que le développement technologique a été mis en jeu, la gestion de projets est apparue comme une option souhaitable. L'exemple le plus cité est celui de la NASA - *National Aeronautics and Space Administration* (Peal, 2000; Boileau, 1977).

D'un autre côté, l'origine de la gestion par lignes de produit s'associe à une rationalité d'adaptation de la structure organisationnelle aux conditions de firmes multi-produits. Les grandes firmes productrices de plusieurs marques ont senti le besoin d'attribuer un responsable à chaque produit pour s'assurer que chacun recevrait l'attention nécessaire (Fulmer, 1965). Certaines entreprises ont opté, surtout au début, de limiter la responsabilité du gérant de produit à la promotion des ventes. D'autres, au contraire, ont préféré rendre le gérant responsable du cycle complet de vie d'un produit, de sa conception à sa vente, en passant par l'investissement, la fabrication, la distribution, la définition du prix et de la rentabilité. En outre, certaines compagnies n'ont donné aux gérants qu'un rôle de conseiller ou de coordinateur qui devait obtenir la collaboration de tous les chefs de divisions. À l'opposé, d'autres entreprises ont confié aux gérants de produit un rôle d'autorité, avec un degré élevé de pouvoir décisionnel sur tout ce qui concerne le produit (Luck et Novak, 1965). Là où le pouvoir des gestionnaires de lignes de produit était équivalent au pouvoir des chefs de divisions, l'organisation matricielle était implantée (Galbraith, 1973).

Dans les deux cas, l'origine de la gestion par programme est associée à la délégation de responsabilité et, par-là, à un certain degré de pouvoir de décision dévolu à des subalternes hiérarchiques. Dans le premier cas, cette décentralisation est justifiée par la complexité technologique des tâches à accomplir. Dans le deuxième cas, elle est motivée par le besoin d'assurer une attention adéquate à la production et à la commercialisation de chacun des produits d'une compagnie multi-produits.

Ainsi, même si l'origine empirique de la gestion par programme reste imprécise, ses sources conceptuelles sont clairement identifiées: la gestion de projets dans l'industrie militaire et la gestion par produits qui s'est imposée dans les firmes multi-produits.

Les caractéristiques associées originellement à la gestion par lignes de produit et à la gestion de projets confirment leur lien conceptuelle avec la gestion par programme actuelle. En effet, dans les écrits sur ces deux premières approches, sont énumérées comme leurs caractéristiques: (1) la responsabilisation complète des gestionnaires pour leurs produits (Luck et Nowak, 1965), (2) la concentration sur les «core competences» (Bowers et Taylor, 1990), (3) la mise en place d'unités d'affaires autonomes (Manning, 1986), (4) l'amélioration de la position dans le marché (Galbraith, 1973; Folger et Gee, 1987), (5) l'intégration et la coordination des activités (Fottler et Repasky, 1988), (6) l'équipe multidisciplinaire (Brugger *et al.*, 2000), (7) le contrôle des coûts et de la qualité (Peal, 2000) et (8) l'établissement des rapports très étroits avec le client (Boileau, 1977). Or, toutes ces notions, nous l'avons vu, sont présentes dans les caractéristiques de la gestion par programme.

8.2. La diffusion des concepts de gestion de projets et de gestion par lignes de produit dans le secteur de la santé

L'origine conceptuelle de la gestion par programme ayant été identifiée, on doit maintenant d'étudier la diffusion des concepts de gestion par lignes de produit et de gestion de projets dans le secteur hospitalier. Selon MacStravic (1986), le professeur Duncan Neuhauser a été le premier à proposer l'introduction de ces approches dans les hôpitaux.

Pour Neuhauser (1972), il n'existe pas de meilleure forme d'organiser - *there is no one best way*. La structure organisationnelle la plus appropriée dépend, comme l'a montré la théorie de la contingence, du niveau de complexité technologique de l'industrie.

Or, l'hôpital est une organisation complexe, formée par deux types de groupes de producteurs: les médecins et les non-médecins. La composante médicale produit des soins de

meilleure qualité si elle est conduite par un style de gestion participatif. À l'opposé, la composante non-médicale est plus efficace si elle est gérée de manière hiérarchique.

Par déduction, le modèle de gestion le plus adéquat pour les hôpitaux est le «matrix organization». La marque centrale des organisations matricielles est l'existence d'une double ligne d'autorité et de responsabilité. Ainsi, les administrateurs sont responsables des services d'appui clinique et les gestionnaires de produits sont responsables de groupes définis de patients. Une telle structure impose l'utilisation de mécanismes verticaux et latéraux de coordination des activités. Les départements fonctionnels assurent la coordination verticale, tandis que l'équipe de soins pourvoit à la coordination latérale.

Neuhauser, comme le fera plus tard Galbraith (1973), fait une remarque intéressante sur l'aspect qui semble être le point faible de l'organisation matricielle: un travailleur peut avoir plus d'un chef. Or, l'unité de commande est un des postulats de base de l'approche classique en administration. Toutefois, si les travailleurs s'engagent envers l'organisation et si les superviseurs sont en accord entre eux, l'unité de commande n'est pas nécessaire. En plus, dans la pratique, l'existence de plusieurs chefs est plutôt la règle que l'exception. De ce point de vue, les gestionnaires ont toujours fait la chose de façon correcte, même si ce n'est que récemment que les théoriciens s'en sont rendus compte.

Selon MacStravic (1986), la suggestion de Neuhauser n'a pas souvent été mise en pratique en raison de la difficulté à identifier le «produit» autour duquel pourraient se former les équipes de soins. L'introduction des *Diagnosis Related Groups* (DRG), toutefois, allait résoudre une telle difficulté.

Un autre écrit pionnier dans le débat sur la gestion par lignes de produit dans les hôpitaux est celui de Starkweather (1970). Pour ce dernier, les grands hôpitaux ont l'avantage de pouvoir offrir des services de meilleure qualité. Cependant, leur taille compromet la performance administrative. Il faut donc implanter un nouveau type de structure qui améliore la performance sans compromettre la qualité.

Traditionnellement, les hôpitaux se structurent par départements fonctionnels, regroupant leurs activités selon les tâches majeures d'une entreprise, comme les finances, les soins aux patients, les groupes professionnels, etc. L'avantage de cette structure est l'économie d'échelle. Ses désavantages sont le renforcement des fonctions individuelles en détriment du tout et un modèle d'autorité dans lequel la responsabilité opérationnelle est diffuse.

Une nouvelle structure basée sur la départementalisation par produits peut être avantageuse pour les hôpitaux. En termes pratiques, cette départementalisation signifie la mise en place de plusieurs mini-hôpitaux.

Chacun de ces mini-hôpitaux serait dirigé par un gestionnaire, imputable de toutes les activités administratives de son unité. En outre, les infirmières chefs d'unité auraient plus d'autorité décisionnelle et un poste de conseiller médical serait créé. Ces trois positions formeraient la «troïka» de gestion des unités autonomes.

Les départements d'appui dont les services sont en rapport direct avec les patients auraient leur personnel distribué par les mini-hôpitaux, mais les départements d'appui indirect continueraient à être opérés sur une base fonctionnelle, pour créer des économies d'échelle.

Cette réorganisation permet que l'intégration des activités se fasse à un niveau inférieur de la hiérarchie de l'hôpital, réduisant ainsi les barrières et les inflexibilités structurales. Les avantages techniques et professionnels des grands centres hospitaliers sont préservés, tout en éliminant les désavantages liés à la taille de l'organisation. Les services deviennent plus sensibles aux besoins de patients. Le travail dans une équipe capable d'offrir tous les soins nécessaires aux patients est motivant pour les professionnels. Et, finalement, l'hôpital peut mesurer le vrai résultat de ses services, à travers les standards de performance et les techniques de comptabilité.

D'un autre côté, l'implantation de cette structure exige des ajustements dans les installations de l'hôpital, ce qui peut signifier un coût élevé. De plus, le contrôle administratif au niveau central est réduit. En outre, des problèmes d'efficacité opérationnelle dans certains départements d'appui sont possibles. De toute façon, les gains d'efficacité globale dépassent les pertes d'efficacité, qui pourraient survenir dans quelques départements.

Un troisième article utile à la compréhension de la propagation des concepts liés à la gestion de projets et à la gestion par lignes de produit dans le domaine de la santé a été écrit par Lawton et Burns (1982). Il ne s'agit pas pourtant d'un écrit pionnier, mais plutôt d'une étude sur la diffusion de l'«unit management» dans les hôpitaux américains.

Il faut se rappeler que, selon Galbraith (1973), «unit manager» est le terme utilisé dans les hôpitaux pour nommer le poste d'intégrateur, appelé «product manager» dans les entreprises commerciales.

Selon Lawton et Burns, des hôpitaux ont commencé à adopter ce mode de gestion au début des années 60, mais la grande majorité des établissements ne l'ont adopté qu'entre 1966 et 1975. Les raisons mentionnées pour l'introduction de la gestion par unité sont nombreuses: diminuer la surcharge de travail administratif des infirmières et ainsi améliorer leur utilisation, implanter une gestion professionnelle au niveau local, améliorer la communication et l'action concertée entre les groupes professionnels, améliorer la qualité des soins et réduire les coûts.

La plupart des exemples de gestion par unité se trouvent dans les centres hospitaliers universitaires. En termes chronologiques, ce mode de gestion s'est propagé des hôpitaux

universitaires vers des hôpitaux non universitaires, mais impliqués dans l'enseignement, et par la suite, vers des hôpitaux sans activité d'enseignement.

Le taux de survie de la gestion par unité s'élève à 80%. Autrement dit, sur cinq hôpitaux ayant implanté cette structure à un moment donnée, quatre la conservaient encore dans les cinq années postérieures. Les hôpitaux qui ont abandonné la gestion par unité mentionnent pour le justifier les coûts élevés liés aux structures administratives locales, la difficulté à recruter du personnel qualifié pour les postes de gestionnaire d'unité et les conflits entre les gestionnaires d'unité et les médecins ou les infirmières.

En somme, bien après l'industrie de façon générale, les hôpitaux adoptent eux aussi les concepts de gestion de projets et de gestion par lignes de produit. Ces concepts sont incorporés dans les discours des scientifiques du domaine de l'administration de la santé, à travers l'idée de structure matricielle et dans la pratique de gestion hospitalière, à travers la mise en place des unités décentralisées.

8.3. La contribution scientifique à la formation du concept de gestion par programme

Maintenant que nous avons défini le sens scientifique de la gestion par programme et que nous avons décrit son origine et sa diffusion dans le secteur de la santé, nous pouvons préciser la contribution scientifique à la formation de ce concept.

Nous savons que les sources originelles de la gestion par programme sont les expériences pratiques du domaine de l'industrie militaire et des grandes entreprises commerciales et non des formulations des théoriciens de l'administration. Néanmoins, nous avons constaté l'existence de références à des théories des organisations pour expliquer la pertinence de la structure matricielle. Il se peut en effet que le sens actuel de la gestion par programme ait subi l'influence de ces théories.

À l'époque où sont nés les projets militaires et les postes de «product manager», la science de l'administration était dans son enfance. En termes de design organisationnel, les théories classiques de l'organisation - celles de Taylor, de Fayol et de Weber - proposaient la hiérarchisation et la séparation entre la conception et l'exécution des tâches, des principes en tout opposés aux conceptions de ces approches.

La diffusion de la gestion de projets et de la gestion par lignes de produit s'est faite dans les années 50 et 60. Dans le champ des sciences de l'administration, cette diffusion a été contemporaine de la théorie des systèmes et de la théorie de la contingence. De façon générale, ces courants identifient comme problème principal des organisations, la définition de la

combinaison idéale des conditions internes nécessaires à l'adaptation à l'environnement. En fait, l'adaptation aux conditions externes est vue comme le déterminant le plus important de la structure organisationnelle. Par conséquent, il n'y a pas qu'une seule manière d'organiser, comme le préconisaient les théories classiques.

C'est exactement à partir de la théorie de la contingence que les concepts liés à la gestion de projets et à la gestion par lignes de produit entrent dans le débat académique. À partir de ce moment, les scientifiques essaient de systématiser les expériences pratiques avec ces approches, de préciser les différentes désignations et les définitions et d'identifier les conditions de succès et les obstacles. Certains auteurs vont jusqu'à proposer des algorithmes de décision pour aider les gestionnaires à déterminer quand ils doivent adopter l'organisation par fonction, par programme ou matricielle (Duncan, 1979).

En outre, l'environnement est caractérisé comme incertain, dynamique, complexe. Pour y réussir, l'organisation a besoin d'une structure complexe, capable de traiter une grande quantité d'information. En termes de design organisationnel, c'est l'implantation de mécanismes sophistiqués de coordination avec la superposition de liens latéraux à la structure verticale, qui semble répondre à cette nouvelle exigence. L'organisation matricielle est donc le prototype de structure appropriée aux temps modernes. Comme preuve de la justesse de leur théorie, les scientifiques citent les exemples de firmes prospères qui ont adopté la matrice comme design organisationnel.

Aussi, nous pouvons affirmer que c'est surtout dans le cadre de la théorie de la contingence que les scientifiques apportent leur contribution, sinon à la formulation originelle, mais à l'enrichissement et à la précision des concepts liés à la gestion de projets et à la gestion par lignes de produit. Les chercheurs, partant de l'analyse d'expériences concrètes, élaborent une théorie du design organisationnel qui donne un sens logique, bien structuré, à ces approches de gestion. En plus, ils sont capables de proposer des algorithmes de décision sur la structure organisationnelle à garder. Le nom de «matrix organization» est adopté pour désigner toutes ces approches où des directeurs de produits partagent avec les chefs de département le pouvoir décisionnel.

Si l'élaboration de cette théorie n'a pas déterminé la diffusion initiale de la structure matricielle - en fait son expansion et sa théorisation sont contemporaines - nous pouvons quand même supposer que les formulations théoriques ont influé sur la dissémination de cette approche à des secteurs, comme celui de la santé, qui ne l'ont adoptée que tardivement.

De fait, nous avons vu que la majorité des hôpitaux ont adopté la gestion par unité entre 1966 et 1975. Plus haut, nous avons vu que l'hôpital John Hopkins, une expérience marquante, n'a

adopté la structure matricielle qu'en 1973. Or, les premiers écrits proposant l'adoption de ces approches par les établissements de santé datent du début des années 70. Et les textes qui décrivent les expériences hospitalières font référence à des écrits théoriques qui discutent de l'implication des médecins dans la gestion, de la liaison entre l'administration et les professionnels et d'autres sujets caractéristiques des textes sur l'organisation matricielle. Ce sont des indications suggestives de l'influence des écrits scientifiques sur l'adoption pratique de la forme matricielle comme structure de gestion dans les hôpitaux.

En outre, en comparant directement le sens donné aux expériences pratiques de décentralisation dans les hôpitaux avec le sens donné à l'organisation matricielle dans la théorie de la contingence, nous y constatons un haut degré de ressemblance.

Si nous prenons d'un côté les textes de Starkweather (1970), de Neuhauser (1972) et de Galbraith (1973) comme représentatifs de la conceptualisation de l'organisation matricielle dans le cadre de la théorie de la contingence et, d'un autre côté, les textes de Heyssel *et al.* (1984), d'Ellis et Gaskin (1988) et de Smith *et al.* (1989) comme exemples de la description d'expériences pratiques, nous constatons que les expressions suivantes sont présentes dans les deux ensembles de textes: améliorer la performance, améliorer la qualité de soins, accroître l'implication des médecins dans la gestion, augmenter l'imputabilité des gestionnaires de la base, augmenter l'efficacité, être plus sensible aux besoins des patients, contenir les coûts et décentraliser. Ainsi, la possibilité que les écrits théoriques aient influé les expériences hospitalières est soutenue.

Jusqu'ici, le lien entre les expériences pratiques et l'élaboration théorique sur l'organisation matricielle peut être caractérisé comme évoluant en quatre étapes: (1) les firmes introduisent, surtout dans les années 50, des formes de gestion décentralisées, comprenant des mécanismes latéraux de coordination, (2) les chercheurs constatent, dans les années 60, la pluralité des formes organisationnelles existantes et formulent des théories selon lesquelles la structure d'une organisation dérive des déterminants environnementaux, (3) l'environnement des années 70 est perçu comme assez complexe et les formes matricielles sont recommandées comme les plus appropriées à ces contextes, (4) les firmes continuent à adopter des mécanismes latéraux de coordination, en se basant dorénavant également sur des recommandations formulées par des universitaires.

Dans les années 80 et 90, l'avant-scène du débat professionnel et scientifique sur les organisations est occupé par les thèmes de la gestion de la qualité et de la ré-ingénierie. Ces approches ont plusieurs points de convergence, y compris l'idée que les changements organisationnels sont une imposition des conditions environnementales changeantes. Il y a,

toutefois, des différences significatives. Il faut surtout analyser ces différences pour pouvoir comprendre l'évolution du débat pratique et théorique sur le design organisationnel.

Or, nous avons vu que la gestion de la qualité se distingue par une préoccupation centrale pour la satisfaction des clients et pour la motivation des travailleurs, tandis que la ré-ingénierie met l'accent sur la recherche de l'efficacité, à travers la mise en place de nouveaux processus de production.

En ce qui concerne la discussion sur le design organisationnel, l'approche de la qualité est moins développée du fait qu'elle se présente comme une stratégie de changement de la culture de l'organisation. La ré-ingénierie, au contraire, parle explicitement de la nécessité de nouvelles structures organisationnelles. La gestion par programme y est vue comme une de ces structures neuves. L'accent, toutefois, est mis sur le downsizing et les propositions plus systématiques de structures, comme l'organisation par programme, sont reléguées à des plans secondaires dans les écrits sur la ré-ingénierie.

Par conséquent, le débat spécifique sur le design organisationnel est plus limité. D'un côté, il est marqué par la mise en évidence des difficultés pratiques de fonctionnement de l'organisation matricielle. D'un autre côté, les scientifiques relèvent l'importance d'autres déterminants de la structure organisationnelle, qui se trouvent au-delà des conditions environnementales. Ford et Randolph (1992), par exemple, dans leur revue des écrits sur la «structure croisée», trouvent des références pour différents déterminants: les caractéristiques organisationnelles, les caractéristiques du personnel, les tâches à accomplir et les habiletés du leader.

Plus particulièrement, la théorie des configurations structurelles (Mintzberg, 1989) vient affirmer que la structure organisationnelle ne dépend pas exclusivement des facteurs environnementaux. En réalité, les structures découlent de l'interaction d'un ensemble de facteurs qui peuvent être regroupés en quatre catégories: l'âge et la taille de l'organisation, le système technique, l'environnement et les relations de pouvoir. Doté d'un grand pouvoir descriptif, cette théorie est moins utile sur le plan normatif. Le titre d'une entrevue accordée par Mintzberg à la revue *Healthcare Management Forum* en est bien suggestif: «No formulas or management models allowed» (Mintzberg, 1997).

L'espace normatif est alors occupé par les propositions d'adoption par les hôpitaux, de la gestion par lignes de produit. Les hôpitaux ont déjà des unités, mais ils sont encore trop centralisés et, surtout, les médecins ne sont pas suffisamment engagés dans la gestion des unités. Augmenter le degré de décentralisation et engager les médecins exigent la transformation d'une

structure matricielle, où le pouvoir est partagé entre unités et départements, dans une structure vraiment par produit, où la balance du pouvoir penche en faveur des chefs d'unités.

L'introduction des *Diagnosis Related Groups* (DRG) semble avoir été l'impulsion qui manquait aux services de santé pour implanter la gestion par produits. Les DRG sont sensés être capables de définir des regroupements de patients, permettant ainsi la détermination des produits hospitaliers grâce à l'identification des ensembles de services utilisés par chaque regroupement. Pourtant, rapidement on s'aperçoit de la difficulté d'établir des groupes de patients à partir des DRG. Par conséquent, presque n'importe quel critère permettant le regroupement de patients devient valide. Dans la pratique, le regroupement des patients similaires en termes de besoins de services est ce qui est le plus accepté. Peut-être à cause de la difficulté de définir un produit hospitalier, le mot «programme» est parfois utilisé. Au Canada, ce mot est préféré. C'est ainsi que l'expression «gestion par programme» se consolide.

Néanmoins, la grande impulsion à la diffusion, dans les années 90, de la gestion par programme vient de l'initiative d'une firme de consultation (Lathrop, 1991). Reprenant l'idée de regroupement de patients et utilisant certains des arguments de la ré-ingénierie et de la gestion de la qualité, les consultants affirment qu'il est possible améliorer l'efficience et la qualité des services hospitaliers grâce à l'implantation d'une nouvelle structure organisationnelle. Avec un sens de marketing, ils vont nommer leur proposition «patient-focused care». Le succès de cette approche est visible à travers l'énorme quantité d'écrits, y compris scientifiques, qui adoptent l'expression proposée.

À cet égard, il est très intéressant de constater le fait qu'ayant utilisé l'expression «gestion par programme» en 1996, l'Association des hôpitaux du Québec emploie la désignation «programme-clientèle», dans son document publié en 2000.

Ainsi, nous arrivons à la fin des années 90 avec la gestion par programme définie comme nous l'avons résumé à la fin de la section précédente.

En somme, des années 70 jusqu'à la fin des années 1990, le lien entre les expériences pratiques et l'élaboration théorique sur la gestion par programme peut être caractérisé comme ayant passé à travers six grandes étapes: (1) dans la première, la montée de la rhétorique sur la qualité rend plus effacée la place du débat spécifique sur le design organisationnel, (2) dans la deuxième étape, l'apparition du discours sur la ré-ingénierie réintroduit la discussion sur le design, mais met l'accent sur le «downsizing», (3) dans la troisième étape, les limitations pratiques de la structure matricielle deviennent évidentes, (4) dans la quatrième étape, les nouvelles théories scientifiques affirment que divers facteurs externes et internes à l'organisation interagissent pour déterminer sa structure, (5) dans la cinquième étape, en termes normatifs, la

gestion par lignes de produit ou par programme réapparaît, mais dans la forme plus radicale de la décentralisation et (6) dans la dernière étape, la création de l'expression «patient-focused care» donne une nouvelle impulsion à la diffusion de la gestion par programme et complète son sens actuel en accordant à la satisfaction des besoins de patients une place centrale.

La contribution des chercheurs à l'évolution de la gestion par programme des années 70 aux années 90 est matérialisée à travers: l'insertion de l'approche par programme dans les propositions de la ré-ingénierie, les études évaluatives de la structure matricielle, le discours normatif à faveur de la gestion par produit et par programme, et l'incorporation du concept de «soins centrés sur le patient» au discours scientifique. Il s'agit plutôt d'une contribution à la diffusion qu'à la conformation du concept. En effet, c'est le sens de la gestion par lignes de produit tel qu'établi dans le débat des années 70 qui est repris, même si, dorénavant, il est distingué de la structure matricielle.

En termes d'élaboration théorique plus stricte, la discussion sur le design organisationnel mène à la conclusion qu'il n'y a pas de modèles à recommander. Dans le cas des hôpitaux, la solution à leurs dysfonctionnements passe non pas par des changements structurels, mais par des changements dans les comportements des acteurs, à partir de nouvelles valeurs partagées (Mintzberg, 1997b). De toute façon, un petit nombre de conseils pratiques peut être donné. Ainsi, dans le livre *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, le chapitre sur le design organisationnel s'achève avec quatre avis destinés aux gestionnaires (Leatt *et al.*, 1994): (1) maintenir les choses à une petite échelle, (2) assurer la flexibilité, (3) se maintenir en contact avec l'environnement interne et externe et (4) identifier les points forts de l'organisation. Il faut reconnaître que ces avis sont cohérents avec l'idée de la gestion par programme.

9. Les facteurs influant sur l'utilisation des connaissances scientifiques par les gestionnaires

Après avoir précisé les significations données par les scientifiques et par les gestionnaires - les leaders professionnels et les dirigeants de l'hôpital - à la gestion par programme, mais avant de vérifier les degrés de convergence ou de divergence entre les deux discours, nous devons discuter du rôle des facteurs pouvant influencer sur l'utilisation des connaissances scientifiques par les gestionnaires. Cette discussion est importante, car elle peut donner des pistes sur les mécanismes d'échange d'informations entre les chercheurs et les administrateurs, en indiquant les facteurs qui facilitent ou qui empêchent le cheminement des métaphores du discours scientifique vers le discours des gestionnaires.

Nous rappelons que, selon modèle théorique adopté, il y a des facteurs d'influence directe et d'influence indirecte sur l'application des connaissances scientifiques. Les facteurs directs sont, du côté scientifique, la disponibilité, l'accessibilité et la validité de l'information scientifique et, du côté de la gestion, les particularités du processus de prise de décision, les caractéristiques organisationnelles et les qualités individuelles des décideurs. Les facteurs indirects sont constitués par les paradigmes scientifiques, les caractéristiques institutionnelles de la production scientifique et les qualités individuelles des chercheurs.

Dans notre étude empirique, pour une question de faisabilité, nous nous sommes limités à quelques facteurs d'influence directe. Cependant, nous avons analysé des facteurs représentatifs des différentes catégories mentionnées au paragraphe précédent. Ainsi, concrètement, nous avons examiné: l'accessibilité de l'information, le caractère stratégique ou routinier de la décision et le degré de participation au processus de décision, l'intensité des rapports de l'hôpital avec d'autres établissements et l'existence des connaissances empiriques sur des processus de restructuration organisationnelle. Nous avons choisi des facteurs qui, selon la littérature spécialisée, sont reconnus pour être parmi les plus influents.

9.1. L'accessibilité à la connaissance scientifique sur la gestion par programme

L'accessibilité dépend des efforts de divulgation de la connaissance. Il est bien connu que la publication dans des revues scientifiques n'assure pas la diffusion d'une information au-delà de la communauté des chercheurs. Il est aussi connu que les gestionnaires apprennent surtout à travers des relations personnelles, des contacts, des conversations. Ainsi, pour atteindre les praticiens, la connaissance scientifique doit être accessible via d'autres moyens que les publications scientifiques.

Un moyen considéré comme très efficace pour la diffusion de la connaissance est le contact personnel. Plus il y a des contacts directs entre les praticiens et les chercheurs d'un domaine donné, plus il y a utilisation de la connaissance scientifique. Nous avons donc demandé aux gestionnaires de l'hôpital s'ils avaient des rapports personnels avec des chercheurs du domaine de l'administration. Parmi les vingt et un individus interviewés, dix-neuf ont répondu à cette question. Le tableau suivant montre les réponses obtenues.

Tableau 5 - Nombre de gestionnaires ayant ou non des contacts personnels avec des chercheurs

Catégorie	Oui	Non
Haute direction	3	3
Direction intermédiaire	1	4
Gestionnaire de base	2	3
Conseiller en activités professionnelles	1	2
Médecins	1	4
Infirmiers	4	2
Autres professionnels de la santé	1	2
Professionnels formés dans d'autres domaines que la santé	1	4
Anciens membres de l'organisation	3	8
Nouveaux membres de l'organisation	4	4
Total des gestionnaires	7	12

Au total, douze personnes interviewées n'ont pas eu de contacts personnels avec des chercheurs, tandis que sept personnes affirment en avoir eu. En termes de sous-groupes, les hauts dirigeants ont davantage de contacts que les autres gestionnaires. Parmi les groupes professionnels, ce sont les infirmiers qui ont plus de rapports personnels avec des scientifiques de l'administration. Et en ce qui concerne l'ancienneté, les nouveaux membres de l'hôpital sont personnellement plus proches des chercheurs que les anciens membres.

Les réponses négatives à la question «avez-vous des contacts personnels avec des chercheurs en gestion ?» peuvent être illustrées comme suit:

«Très peu, non»

«Non, pas de tout. Zéro»

«Pas vraiment, c'est très rare».

En général, les répondants ajoutent qu'ils n'ont pas le temps, qu'ils ont déjà beaucoup de travail et que, parfois, cela ne les intéresse pas:

«On a beaucoup, beaucoup d'ouvrage et donc...»

«I'm not interested and I have no time».

Les réponses positives sont comme suit:

«Moi, j'ai travaillé, j'ai eu la chance de travailler un petit plus étroitement avec le Centre de Recherche. Alors, je connais beaucoup, beaucoup de chercheurs»

«Oui, j'ai des contact avec des personnes et je travaille aussi avec le groupe de X à l'hôpital Y sur la recherche qu'ils font (...). Alors j'ai des liens avec des chercheurs».

Il faut dire qu'un certain nombre de personnes disant ne pas avoir des liens avec des chercheurs en management ajoutent qu'ils ont beaucoup de contact avec des chercheurs de leur domaine de formation de base.

Un autre moyen efficace de diffusion de la connaissance scientifique vers des praticiens est représenté par les initiatives spéciales de divulgation des résultats des travaux de recherches, comme l'organisation de colloques ou la distribution de feuillets d'information. Nous avons donc demandé aux gestionnaires de l'hôpital s'il y a eu des initiatives de ce type ou d'autres activités dont le but était de disséminer l'information scientifique sur la gestion par programme à l'intérieur de l'hôpital.

La plupart des personnes interviewées ont dit qu'il n'y a eu aucune initiative visant la diffusion des résultats des travaux de recherche sur la gestion par programme :

«Non, il n'y a eu aucune conférence. À ma mémoire, je ne me rappelle aucune conférence qui portait sur la décentralisation basée sur la science, si vous voulez. Aucun pamphlet, aucun courriel, aucun document, rien qui disait voilà les faits, c'est très bien, ça marche, c'est prouvé que ça marche. Non, je n'ai jamais vu ça».

Certains parmi les répondants ajoutent qu'il y a eu quand même un effort de la part de la direction. Il y avait un comité qui a planifié une série de présentations, mais que finalement cela n'a pas marché:

«L'administration a fait beaucoup d'effort là dessus. Est-ce que ça a porté fruit? Pas tellement. Il y avait un comité (...) on voulait avoir des présentations sur l'interdisciplinarité, sur la co-gestion, sur le case-management. On a même détaillé ça, on a planifié ça, on a cédulé ça, on a demandé des présentateurs. Finalement, ça n'a pas été accepté parce qu'on a dit que pour que ça marche tout le monde doit être là, ça devrait être obligatoire».

Il y a des personnes cependant qui affirment qu'il y a bien eu des initiatives de diffusion des résultats de travaux de recherche, au moins au niveau des cadres de l'hôpital:

«À ma connaissance, il y a eu beaucoup de lectures, des gens ont gardé le Comité de régie informé de ce qui se faisait ailleurs, de la littérature là dessus, des articles qui avaient là dessus».

«I found that the hospital did a very goof job of communicating the changes to the “cadres” at least at the management level. There is also a publication that started a couple of years ago».

En effet, si on considère la diffusion non pas des études scientifiques, mais des expériences provenant d'autres établissements, plusieurs personnes interviewées répondent positivement à la question sur l'existence d'initiatives de diffusion de connaissances:

«Pas d'initiatives de diffusion des études scientifiques, mais beaucoup de diffusion de ce qui se faisait ailleurs».

«Moi, je me souviens que quand on avait des réunions, on parlait que ça se faisait ailleurs, que cette décentralisation était quelque chose qui était... comment on dit?... at large».

Finalement, un dernier point qui ressort des entrevues est la fréquente mention du fait que le texte du plan d'organisation de l'hôpital contient une liste de documents de références. Des références, il faut le dire, qui ont servi surtout à ceux qui ont écrit le plan:

«There was documentation with the Organizational Plan, there was reference attached».

«Il y a des éléments mentionnés dans le plan d'organisation (...) quelques références qui ont été faites (...) mais qui n'ont pas été discutées beaucoup».

En plus des entrevues, nous avons abordé l'accessibilité à la connaissance sur la gestion par programme à partir de la revue des écrits professionnels, tel qu'exposé plus haut. Nous savons que l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) et le Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS) ont diffusé beaucoup d'information sur la gestion par programme à travers leurs périodiques et des publications spéciales et à travers des colloques. Or, les informations diffusées par ces organismes sont, en partie, basées sur des analyses scientifiques.

D'ailleurs, nous avons des indications sur le fait que les membres de l'hôpital étaient au courant des informations divulguées par les associations professionnelles. En effet, deux des personnes interviewées ont affirmé que les publications du CCDSS et, surtout, celles de l'AHQ sont connues à l'hôpital. Dans l'introduction du plan d'organisation de l'hôpital il est d'ailleurs écrit: «Il y a un mouvement général vers l'organisation par programme (ou par division). Plusieurs établissements adoptent ce modèle et l'AHQ organise régulièrement différentes conférences sur ce thème» (HD, 1999).

Enfin, la plupart des gestionnaires de l'hôpital n'ont pas eu d'accès à la connaissance scientifique sur la gestion par programme, ni à travers des contacts personnels avec des chercheurs, ni à travers la participation à des initiatives spéciales à l'intérieur de l'hôpital ou à

l'AHQ. Au mieux, certains personnes prétendent avoir été suffisamment informées pendant les réunions de cadres. Par contre, la haute direction semble avoir eu accès à cette connaissance. Ses membres ont assez de contacts personnels avec des chercheurs, participent aux activités de l'AHQ et ont consulté des écrits scientifiques pour rédiger le plan d'organisation. Cette conclusion suggère que s'il y a eu utilisation des connaissances scientifiques sur la gestion par programme dans l'hôpital à l'étude, cela s'est faite par le biais de la direction générale.

9.2. Le caractère stratégique ou routinier de la décision de restructurer l'hôpital

Les décisions stratégiques ont un impact direct sur la mission de l'organisation, tandis que les décisions routinières traitent des aspects opérationnels de la vie organisationnelle. Il est reconnu dans la littérature sur l'utilisation de la connaissance scientifique par les gestionnaires que, si une décision est vue comme stratégique, les décideurs ont tendance à aller chercher plus d'informations, y compris de l'information scientifique.

Il importe donc de connaître le caractère de la décision que nous étudions. Pour caractériser la décision de réorganiser la gestion de l'hôpital, nous avons posé des questions sur son importance et sur son caractère explicite.

La décision est, en général, perçue comme très importante. Parmi les vingt et une personnes interviewées, treize affirment catégoriquement que la décision de réorganiser l'hôpital était importante. D'ailleurs, personne n'affirme le contraire:

«C'est certainement un tournant majeur pour l'hôpital».

«On a décidé de refaire l'organisation de l'hôpital de fond au comble».

Il faut dire, toutefois, que certains individus interviewés distinguent les décisions portant sur la décentralisation de celles portant sur la réorganisation de l'hôpital:

«I do not believe a decision was made to decentralize. We always had decentralization».

«Je pense que la décentralisation existait déjà un petit peu avant. Elle a peut-être été clarifiée en même temps que le nouvel organigramme, mais je pense que c'est un petit peu indépendant».

Pour d'autres, au contraire, la décentralisation est la dimension centrale de la restructuration:

«L'idée de décentraliser c'est la pierre angulaire. Les autres c'est comment faire fonctionner la décentralisation».

«Ben, je pense que c'est assez central, il y a beaucoup d'autres choses qui se mettent en place au tour de cette décentralisation là».

À la question de savoir s'il s'agissait d'une décision claire ou non, explicite ou non, la plupart des gestionnaires ont répondu oui, c'est une décision claire et explicite:

«Moi, je dirais que c'est une décision vraiment très explicite».

«Je pense que le principe de la décentralisation a été annoncé très clairement dès les premières réunions».

Une personne toutefois a répondu non, la décision n'a pas été claire:

«Je pense que c'est la deuxième, ça n'a pas été clair».

En outre, la décision de restructurer est caractérisée comme une décision qui fait partie d'une philosophie et qui a été prise dans le cadre de la planification stratégique ou du plan d'organisation suite à beaucoup de réflexion et de discussion.

En conclusion, même s'il n'y a pas de consensus sur le fait de savoir si la décentralisation fait partie ou non de la décision actuelle de restructurer l'hôpital, tout le monde est d'accord pour dire qu'il s'agit d'une décision importante qui touche à la mission de l'hôpital. D'ailleurs, elle est vue comme étant prise explicitement, consciemment. Enfin, il s'agit sans doute d'une décision stratégique. Nous observons donc la présence, dans l'hôpital, d'un facteur à priori favorable à l'application de la connaissance scientifique.

9.3. La participation dans le processus de prise de décision

Une participation accrue de divers membres de l'organisation dans la prise d'une décision incite généralement les gestionnaires à recourir à la connaissance scientifique (Oh et Rich, 1996; Huberman, 1989). Dans le jeu politique inhérent à toute décision organisationnelle, des arguments issus des études scientifiques semblent avoir un pouvoir de persuasion non négligeable. Nous avons, par conséquent, essayé de connaître le degré de participation dans le processus de décision de restructurer l'hôpital Tremblay.

Cela étant dit, il faut remarquer que le concept de participation ne se réfère pas nécessairement au nombre de personnes formellement aptes à prendre part au processus de décision. Il fait surtout référence à l'implication d'intérêts divers et à la mobilisation d'acteurs qui se sentent touchés par le contenu ou par les conséquences de la décision.

Dans les réponses, les interviewés utilisent davantage le mot «consultation», beaucoup plus que «participation». Tous les répondants sont d'accord pour dire qu'il y a eu beaucoup de consultation autour de plan de restructuration de l'hôpital. Néanmoins, l'interprétation du processus de consultation n'est pas unique. Nous trouvons au moins deux compréhensions distinctes.

Dans la moitié des entrevues, la consultation est vue comme la présentation d'un plan de réorganisation déjà établi par la direction:

«Je me rappelle assez bien qu'on nous a avisé de la décision de décentraliser l'hôpital, l'administration de l'hôpital. Il y a eu un processus de consultation, mais c'est un peu... le type d'une démocratie guidée, dans le sens qu'on savait que l'administration voulait imposer ça».

Pour l'autre moitié des répondants, la consultation représente la recherche d'un échange, l'essai de la construction d'un consensus:

«...c'est comme si le directeur général voulait que ce processus là se fasse en consultation avec les gens puis que le résultat final est un certain consensus (...). Je dirais tant qu'il sentait pas qu'il y avait ce consensus là, il retournait en consultation».

Par conséquent, les deux interprétations diffèrent dans leurs visions de l'existence de modifications apportées au plan originel. Pour ceux qui voient la consultation comme la présentation d'un plan, la consultation n'a pas amené à des modifications:

«Ça a été "oui, on vous consulte, oui on vous entend" mais il n'y a pas eu des changements, des modifications».

Ceux qui comprennent la consultation comme la recherche du consensus croient, au contraire, que le plan originel a subi des modifications en cours de route:

«On a proposé un plan qui a été amené, qui a été présenté, ramené des commentaires, a été changé. Donc c'est vraiment fait en collaboration avec les différentes professions...»

Les personnes interviewées signalent encore d'autres caractéristiques du processus de consultation. Certains remarquent que la direction a cherché la participation, mais que la réponse n'a pas été positive, au moins au départ:

«Je me rappelle qu'il y avait beaucoup d'invitations à participer (...) mais c'est comme si les gens (...) ne voyaient pas encore d'une façon stratégique, je dirais, leur intérêt à participer là dedans, à dire leur mot».

D'autres affirment qu'il manquait une stratégie de communication de la part de la direction:

«Les personnes disposaient de beaucoup d'information déjà, mais la direction n'avait pas développé une stratégie de communication, ce qui est très différent (...) les personnes étaient-elles capables de digérer tout ça, de voir les impacts ? Était-il possible de présenter les choses d'une façon plus facile à comprendre ?»

Finalement, un nombre de répondants attire l'attention sur le fait que le processus de consultation a été troublé par des réactions très fortes des opposants au changement:

«On aurait pu créer des forums à plusieurs niveaux pour avoir du feedback, pour échanger, pour discuter de façon qui... informelle. Ah! On n'a pas eu ça. Ce qu'on a vu vite apparaître (...) on a vu apparaître très rapidement une guerre, pas une résistance, une guerre (...). À tous les niveaux, quand on regarde les médecins, au niveau des professionnels, au niveau des syndiqués, il y avait une bataille. Et ça, on était tellement pris là dedans...»

En résumé, les entrevues montrent clairement que: (1) l'initiative du changement appartient à la direction, (2) il y a eu beaucoup de séances d'informations et de discussions, et (3) les personnes interviewées sont divisées quant au but de la consultation: présenter un plan déjà défini ou chercher un consensus. En outre, l'apport de la consultation a peut-être été limité par le désintérêt des gens à participer, par manque d'une stratégie de communication plus raffinée et par les réactions d'opposition au changement. Cependant, en ce qui concerne l'utilisation de connaissances, la conclusion la plus intéressante est qu'il est évident que la décision de changer la structure organisationnelle a touché à plusieurs intérêts et a beaucoup mobilisé les différents acteurs impliqués. Dans ce sens, la participation a été très importante, ce qui caractérise la présence à l'hôpital d'un incitatif à l'utilisation symbolique des connaissances scientifiques.

9.4. Les rapports de l'hôpital avec d'autres organisations

L'intensité des liens d'une organisation avec d'autres organisations est un facteur important pour l'utilisation des connaissances. Les études en psychologie cognitive montrent que l'adoption d'innovations est beaucoup influencée par l'observation et la modélisation des comportements des autres. Une organisation ayant plus de contacts extérieurs doit donc utiliser davantage les connaissances disponibles.

Prenant cela en compte, nous avons cherché à connaître l'intensité des rapports interorganisationnels de l'hôpital et, plus spécifiquement, à identifier ou une influence d'interventions réalisées ailleurs ou un éventuel rôle innovateur de l'hôpital Tremblay.

Les réponses obtenues montrent, avant tout, que l'hôpital maintient beaucoup de contacts avec d'autres institutions:

«On est beaucoup en contact. Bon, la semaine dernière j'étais justement avec Dr X pour voir ce qui s'est passé à l'hôpital Y. Dans deux semaines on s'en va à la ville Z. Il y a eu toujours des contacts privilégiés comme ça entre les organismes, on s'en sert beaucoup».

Pour fonder la décision de restructurer l'hôpital, il y a eu une recherche organisée d'informations de ce qui se faisait dans les autres établissements psychiatriques du Québec, du Canada et même de l'extérieur du pays:

«Je sais qu'il y a eu d'expériences aux États-Unis qui ont été visitées, à Toronto, certaines expériences en Europe... Italie, Angleterre».

Ce qui est plus intéressant c'est que cette recherche d'informations n'est pas aléatoire, mais qu'elle vise surtout à identifier des facteurs favorisant ou empêchant le succès de la réforme:

«Il y avait différentes personnes qui s'informaient dans différents endroits, d'une façon plus ou moins officielle, sur ce qu'il fallait prendre en compte pour réussir, de quoi il fallait se soucier pour réussir en gestion décentralisée par programme».

En ce qui concerne la position relative de l'hôpital Tremblay, la plupart des personnes interviewées s'accordent pour dire qu'il était en retard en matière de décentralisation ou de gestion par programme:

«C'est pas nous autres qui inventons la décentralisation. Au niveau de la structure, nous avons une structure particulière, mais au niveau décentralisation je pense qu'on avait un retard à rattraper».

«Je dirais qu'on était peut-être plus les derniers que les premiers à adopter un programme de gestion».

Néanmoins, pour d'autres répondants, l'hôpital est, au contraire, pionnier dans l'implantation de la gestion par programme :

«The hospital is ahead on program management of others hospitals».

«I think in Quebec the hospital, I believe, was ahead of other psychiatric hospitals in terms of the way they decentralized and the creation of sectors' clinics in the community and the creation of other types of community-based...»

En termes de co-gestion, toutefois, il n'y a pas de divergence. Tous ceux qui touchent ce point croient que l'hôpital a innové en adoptant la co-gestion:

«L'idée que le médecin fait l'équipe avec l'infirmière ou le travailleur social, le psychologue, ça je pense que c'est peut-être plus particulier à l'hôpital».

«Une chose que je trouve vraiment particulière à ça c'est la co-gestion ici».

Dans un grand nombre d'entrevues, on perçoit l'idée que l'hôpital est vraiment autonome:

«My understanding is that we were ahead, we certainly didn't go to other hospital and figure out what they are doing, copy them, because we didn't have... we did it in our own, with our own methods.

«Je pense que l'hôpital a toujours été capable de prendre ses directions lui-même».

Certaines personnes interviewées voient un côté négatif dans cette autonomie. Il s'agit de ce qu'un des individus interviewés appelle «le réflexe asilaire», c'est-à-dire, l'isolement et la fermeture aux influences potentiellement bénéfiques de l'extérieur:

«J'ai souvent entendu ça... quand la Régie régionale demandait, quand le Ministère demandait des choses... de fermer la porte et de dire... les règles... "on veut nous imposer les règles sociales, fermons la porte et prenons pas ça, restons entre nous"».

Il ressort aussi de quelques entrevues l'idée que l'hôpital est en retard par rapport à ce qui se fait dans le monde:

«I think they used a model from perhaps somewhere in Canada, perhaps in the USA ... but decentralization has been going on for 20 years outside of Quebec and outside of Canada».

«L'Europe a pris le virage ambulatoire beaucoup plus au sérieux que le Canada (...) En Italie, en France, en Suisse et même en Angleterre (...) le mouvement de la désinstitutionnalisation s'est fait depuis un bout de temps. Et je crois qu'au Canada on a été plus long, donc je crois pas qu'on était un modèle pour les gens à l'extérieur du Canada».

À l'intérieur du pays et de la province, pourtant, l'hôpital est vu comme adoptant des innovations plus tôt que les autres établissements:

«The hospital was ahead in the thinking compared to other Quebec psychiatric hospitals and took initiative early».

«On devient un modèle pour les gens à l'intérieur du Canada (...).Au Québec on a fait une plus grande désinstitutionnalisation que les deux autres, les trois autres hôpitaux psychiatriques (...).En Colombie Britannique, ils n'arrivent pas à faire la désinstitutionnalisation de leurs hôpitaux. En Ontario, c'est un peu mix. (...) On est assez leader là dedans».

Finalement, on retrouve dans la plupart des entrevues l'opinion que l'expérience vécue par l'hôpital n'a pas été beaucoup présentée ailleurs et n'a pas attiré beaucoup de visites de personnes d'autres établissements:

«On a passé tellement de temps à l'interne qu'on n'a pas eu de temps à passer à l'externe».

«Non, il n'y a personne qui est venu».

Cependant, cette opinion ne fait pas le consensus. Certains répondants affirment que l'expérience a été présentée par tout, dans des conférences, des forums des associations, etc. Certains affirment même avoir reçu des visites.

En somme, il ressort des entrevues que: (1) l'hôpital maintient un nombre important de contacts avec les autres établissements, (2) la restructuration organisationnelle s'accompagne d'un

regard critique sur ce qui se fait ailleurs, (3) la co-gestion est vue comme une innovation mise en place par l'hôpital, (4) l'autonomie de l'hôpital est valorisée et (5) l'hôpital est vu comme leader à l'intérieur du pays.

En conclusion, on peut dire que l'hôpital présente deux caractéristiques favorisant l'utilisation des connaissances: beaucoup de contacts et une recherche active d'informations. De plus, en sachant que l'adoption précoce des innovations réussies fait de l'organisation un leader dans son secteur, nous pouvons caractériser l'hôpital Tremblay comme une institution qui essaye d'affirmer son leadership dans le secteur de la psychiatrie hospitalière. Or, une des caractéristiques des leaders est une utilisation significative, mais critique, des informations provenant de l'extérieur. Les entrevues révèlent que l'hôpital a adopté une approche critique dans sa recherche d'information, ce qui vient renforcer son profil de leader. Enfin, en ce qui concerne les rapports interorganisationnels, l'influence est favorable à une utilisation importante des connaissances scientifiques par les gestionnaires de cet hôpital.

9.5. Les expériences professionnelles des gestionnaires

Les caractéristiques personnelles ont une influence significative sur la tendance à utiliser des connaissances par les différents individus. Parmi ces caractéristiques, les connaissances pratiques, issues des expériences personnelles, sont tenues comme étant des plus influentes. Le sens de cette influence, toutefois, varie énormément. Beaucoup de connaissances pratiques par exemple, peuvent faire croire à la personne ou bien qu'elle n'a pas besoin d'aller chercher d'autres informations ou bien qu'il existe des connaissances dont la consultation est un passage obligé pour pouvoir prendre une décision éclairée.

En ce qui concerne les gestionnaires, leurs expériences professionnelles ont probablement eu une influence importante sur leurs façons courantes de gérer. Il fallait donc connaître ces expériences. Comme, dans le cas à l'étude, nous examinons l'implantation d'une nouvelle structure de gestion, nous avons questionnés les gestionnaires sur les expériences personnelles qu'ils ont eues avec d'autres processus de restructuration hospitalière. En outre, nous avons cherché à préciser si ces expériences avaient poussé à la recherche de connaissances scientifiques dans le processus de réorganisation actuel. Les questions posées se divisaient ainsi en deux parties: les expériences vécues et les leçons apprises à partir de ces expériences.

Les réponses obtenues révèlent que la grande majorité des gestionnaires ont déjà vécu des expériences de changement organisationnel:

«J'ai vécu de multiples changements».

«J'ai vécu différentes fermetures, ouvertures de services, création de postes, j'ai passé par une vingtaine d'arbitrages, je pense que j'ai passé tout qu'il peut arriver de changement».

L'évaluation des expériences passées n'est pas toujours positive:

«Moi, je n'étais pas gestionnaire à l'hôpital X. L'unité où je travaillais, on n'a pas eu nécessairement une expérience positive».

«Des grands changements, c'est plus sur le papier que d'autre chose, c'est comme le plan quinquennal qui a beaucoup..., beaucoup de réunions, après ça fait de pile qu'on met sur une tablette et tout le monde s'en fout. Dans la pratique, ça change pas grande chose».

D'autres interviewés, cependant, affirment que le changement actuel est le premier ou le plus significatif qu'ils ont vécu:

«C'est la première fois, moi en tout cas, que je vis un changement comme ça».

«Jamais aussi majeur que ça, jamais aussi majeur que ça».

Les types d'expériences vécues sont très variés. Un certain nombre de gestionnaires ont fait toute leur carrière à l'hôpital et connaissent bien les différentes formes d'organisation administrative par lesquelles il a passé. D'autres gestionnaires ont travaillé dans d'autres organisations et ont vécu là aussi des changements importants comme le virage ambulatoire et la fusion d'hôpitaux. Une autre partie des gestionnaires est venue d'établissements non-hospitaliers et même du secteur privé.

Ces expériences ont, en règle générale, influencé la vision et la pratique de gestion adoptées.

Ainsi, par exemple, les gestionnaires qui ont toujours occupé des positions de commande tendent à valoriser le rôle de l'autorité:

«J'ai eu toujours une responsabilité directe en termes d'autorité hiérarchique (...). La structure auparavant nous avions une structure centralisée, nous étions, je dirais, très, très bien organisés avec... de la supervision, de contrôle, une gestion claire, transparente».

Il y a des interviewés qui, à partir de leurs expériences, valorisent non pas l'autorité, mais plutôt la présence d'un leader:

«Quand il y a de bon leader, quand il y a un leader crédible, pas juste au point de vue de gestion, crédible du point de vue de la clinique, ça mobilise les troupes et ça leur facilite le changement. S'il n'y a pas de leader crédible, les gens ont peur, ils ne savent pas où ils s'en vont, ils résistent».

Plusieurs personnes interviewées mentionnent les expériences passées pour justifier l'importance d'un style participatif de gestion et de la mobilisation des gens:

«Rappelez-vous des leçons que vous avez apprises de cette expérience passée? Oui, oui. Je dirais surtout pas d'arriver dans un poste que tu ne connais pas comme quelqu'un qui connaît tout. (...) Je dirais d'aller chercher 100% de la participation des gens dans le processus de décision de changement, d'implantation, je dirais c'est la clé de la réussite».

«Et ce que je me rappelais de cette expérience là c'est que les changements, quand les personnes sont mobilisées sur le projet, les changements sont plus faciles à faire».

D'autres personnes valorisent leurs expériences par rapport à ce qu'elles apportent de nouveau à l'organisation:

«L'expérience que j'ai eue avant m'a permis de dire ici aux personnes qu'il y a des choses différentes qu'on peut faire et qu'on fait aussi dans d'autres hôpitaux».

D'autres encore valorisent le réseau de contacts que leurs expériences leur ont permis de constituer:

«Moi, je connais beaucoup le réseau psychiatrique. J'ai travaillé pendant 20 ans dans le réseau psychiatrique. J'ai connais tout le monde, alors ça c'est aidant parce que j'ai tout un réseau de personnes».

Il y a des personnes interviewées qui valorisent l'expérience de travail en tant que formatrice d'un type d'attitude professionnel:

«Alors ces valeurs dont je vous parle, la centration sur les besoins des patients, des familles, l'accent porté sur la santé plus que sur la maladie... networking... c'est quelque chose qui fait partie de mon curriculum de formation et puis que j'ai pratiqué pendant 15 ans».

Ceux qui ont travaillé dans le secteur privé considèrent que cette expérience leur est très utile maintenant:

«Mon expérience dans le privé, au milieu de travail du privé, ça a été un gros plus».

«I've gone through the organizational changes in the private sector, I was familiar with restructuring organizations (...) I think it is a very good thing for a hospital, a public sector organization to buy in ideas and methods of the private sector».

Finalement, certaines personnes interviewées parlent de leurs expériences passées en termes d'attitudes face au changement lui-même:

«Je savais par l'expérience que ça fait beaucoup de stress, beaucoup d'inquiétude, beaucoup de perte vécue par les intervenants mais que c'est un gain pour le service».

En résumé, avoir vécu d'autres changements organisationnels et y avoir appris quelque chose d'utile constitue la règle parmi les gestionnaires de l'hôpital. Ceux qui n'ont pas eu d'expériences marquantes ou positives sont minoritaires. Les expériences ont été traduites en types divers de connaissances pratiques et de conduites: la valorisation de l'autorité et du leadership, l'importance de la participation et de la mobilisation, la connaissance des pratiques des hôpitaux non psychiatriques, l'intégration à un réseau professionnel, la maîtrise des techniques propres au secteur privé et même la maîtrise des émotions générées par les processus de changement. Ces connaissances pratiques sont toutes explicitement liées au comportement actuel des gestionnaires: elles justifient en partie leur adhésion ou leur opposition au changement en cours à l'hôpital.

Néanmoins, nous ne trouvons aucune référence à la pratique d'aller chercher plus d'information scientifique, ni parmi ceux qui ont eu beaucoup d'expériences ni parmi ceux qui en ont eu moins. Ainsi, nulle expérience passée ne semble avoir poussé les gestionnaires à consulter les écrits scientifiques ou les chercheurs. Les connaissances pratiques des gestionnaires interviewés ne se sont pas constituées comme un facteur incitatif à l'utilisation de la connaissance scientifique. De même, le manque d'expérience n'a pas non plus incité les administrateurs à chercher de la connaissance scientifique.

9.6. Les facteurs favorables et les facteurs défavorables

L'analyse des informations fournies par les entrevues et par les documents montre que, des cinq facteurs étudiés, trois sont favorables à l'utilisation de la connaissance par l'ensemble des membres de l'hôpital. Des deux autres, un est clairement défavorable et l'autre n'est favorable à l'utilisation de la connaissance que dans le groupe des hauts dirigeants.

Les trois facteurs d'influence favorisant l'application des connaissances scientifiques sont le caractère de la décision, la participation dans le processus de prise de décision et l'intensité des rapports organisationnels.

En effet, la décision de restructurer l'hôpital est largement vue comme stratégique, ce qui en théorie pousse les décideurs à chercher plus d'informations, y compris les scientifiques. D'ailleurs, cette décision a touché à divers intérêts et a beaucoup mobilisé les membres de l'organisation, ce qui constitue un autre facteur favorable à l'utilisation, au moins symbolique, des connaissances. En outre, l'hôpital a cherché activement, et en adoptant une perspective critique, des informations provenant d'autres expériences de restructuration administrative, ce qui est aussi un facteur favorable à l'utilisation des connaissances scientifiques.

Le facteur influant négativement sur l'application des connaissances à l'hôpital Tremblay est lié aux expériences personnelles des gestionnaires. Elles ont généré beaucoup de connaissances pratiques, qui ont influé sur les comportements actuels de gestionnaires, mais ne les ont pas incités à aller chercher des connaissances scientifiques.

Le facteur qui est favorable, mais exclusivement dans le groupe des hauts dirigeants, est l'accessibilité à la connaissance. En effet, ces dirigeants ont des contacts avec des chercheurs en administration, ont participé à des initiatives de diffusion d'informations sur la gestion par programme et ont consulté des écrits scientifiques. Considérant leur position hiérarchique, on peut supposer que les membres de la direction générale ont diffusé les informations apprises à l'ensemble de l'organisation.

Enfin, dans l'hôpital à l'étude, la plupart des facteurs d'influence contribuent, en principe, au cheminement des métaphores du discours scientifique vers le discours des gestionnaires. S'ils ont effectivement contribué, toutefois, nous le verrons dans un chapitre postérieur, où nous identifierons le degré de convergence ou de divergence entre le discours scientifique et le discours des administrateurs et leurs possibles explications.

Avant cela, voyons ce que pensent les chercheurs de l'hôpital-même de l'utilisation des connaissances scientifiques par ses gestionnaires.

10. L'avis des chercheurs travaillant dans l'hôpital

Nous avons déjà noté que l'hôpital Tremblay est doté d'un Centre de recherche associé. Ce centre est composé de trois divisions: neurosciences, clinique et psychosociale. Cette dernière division considère l'évaluation de services en santé mentale comme un de ses domaines prioritaires d'investigation. D'ailleurs, l'hôpital a dans son personnel un chercheur dont le mandat principal est de faire l'évaluation des programmes.

Étant donné que nous étudions l'utilisation des connaissances scientifiques par les gestionnaires de cet hôpital, il est pertinent et intéressant de connaître l'opinion des chercheurs impliqués dans l'évaluation des services. Nous avons donc interviewé les deux chercheurs-évaluateurs chefs d'équipe pour prendre leur avis sur l'utilisation des résultats de leurs propres travaux de recherche.

Un des chercheurs se montre assez pessimiste:

«L'utilisation des recherches... je ne sais pas... Pourquoi ça marche pas?».

Il mentionne plusieurs obstacles:

«Il faut être présente à tous les niveaux, dès le secrétaire, l'archive, l'informatique, les intérêts des cadres, les cadres intermédiaires, le conseil d'administration. Il faut toutes les ressources à la bonne place, au bon moment (...) On n'est jamais capable de parcourir toute la chaîne.

Les logiques de fonctionnement sont différentes, la complexité de la recherche est différente de la complexité de l'organisation.

Il y a une cécité du système par rapport à lui-même. On ne voit pas des choses de l'intérieur, des choses de l'extérieur sont plus visibles. On oublie les recherches faites ici au moment de la décision.

Le gestionnaire est centré sur la solution du problème et la déception vient au niveau de la réponse, les chercheurs font des réponses conditionnelles (...) la réponse des chercheurs n'est pas claire.

La taille de l'organisation interfère beaucoup. Dans des petites organisations ou sous-programmes, ça marche mieux. Une équipe, un cadre... le chercheur peut mieux se placer».

Cependant, ce chercheur voit un certain progrès à l'hôpital:

«L'utilisation de la connaissance acquise, nous sommes plus en avance maintenant, avec des gestionnaires plus ouverts».

Cette valorisation récente de la recherche semble liée à l'objectif de devenir un institut universitaire, ce qui incite surtout un type stratégique d'utilisation de la connaissance:

«L'utilisation symbolique est très, très forte ici».

L'autre chercheur est aussi pessimiste en ce qui concerne l'utilisation des résultats de ses recherches à l'échelle de l'organisation. Pourtant, il admet que ses études ont un certain impact:

«Trois études sur quatre, peut-être moins, mais sûrement la moitié des études que je fais n'ont aucun impact. Peut-être je suis sévère, si je regarde la tradition, notre évaluation des programmes, on peut parler d'impact sur le milieu à différents niveaux: un des impacts est le changement de mentalité, de façon de penser. Et ça dans la plupart des études que je fais à ce moment, j'ai un impact à ce niveau là, parce que je les implique beaucoup dans le processus».

En effet, il croît qu'il y a des façons efficaces de promouvoir l'utilisation:

«Ça reste ainsi deux facteurs: moi-même comme chercheur bien intégré au milieu, ensuite dans ma méthode le plus possible impliquer les gens au tout début, au moment où on se pose la question et ensuite dans toutes les étapes... eux-mêmes deviennent tributaires des résultats».

Il reconnaît qu'il ne s'agit pas d'une utilisation à large échelle:

«C'est pas un impact qui est majeur, c'est limité aux gens qui ont participé. J'ai suivi toutes les règles, j'ai présenté dans les congrès, ici à l'hôpital. Mais encore là les vrais changements sont ceux qui se sont produits au cours de l'étude avec les gens qu'on a réussi à impliquer. Et c'est pas beaucoup. Au fond, on a des grandes prétentions de changer les pratiques, dans le fond c'est des petits morceaux....»

Cependant, parfois des expériences très locales sont reprises ailleurs:

«Ça m'a toujours surpris, en travaillant sur des questions très locales, mon impact a été quelques fois ailleurs complètement. Par exemple, (...) j'étais surpris de voir qu'il y a des gens en France qui utilisaient le protocole que nous on a développé pour des familles d'ici (...). Au Brésil, ils ont traduit mon questionnaire sur la satisfaction et l'utilisent».

Et, en ce qui concerne spécifiquement la décision d'implanter la nouvelle structure d'organisation par programme, les membres de l'hôpital ont-ils utilisé des informations scientifiques ?

La réponse n'est pas simple. D'un côté, les deux chercheurs affirment que l'hôpital a utilisé des connaissances scientifiques au moment de la planification stratégique. L'un:

«À un moment donné, pendant la planification stratégique, on voyait que la recherche appuyait le travail du comité, soumettant des textes à lire. On peut avoir dans l'organisation de traces [de cet appui]».

L'autre:

«Quand j'étais dans le planning stratégique, j'ai été consulté. (...) J'ai apporté des connaissances. (...) J'ai présenté les résultats de recherche sur la satisfaction».

D'un autre côté, au moment de la définition concrète de la structure, le rôle joué par l'information scientifique est ignoré ou est carrément secondaire. L'un:

«Mais quand on est passé au niveau d'application plus concrète, j'étais pas impliquée».

L'autre:

«Par rapport au plan d'organisation, j'étais impliqué dans le comité de satisfaction, mais sur l'organigramme non. Sur la place de la recherche, oui, mais non sur la structure en général. (...) C'est vrai que c'est un modèle qu'il y a du sens. Mais le moteur principal du changement a été plus une question de contrôle et de négociation pour avoir des fonds et pouvoir les gérer. (...) J'ai l'air négatif, je suis négatif dans le sens que la décision se prend plus pour des raisons politiques, sur des enjeux de pouvoir que sur la base de la littérature».

En somme, selon les chercheurs interviewés, l'utilisation des résultats de travaux de recherche par les membres de l'hôpital rencontre des obstacles significatifs, même s'il y a eu, plus récemment, un certain progrès à cet égard. D'autre part, il y a un degré d'utilisation non négligeable, si on considère les intervenants impliqués directement dans les activités de recherche. Quant au processus de restructuration de l'hôpital, des informations scientifiques ont été utilisées, au moins, pendant la planification stratégique.

11. La comparaison des discours

La lecture des chapitres précédents a certainement laissé l'impression de l'existence de plusieurs points convergents entre le discours des gestionnaires et celui des scientifiques. Il faut, toutefois, mieux préciser le degré de convergence et de divergence à travers une juxtaposition des discours. Cette comparaison est importante car elle indiquera jusqu'à quel point les deux groupes de professionnels donnent le même sens à la gestion par programme ou adoptent des sens distincts. L'hypothèse de l'utilisation de la connaissance scientifique requiert que le sens de la gestion par programme soit, au moins partiellement, partagé entre les gestionnaires et les chercheurs.

Nous commencerons par l'examen des points de convergence et de divergence entre le discours des gestionnaires de l'hôpital et celui des associations professionnelles. L'objectif est de définir si nous avons à traiter avec un ou avec deux discours professionnels sur la gestion par programme. Deuxièmement, nous analyserons les points convergents et divergents dans le discours des associations professionnelles et celui des scientifiques. Il s'agit de la première comparaison entre les métaphores préférées par des gestionnaires et celles préférées par des chercheurs. Troisièmement, nous vérifierons les convergences et les divergences entre les propos sur la gestion par programme des dirigeants de l'hôpital et les écrits scientifiques. Il s'agit d'un deuxième niveau de comparaison entre les expressions utilisées par des gestionnaires et celles utilisées par des chercheurs.

11.1. Convergence et divergence entre les métaphores utilisées par les gestionnaires de l'hôpital et par les textes professionnels

Nous avons étudié les discours des gestionnaires de la santé à deux niveaux: celui d'un hôpital particulier et celui des associations professionnelles. Il est important de connaître les points de convergence et de divergence entre les deux, car cela montrera s'il s'agit d'un discours partagé ou de deux discours distincts. S'il s'agit d'un discours assez semblable, nous aurons une forte suspicion de l'existence d'échanges entre les représentants professionnels et les gestionnaires de l'hôpital. S'il s'agit de deux discours distincts, il va falloir non seulement expliquer leurs différences, mais aussi vérifier si ces explications sont liées à une utilisation différenciée des connaissances scientifiques.

Nous nous souvenons que le sens de la gestion par programme à l'échelle de l'hôpital est donné par les concepts suivants: (1) augmenter l'imputabilité des gestionnaires, (2) mettre le

client au centre de l'organisation, (3) améliorer l'efficacité, (4) faire face aux coupures budgétaires, (5) augmenter la supervision, (6) favoriser l'interdisciplinarité, (7) devenir un centre d'excellence, (8) améliorer la qualité des soins, (9) favoriser le travail d'équipe et (10) répondre aux pressions de l'environnement.

Dix autres concepts sont utilisés par des sous-groupes de membres de l'hôpital, surtout par les hauts dirigeants: (11) favoriser la mise en place d'un modèle bio-psychosocial, (12) travailler en partenariat avec les organismes communautaires, (13) favoriser l'émergence d'une organisation apprenante, (14) concilier l'interdisciplinarité avec le modèle médical, (15) rapprocher la décision de l'exécution, (16) être dirigé par une nouvelle administration, (17) répondre à une demande de la base, (18) améliorer la coordination entre les divisions, (19) favoriser l'engagement des médecins et (20) formaliser une pratique déjà existante dans certains secteurs, en l'étendant à tout l'hôpital.

En ce qui concerne les textes professionnels, les métaphores employées par rapport à la gestion par programme sont: (1) centrer les activités sur les besoins de patients, (2) décentraliser la prise de décision, (3) favoriser l'intégration clinique et administrative, (4) promouvoir l'interdisciplinarité, (5) améliorer l'efficacité, (6) contrôler les coûts, (7) augmenter l'imputabilité du personnel, (8) assurer la qualité des services, (9) favoriser la participation du personnel, (10) améliorer la coordination, (11) stimuler l'engagement des médecins et (12) renforcer les liens avec la communauté et avec des partenaires externes. En outre, nous avons noté que les écrits professionnels mentionnent l'environnement changeant comme ayant poussé les hôpitaux à se restructurer.

Il ressort d'emblée une importante convergence entre les deux discours. De fait, toutes les métaphores employées dans les textes se retrouvent dans le discours des gestionnaires de l'hôpital. Ce haut degré de convergence peut être expliqué au moins de deux façons. Premièrement, les gestionnaires peuvent avoir assimilé le contenu des écrits. Le fait que les périodiques officiels de l'Association des hôpitaux du Québec et du Collège canadien des directeurs de services de santé soient bien diffusés appuie cette hypothèse. Deuxièmement, les écrits reflètent les expériences d'implantation de la structure par programme dans des hôpitaux canadiens, expériences dont certaines sont bien connues par les gestionnaires interviewés.

De toute façon, une analyse plus détaillée des points convergents pourra donner des indications plus précises sur les rapports entre les deux discours. Examinons donc, une à une, les métaphores communes aux gestionnaires de l'hôpital et aux écrits professionnels.

Centrer les soins sur les besoins des patients est une métaphore très utilisée. Dans l'hôpital, elle est vue, le plus souvent, comme une valeur en soi. Parfois, elle est vue comme un

principe organisateur: on met sur pied un service parce qu'il y a un besoin à combler et non parce qu'il y a un médecin intéressé. Finalement, elle est vue comme une adaptation aux nouvelles conditions de la pratique psychiatrique. Dans les textes professionnels, cette métaphore est aussi une valeur ou un principe majeur de la gestion par programme. D'ailleurs, elle est aussi un principe organisateur, s'opposant à la pratique d'organiser les services selon les besoins des fournisseurs. En plus, elle est une conséquence du fait que les patients sont présentement mieux informés et plus exigeants. Ainsi, les trois acceptions de l'expression, retrouvées dans le discours de l'hôpital, se rencontrent aussi dans les publications des associations. Nous constatons donc l'existence d'une forte convergence. Il faut noter, toutefois, que dans les entrevues, les répondants préfèrent utiliser l'expression «mettre le client au centre de l'organisation» que «centrer sur les besoins des patients»: une nuance dont nous parlerons un peu plus tard.

Décentraliser la prise de décision est aussi une notion commune qui signifie à l'hôpital et dans les textes professionnels, le transfert du pouvoir de décision des instances supérieures et des chefs de disciplines aux directeurs de programme. Il faut souligner, toutefois, que du côté de l'hôpital, elle n'apparaît pas en tant qu'expression propre. Cela s'explique par le fait qu'elle a été le point de départ des entrevues. Nous nous souvenons que la direction de l'hôpital a suggéré la décentralisation comme le sujet des entrevues, étant donné qu'elle était considérée comme la pierre angulaire de la restructuration. Ce n'était qu'au fur et à mesure que les entrevues se déroulaient que les personnes interviewées parlaient de la gestion par programme comme un tout. Ainsi, dans les entrevues, la décentralisation est presque synonyme de la gestion par programme. De toute manière, un tiers des personnes interviewées ont accentué une dimension de la décentralisation, à savoir, rapprocher la décision de l'exécution. En ce qui concerne les textes professionnels, curieusement, la situation est semblable. En effet, comme nous l'avons déjà soulevé, dans la préface du livre *Program Management and Beyond* (CCDSS, 1994) il est affirmé que, sous la rubrique gestion par programme se regroupent différents cas de restructuration organisationnelle, qui ont en commun surtout l'adoption de formes de gestion décentralisées. La convergence ne saurait être plus grande.

Favoriser l'intégration clinique et administrative implique, selon les textes, donner aux chefs de programme l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des ressources affectées au programme, en maintenant des structures disciplinaires dans le rôle d'assureurs de la qualité des actes. Malgré le fait que l'expression en tant que telle est absente, l'idée se retrouve également dans l'hôpital. En effet, plusieurs personnes interviewées ont affirmé qu'il fallait donner aux chefs de programme le pouvoir de gérer l'ensemble de l'équipe. D'ailleurs, le Plan d'organisation définit l'assurance de la qualité professionnelle comme la fonction primordiale des structures

disciplinaires. Il y a convergence complète.

Aussi bien dans les textes qu'à l'hôpital, la gestion par programme est considérée comme capable de *promouvoir l'interdisciplinarité*. Le livre du CCDSS affirme que l'approche par programme réduit les barrières à intégration des disciplines et le Plan d'organisation dit qu'elle est le «meilleur véhicule» pour promouvoir l'interdisciplinarité, car elle «offre un environnement plus propice à la collégialité interdisciplinaire». En plus, dans les entrevues, il est ajouté que c'est le caractère bio-psychosocial des problèmes de santé mentale qui exige la mise en place d'une structure favorisant l'interdisciplinarité. Ainsi, la convergence est totale en ce qui concerne l'idée que l'organisation par programme promeut l'interdisciplinarité. D'ailleurs, le fait que l'hôpital Tremblay traite de problèmes mentaux est valorisé pour expliquer l'importance de l'interdisciplinarité. Voilà un exemple de ré-interprétation d'une métaphore qui garde le sens général, tout en y ajoutant un sens particulier.

Améliorer l'efficacité signifie, à l'hôpital, offrir plus de services avec moins de ressources. La gestion par programme améliore l'efficacité car elle oblige les gestionnaires à se responsabiliser par rapport aux budgets et à valoriser la performance. Selon les textes, l'approche par programme favorise une allocation efficace des ressources parce qu'elle favorise la transformation des gestionnaires en «intrapreneurs» continuellement à la recherche des manières plus coût-efficaces d'organiser les services. Ici aussi, il y a une convergence complète entre les positions des associations et de l'hôpital.

Le *contrôle de coûts* est une expression assez présente dans les publications professionnelles. La gestion par programme est sensée faciliter l'implantation du contrôle de coûts par épisode de soins et rendre les gestionnaires plus attentifs aux coûts indirects, surtout quand il y a des mécanismes «d'achat» des services des départements centraux par les programmes. L'idée du contrôle de coûts est aussi présente à l'hôpital. Cependant, elle y prend une forme différente. Les personnes interviewées parlent plutôt de «faire face aux coupures budgétaires» tandis que dans les plans on parle de coûts croissants et de contraintes budgétaires. La gestion par programme doit faire fonctionner l'hôpital avec des coûts réduits. Nous percevons que s'il y a convergence, elle n'est pas totale. Nous parlerons de cette différence un peu plus loin.

Augmenter l'imputabilité des gens signifie, à l'hôpital, responsabiliser les gestionnaires de base pour la gestion et clinique et budgétaire. Pour la plupart des personnes interviewées, cela devrait améliorer l'efficacité et augmenter la satisfaction du personnel. Certains, toutefois, y voient une volonté de déresponsabilisation de la part de la haute direction. Les écrits professionnels, de leur côté, affirment que les chefs de programme doivent être imputables de toutes les ressources financières et humaines de leurs programmes et, en fin de comptes, de

l'atteinte des résultats. Nous constatons ainsi une convergence entre la vision de la majorité des personnes interviewées et celle des textes. La position de la minorité, au contraire, diverge de celle des associations professionnelles.

Améliorer la qualité des services, développer la qualité des soins et assurer la qualité des actes professionnels sont des expressions assez utilisées aussi bien dans les publications des associations que dans les entrevues et les documents de l'hôpital. On constate, ici, un autre point de convergence complète, sans aucune différence entre les discours.

Les textes professionnels affirment plusieurs fois que la gestion par programme *favorise la participation* du personnel. En effet, les expériences évaluées dans ces textes montrent qu'il y a plus de participation des médecins à la gestion après l'implantation de l'approche par programme. Dans le Plan d'organisation de l'hôpital, il est écrit que développer un environnement propice à la participation est un des objectifs de la nouvelle structure. Cette métaphore, toutefois, est absente des entrevues. Nous voyons donc qu'il s'agit d'un point de convergence entre les textes et la vision des rédacteurs du Plan, les membres de la haute direction de l'hôpital.

Améliorer la coordination des services de l'hôpital est une autre métaphore commune aux textes et à l'hôpital. Les textes disent que l'approche par programme favorise une offre plus coordonnée de services, en combattant leur fragmentation. À l'hôpital, on dit que la gestion par programme améliore la coordination des services aux niveaux des divisions et des équipes. Les divisions sont mieux coordonnées, parce qu'il y a maintenant une instance, le trio, spécifiquement chargée de les coordonner. Et les équipes sont mieux coordonnées, parce que leurs membres sont supervisés de plus près. Nous constatons ici un degré élevé de convergence: il s'agit toujours d'éviter la fragmentation. Toutefois, à l'hôpital, la dimension de la supervision est ajoutée.

Les publications des associations et également les informations obtenues à l'hôpital font référence à la capacité de la gestion par programme de *stimuler l'engagement des médecins*. Il s'agit de leur donner un pouvoir formel de décision sur le personnel et sur le budget pour qu'ils se sentent responsables des résultats en termes de performance organisationnelle. Toutefois, à l'hôpital, on ajoute le besoin de recruter des psychiatres et même de retenir ceux qui y sont déjà. Ainsi, il y a, en général, une convergence, mais il y a aussi une particularité propre à l'hôpital.

Renforcer les liens avec la communauté et avec des partenaires externes est encore une expression caractérisant la gestion par programme et commune aux textes professionnels et à l'hôpital. Cependant, il faut rappeler que, dans l'hôpital, la notion de partenariat externe est présente dans les Plans, mais qu'elle est absente des entrevues, ce qui indique qu'elle n'est utilisée que par la haute direction.

Finalement, la référence aux pressions environnementales est la dernière notion commune à l'hôpital et aux associations professionnelles. Les gestionnaires interviewés parlent de suivre des directives gouvernementales et des courants managériaux, tandis que les textes parlent, de façon plus générale, de changements sociaux, politiques et économiques affectant le système de santé.

En faisant le bilan des treize points de convergence, nous constatons que:

1) les sens sont parfaitement identiques dans quatre cas: décentraliser, intégrer la clinique et l'administration, améliorer l'efficacité et assurer la qualité de soins.

2) dans un cas, celui de l'imputabilité, le positionnement des associations est convergent avec la vision de la majorité, mais non avec la vision de la minorité dans l'hôpital.

3) dans deux cas, les sens sont identiques, mais ces expressions, compte tenu de leurs absences dans les entrevues, semblent être plus importantes dans les publications des associations qu'à l'hôpital: favoriser la participation du personnel et renforcer le partenariat externe.

4) dans trois cas, les sens sont apparemment égaux, mais il y a des différences secondaires qui font qu'on soupçonne l'existence de divergences. Ce sont les cas de «centrer sur les besoins des patients», de «favoriser le contrôle des coûts» et de «répondre aux pressions de l'environnement».

5) dans trois autres cas, le sens donné à l'expression dans les textes se retrouve aussi à l'hôpital, mais on lui adjoint un sens particulier: l'interdisciplinarité qui, en plus du sens commun aux textes et à l'hôpital, acquiert le sens de répondre à une exigence des soins en santé mentale; la coordination qui reçoit le sens particulier de supervision; et l'engagement des médecins qui acquiert le sens complémentaire de favoriser la rétention des psychiatres.

Nous constatons donc que la convergence entre le discours des leaders professionnels et celui des gestionnaires de l'hôpital est effectivement très importante. Les différences mentionnées ci-dessus dans les points 2 à 5 semblent tout à fait secondaires.

La vision négative de la minorité sur l'imputabilité s'explique par le fait qu'il s'agit de l'opinion du groupe s'opposant la restructuration de l'hôpital. Ce groupe essaie de combattre ce qui est le principal argument de ceux qui proposent l'implantation de la gestion par programme.

De plus en ce qui concerne l'imputabilité, on constate qu'il y a une autre différence qui mérite de prêter notre attention. Il s'agit du degré d'importance de cette justification. Dans les entrevues, accroître l'imputabilité est la raison la plus citée pour justifier la gestion par programme, tandis que dans les écrits professionnels cet argument occupe une position qui n'est pas si marquée. Pourquoi «les gens vraiment ont adopté» le mot imputabilité, comme l'a dit une des personnes interviewées ? Peut-être y avait-il un sentiment, comme l'a exprimé une autre personne interviewée, qu'il y avait précédemment à l'hôpital «un certain laxisme, beaucoup de

laisser-aller» et que ce sentiment était vraiment partagé par la majorité des individus interviewés?

L'absence dans les entrevues de l'expression «participation du personnel», par contre, n'est pas facilement explicable. En effet, l'idée de participation semble être présente dans les expressions telles: «on va être imputable de notre façon de gérer et on va en répondre» ou «maintenant on est beaucoup relié, il y a beaucoup de communication». La notion de partenariat externe, à son tour, n'est pas présente dans les entrevues probablement parce que l'adoption de l'organisation par programme est vue surtout dans sa dimension interne. Les liens avec des partenaires externes sont dans une certaine mesure indépendants de la structure interne.

L'expression «centrer sur les besoins des patients» est utilisée dans les documents de l'hôpital et dans les publications des associations, tandis que les gestionnaires interviewés parlent plutôt de «mettre le client au centre de l'organisation». Or, l'expression des personnes interviewées ressemble beaucoup au slogan utilisé à un moment donné par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec «le citoyen au centre du système de soins» (MSSS, 1990). Il semble que, si les rédacteurs des plans ont été directement influencés par les écrits professionnels, les gestionnaires à l'ensemble de l'hôpital ont associé la formule contenue dans les plans à la formule diffusée par le Ministère.

La différence entre les textes et l'expérience de l'hôpital, en ce qui concerne les métaphores liées à l'idée de coûts, est probablement une conséquence du fait que la restructuration de l'hôpital a été déclenchée pendant, ou à cause, des contraintes budgétaires. L'expression choisie par les personnes interviewées semble refléter plutôt l'influence du contexte institutionnel. Cependant, il faut noter que les écrits professionnels font aussi référence au contexte socio-économique pour justifier le besoin de contrôler les coûts. Ainsi, la présence du même thème, exprimé un peu différemment, dans les deux discours semble avoir la même source.

Par rapport aux facteurs environnementaux, les différences entre les positions des associations et celle de l'hôpital découlent de l'adoption d'une approche plus analytique par les auteurs des textes. Les gestionnaires interviewés, au contraire, sont plus sensibles aux pressions externes immédiates, c'est-à-dire, aux directives ministérielles.

Ces différences entre les textes et l'expérience à l'hôpital, parmi les points de convergence, caractérisent ce qu'Alvesson (1993) a appelé les métaphores de deuxième ordre. Autrement dit, une même expression métaphorique peut faire référence à divers sens. Le sens le plus explicite d'une expression correspond à la métaphore de premier ordre, tandis que les sens secondaires, qui sont souvent différents dans deux utilisations de la même expression, correspondent aux métaphores de deuxième ordre. L'exemple du mot «imputabilité» illustre bien ce cas: à une même signification de premier ordre correspond, à un deuxième niveau, deux sens

distincts, celui de la majorité et celui de la minorité. Dans le cas des expressions analysées aux paragraphes précédents, la présence de métaphores de deuxième ordre semble être due à l'influence du contexte particulier d'un hôpital psychiatrique dans un environnement institutionnel marqué par des contraintes budgétaires.

Néanmoins, il n'y a pas que des divergences de deuxième ordre. Nous trouvons aussi des points divergents dans les métaphores de premier ordre. Ces divergences sont une conséquence d'un plus grand nombre de raisons justifiant l'implantation de la gestion par programme retrouvées dans les entrevues que dans les publications professionnelles. Ce «surplus» de raisons dans l'expérience de l'hôpital est tributaire, avec une seule exception, des justifications peu répandues et particulières à des sous-groupes.

L'exception est *la supervision des subalternes*, une justification très répandue. En regardant en détails, nous voyons que 60% des hauts gestionnaires, 30% des dirigeants intermédiaires, 40% des gestionnaires de base et 100% des conseillers en activités professionnelles croient qu'augmenter la supervision fait partie des objectifs de l'implantation de la gestion par programme. Il s'agit donc d'une justification verbalisée surtout par les conseillers, mais qui s'est diffusée à l'ensemble de l'hôpital. Plus intéressant pourtant, est le fait de savoir que les hauts dirigeants interprètent la supervision comme une façon d'améliorer la coordination, tandis que les autres la perçoivent comme ayant pour objectif contrôler le travail des subalternes. Or, l'idée d'amélioration de la coordination est présente dans les écrits, contrairement à l'idée de contrôle des subordonnés. Ainsi, la distinction entre les deux discours se situe surtout dans l'interprétation donnée par les membres de l'hôpital qui ne sont pas de la haute direction. Cela peut suggérer que les points de vue des leaders professionnels sont plus proches du point de vue des hauts dirigeants que de celui des autres membres de l'organisation.

Les autres justifications, absentes des écrits, mais utilisées par les membres de l'hôpital révèlent effectivement des particularités de l'hôpital ou de ses gestionnaires. Ainsi, *devenir un centre d'excellence en clinique, en enseignement et en recherche* est une condition nécessaire pour assurer la reconnaissance sociale à un hôpital psychiatrique après tout le mouvement de la désinstitutionnalisation. Les écrits, toutefois, ne traitent pas spécialement des hôpitaux psychiatriques. De même, favoriser la mise en place d'un *modèle bio-psychosocial* est une spécificité du domaine de la santé mentale.

Concilier l'interdisciplinarité avec le modèle médical et favoriser l'émergence d'une organisation apprenante sont des justifications présentes exclusivement dans le Plan d'organisation, reflétant par là une vision particulière à la haute direction. La première est plus suggestive du pouvoir médical à l'hôpital que de l'utilisation des connaissances par les hauts

dirigeants. La deuxième, au contraire, démontre que les rédacteurs du Plan ont effectivement cherché des informations scientifiques. Les nombreuses références bibliographiques sur le concept d'organisation apprenante en sont la preuve.

L'arrivée d'une nouvelle administration est une justification qui relève aussi d'une particularité de l'hôpital. Pourtant, il s'agit d'une explication du changement qui se retrouve souvent dans les expériences rapportées dans le livre *Program Management and Beyond. Management Innovations in Ontario Hospitals* (1994) publié par le CCDSS. Le contexte semble être un contexte de changements un peu partout.

Répondre à une demande de la base est une justification très peu mentionnée: à peine trois fois. Cependant, sa distribution semble montrer qu'il s'agit effectivement d'une particularité de l'hôpital et non des points de vue personnels. En effet, cette métaphore est partagée par deux hauts dirigeants et un gestionnaire de base, deux étant infirmiers et un médecin, tous les trois étant par ailleurs d'anciens membres de l'hôpital.

Formaliser une pratique déjà existante est une expression mentionnée une seule fois. Il s'agit donc de la vision particulière d'un individu. Pourtant, si cette justification ne fait pas partie du discours des associations professionnelles, nous l'avons quand même trouvée dans le rapport des expériences de certains hôpitaux ontariens.

Ainsi, les métaphores de premier ordre qui sont distinctes dans les discours des associations et de l'hôpital, non seulement sont moins disséminées à l'échelle de l'hôpital, mais relèvent, comme les métaphores de deuxième ordre, des aspects plus spécifiques de la vie de l'hôpital.

En somme, le degré de convergence entre les textes professionnels et le discours des gestionnaires de l'hôpital est très élevé. Les points divergents sont secondaires: des métaphores de deuxième ordre ou peu disséminées qui s'expliquent surtout par des particularités de l'hôpital. En outre, l'influence du contexte institutionnel sur les discours ressort clairement et dans les entrevues et dans les textes professionnels. Ainsi, l'amplitude de la convergence peut être un résultat des échanges entre les gestionnaires de l'hôpital et leurs représentants ou une conséquence du fait qu'ils se placent dans le même contexte. Quoi qu'il en soit, le fait que les deux discours soient si semblables affaiblit l'hypothèse d'un écart majeur entre eux en ce qui concerne l'utilisation des connaissances scientifiques.

11.2. Convergence et divergence entre les métaphores des textes professionnels et des écrits scientifiques

Il n'est peut-être pas inutile de répéter que dans les écrits professionnels, les métaphores utilisées pour donner un sens à la gestion par programme font référence aux concepts suivants: (1) centrer les services sur les besoins de patients, (2) décentraliser la prise de décision, (3) favoriser l'intégration clinique et administrative, (4) promouvoir l'interdisciplinarité, (5) améliorer l'efficacité, (6) contrôler les coûts, (7) augmenter l'imputabilité du personnel, (8) assurer la qualité des services, (9) favoriser la participation du personnel, (10) améliorer la coordination, (11) stimuler l'engagement des médecins et (12) renforcer les liens avec la communauté et avec des partenaires externes. En outre, les textes professionnels affirment que la gestion par programme se caractérise par le regroupement de la clientèle sur la base de besoins de nature similaire.

Quant aux articles scientifiques, le sens de l'approche par programme est constitué par sa définition particulière - regrouper des patients selon leurs besoins en termes de services - associée aux notions de: (1) augmenter le contrôle des coûts, (2) améliorer l'efficacité, (3) améliorer la qualité des soins, (4) favoriser l'interdisciplinarité, (5) augmenter l'intégration des décisions cliniques et administratives, (6) chercher la satisfaction des clients, (7) améliorer la coordination, (8) améliorer le rendement, (9) décentraliser le pouvoir de décision, (10) chercher la satisfaction des besoins des patients, (11) bien se positionner dans le marché et (12) accroître l'imputabilité des gestionnaires.

Il y a de manière évidente un haut degré de convergence entre le discours des chercheurs et celui des associations professionnelles canadiennes. D'abord, la définition spécifique de la gestion par programme est similaire. Deuxièmement, neuf des douze métaphores caractérisant la gestion par programme sont communes aux textes professionnels et aux écrits scientifiques. Ce degré élevé de convergence est facilement explicable si on prend en compte le grand nombre de références croisées: les écrits scientifiques citent les écrits professionnels et vice-versa. En outre, il faut dire que le livre publié par le CCDSS (1994) sur la gestion par programme a été écrit en collaboration par des scientifiques et des gestionnaires.

Un examen plus détaillé montre que neuf métaphores communes sont identiques: les mêmes mots sont employés dans un sens absolument identique. Dans seulement un cas, celui des expressions «centrer sur les besoins des patients» et «chercher la satisfaction des besoins des patients », il semble exister une distinction de deuxième ordre. Toutefois, cette distinction n'est

qu'apparente. De fait, l'expression «patient-focused care» est très répandue dans les écrits scientifiques.

Malgré l'importance de la convergence, il y a un certain nombre de points divergents qu'il faut examiner.

Trois de ces divergences portent sur l'absence dans les textes des associations professionnelles des expressions suivantes: «améliorer le rendement», «bien se positionner dans le marché» et «chercher la satisfaction des clients». Ces différences peuvent être expliquées par l'influence du contexte. En effet, il n'y a pas beaucoup de sens à parler de «rendement», de «marché» et de «satisfaction des clients» dans un système de soins financé publiquement comme l'est le système de santé canadien. Ces absences rejoignent une autre différence, notée dans la section sur l'analyse des écrits scientifiques et qui est liée à la préférence pour les termes «programme», dans les publications canadiennes, et «ligne de produit », dans les publications américaines. Encore ici, l'explication découle des caractéristiques contextuelles d'un système public de santé comme l'ont remarqué Stuart et Sherrard (1987).

Deux autres divergences sont également notées: il y a absence dans les articles scientifiques des expressions «renforcer les liens avec la communauté et avec des partenaires externes» et «stimuler l'engagement des médecins». Dans le premier cas, c'est encore le contexte qui explique la différence: il se peut que les auteurs canadiens soient influencés par les politiques de santé recommandant le «virage ambulatoire». Il faut ajouter, toutefois, qu'il y a une exception: les écrits sur le «case management» parlent de liens avec la communauté. Probablement, les articles en parlent à cause du fait qu'il s'agit d'une approche de gestion très adoptée en santé mentale, un domaine où l'implication de la communauté est valorisée. Dans le deuxième cas, l'expression est absente des écrits scientifiques, mais l'idée d'implication des médecins dans l'administration des hôpitaux y est assez présente et s'exprime à travers les notions d'augmenter l'intégration clinique et administrative et d'accroître l'imputabilité. Par conséquent, il s'agit plutôt d'une divergence apparente que réelle.

Un dernier point de divergence porte sur l'ordre d'importance des notions donnant un sens à la gestion par programme. Dans les articles scientifiques, les idées de contrôle des coûts et d'amélioration de l'efficacité sont les plus souvent mentionnées. Elles sont présentes dans presque toutes les approches analysées et y occupent une place centrale. Dans les textes professionnels, c'est l'idée de centrer les soins sur les besoins des patients, qui occupe la place principale. Une fois de plus, il semble que c'est le contexte d'un système public qui prime, contexte dans lequel les questions économiques sont sensées être subordonnées aux valeurs sociales de solidarité, ce

qui rend moins acceptable un accent prioritaire sur les coûts dans les discussions sur la restructuration des établissements de santé.

En somme, les points convergents sont majoritaires et significatifs. L'existence de références bibliographiques croisées entre les textes professionnels et les écrits scientifiques en est une explication plausible. Les points de divergence, à leur tour, sont secondaires et relèvent surtout des différences entre les caractéristiques d'un système privé de santé comme aux États-Unis et celles d'un système public tel que le système de santé canadien. Il est intéressant de remarquer que des contextes différents servent à expliquer des points de divergence entre les écrits scientifiques et les textes professionnels, tandis qu'entre les textes professionnels et le discours des gestionnaires de l'hôpital Tremblay, le contexte unique a servi à justifier les points de convergence.

11.3. Convergence et divergence entre les métaphores utilisées par les gestionnaires de l'hôpital et celles utilisées par les scientifiques

Rappelons que la gestion par programme à l'hôpital est liée aux idées de: (1) augmenter l'imputabilité des gestionnaires, (2) mettre le client au centre de l'organisation, (3) améliorer l'efficacité, (4) faire face aux coupures budgétaires, (5) augmenter la supervision, (6) favoriser l'interdisciplinarité, (7) devenir un centre d'excellence, (8) améliorer la qualité de soins, (9) favoriser le travail d'équipe et (10) répondre aux pressions de l'environnement.

Des sous-groupes dans l'hôpital, spécialement les hauts dirigeants, associent encore la gestion par programme aux notions de: (11) favoriser la mise en place d'un modèle bio-psycho-social, (12) travailler en partenariat avec les organismes communautaires, (13) favoriser l'émergence d'une organisation apprenante, (14) concilier l'interdisciplinarité avec le modèle médical, (15) rapprocher la décision de l'exécution, (16) être dirigé par une nouvelle administration, (17) répondre à une demande de la base, (18) améliorer la coordination entre les divisions, (19) favoriser l'engagement des médecins et (20) formaliser une pratique déjà existante dans certains secteurs, en l'étendant à tout l'hôpital.

Dans les textes scientifiques, le sens de l'approche par programme est donné par sa définition particulière - regroupement de patients selon leurs besoins en termes de services -, ajoutée aux métaphores suivantes: (1) augmenter le contrôle des coûts, (2) améliorer l'efficacité, (3) améliorer la qualité des soins, (4) favoriser l'interdisciplinarité, (5) augmenter l'intégration des décisions cliniques et administratives, (6) chercher la satisfaction des clients, (7) améliorer la coordination, (8) améliorer le rendement, (9) décentraliser le pouvoir de décision, (10) chercher la

satisfaction des besoins des patients, (11) bien se positionner dans le marché et (12) accroître l'imputabilité des gestionnaires. De plus, l'environnement compétitif et agité caractéristique des temps actuels est souvent mentionné comme obligeant les établissements de santé à se restructurer.

Les points de convergence sont, encore ici, très nombreux. Premièrement, l'organisation par division - les programmes - à l'hôpital a suivi les clientèles à desservir: les enfants, les adultes et les personnes âgées, les porteurs de troubles mentaux sévères et persistants. Cette façon de regrouper les usagers des services est motivée par le fait que la tranche d'âge et la gravité de la maladie impliquent des besoins spécifiques en termes de services. Or, le regroupement selon les besoins de services correspond à la définition scientifique de la gestion par programme. Deuxièmement, parmi les douze métaphores employées dans les écrits scientifiques, neuf sont également utilisées par les gestionnaires de l'hôpital. De plus, l'idée des pressions environnementales est commune aux deux discours.

L'analyse minutieuse de chacun des points de convergence nous amène aux mêmes considérations faites au moment de la comparaison entre les discours des gestionnaires de l'hôpital et ceux des associations professionnelles. En effet, entre les écrits scientifiques et le discours à l'hôpital, la convergence est complète, c'est-à-dire, les métaphores de premier et de deuxième ordre sont égales, dans les cas de six métaphores: améliorer l'efficacité, améliorer la qualité des soins, favoriser l'interdisciplinarité, augmenter l'intégration clinique et administrative, améliorer la coordination et décentraliser la prise de décision.

De même, dans les cas de quatre métaphores, à savoir, «augmenter le contrôle des coûts», «accroître l'imputabilité», «chercher la satisfaction des besoins des patients» et «répondre aux pressions de l'environnement», les différences de deuxième ordre rencontrées entre les chercheurs et les gestionnaires de l'hôpital sont identiques à celles trouvées entre les gestionnaires et les associations. Ainsi, à l'hôpital, on utilise plutôt l'expression «faire face aux coupures budgétaires» que «contrôler les coûts» et on donne la plus haute importance à l'imputabilité. La référence aux coupures est, nous l'avons remarqué auparavant, le résultat de l'influence du contexte politique au moment de la restructuration de l'hôpital. La priorité donnée à l'imputabilité découle possiblement d'une évaluation négative des conditions administratives précédant l'implantation de la gestion par programme. La différence entre les expressions «chercher la satisfaction des besoins des patients», utilisée par les scientifiques, et «centrer sur les besoins des patients», préférée par les gestionnaires, est plutôt apparente que réelle, alors que l'expression «patient-focused care» est très courante dans les écrits scientifiques. Finalement, la divergence secondaire liée aux pressions

environnementales s'explique par l'approche plus analytique des écrits scientifiques en opposition à une sensibilité plus immédiate des gestionnaires interviewés aux décisions gouvernementales.

Une dernière différence secondaire entre les points de convergence porte sur la priorité donnée dans les écrits scientifiques aux expressions «augmenter les coûts» et «améliorer l'efficacité». Nous pouvons supposer que cette priorité est la conséquence du fait que la plupart des scientifiques travaillent dans un environnement propre au système privé de santé, où l'impératif du profit fait en sorte que les thèmes économiques sont dominants.

Il est intéressant de noter jusqu'à quel point la convergence entre le discours des gestionnaires et celui des scientifiques peut aller. De fait et de façon intéressante, dans les points convergents où il y a des visions distinctes parmi les gestionnaires, il y a aussi des visions distinctes parmi les scientifiques. Nous avons remarqué que dans les cas de deux métaphores - accroître l'imputabilité et centrer les services sur les besoins des patients -, il y avait plus d'une compréhension parmi les personnes interviewées. Or, la chose se répète parmi les chercheurs.

L'imputabilité est vue par certains des individus interviewés comme la responsabilisation accrue des gestionnaires de la base, favorisant l'efficacité et la motivation. D'autres personnes interviewées, au contraire, voient l'imputabilité comme une désresponsabilisation de la haute direction qui se donne le rôle d'arbitre. Parmi les scientifiques, nous trouvons aussi différentes notions de l'imputabilité. Plus intéressant, nous y trouvons des notions qui correspondent parfaitement à celles véhiculées par les gestionnaires interviewés. En effet, tandis que certains auteurs mettent l'accent sur une relation d'autorité mutuelle où chacun accepte l'autorité de l'autre sur certains problèmes, d'autres mettent l'accent sur les systèmes qui obligent les administrateurs à rendre des comptes à leurs supérieurs hiérarchiques (Dubois *et al.*, 2000).

De façon similaire, les diverses notions liées par les gestionnaires à l'expression «centrer les services sur les besoins des patients» - un choix de valeur morale, un principe organisateur ou une adaptation aux nouvelles conditions de la pratique professionnelle - sont aussi présentes dans le discours scientifique. Une des approches du «patient-centered care» met l'accent sur l'aspect humaniste de la relation soignant-soigné, ce qui représente un choix de valeur morale. L'approche du «patient-focused care», à son tour, se présente explicitement comme un principe organisateur des services de santé, principe qui répond aux pressions sur la pratique professionnelle.

Parallèlement aux convergences, il y a un certain nombre de points de divergence de premier ordre qu'il vaut la peine d'examiner.

D'un côté, il s'agit des métaphores scientifiques manquantes dans le discours des gestionnaires de l'hôpital: «chercher la satisfaction des clients», «améliorer le rendement» et

«bien se positionner dans le marché ». Nous rappelons que ces trois expressions représentent aussi des points de divergence entre les écrits scientifiques et les textes professionnels. L'hypothèse explicative que nous avons alors soulevée s'applique de nouveau ici: il n'est pas très important parler de satisfaction des clients, de rendement et de marché dans un système public de soins de santé. Une explication similaire est proposée par Lozeau (1998) pour justifier «l'effondrement tranquille de la gestion de la qualité» dans certains hôpitaux québécois.

D'un autre côté, les métaphores utilisées par les gestionnaires mais absentes des écrits scientifiques sont au nombre de dix, dont huit manquent aussi dans les textes professionnels. Les hypothèses explicatives de ces divergences, proposées dans la section consacrée à la comparaison du discours des gestionnaires de l'hôpital avec celui des associations professionnelles, semblent s'appliquer ici aussi.

En effet, ces divergences s'expliquent par des particularités de l'hôpital. Les expressions «augmenter la supervision», comprise comme contrôler les subordonnées, et «concilier l'interdisciplinarité avec le modèle médical» apparaissent à l'hôpital comme les produits d'une lutte de pouvoir au moment de la réforme administrative. «Devenir un centre d'excellence» et «favoriser la mise en place d'un modèle bio-psychosocial» découlent des caractéristiques particulières au domaine de la santé mentale, comme nous l'avons déjà remarqué. «L'arrivée d'une nouvelle direction» et «répondre à une demande de la base», de leur part, font référence à des particularités de l'hôpital, tandis que «favoriser l'émergence d'une organisation apprenante» fait appel aux membres de la haute direction. Finalement, «formaliser une pratique déjà existante» représente un point de vue particulier qui se rapporte à seul un individu.

Les deux expressions communes aux gestionnaires de l'hôpital et aux associations professionnelles, mais absentes des écrits scientifiques sont: «favoriser l'engagement des médecins» et «travailler en partenariat avec les organismes communautaires». De nouveau, les commentaires déjà faits dans la partie sur la mise en correspondance des textes professionnels et des textes scientifiques, s'appliquent. Ainsi, l'absence dans les écrits scientifiques de l'expression «engagement des médecins» révèle plutôt une divergence apparente que réelle, compte tenu du fait que les écrits réfèrent souvent l'implication des médecins dans la gestion. Et l'exclusivité de l'utilisation de l'expression «partenariat» dans le discours des gestionnaires indique peut-être l'influence des politiques de santé au Canada.

En somme, le degré de convergence entre le discours des gestionnaires de l'hôpital et celui des chercheurs est très élevé. Comment peut-on l'expliquer ? La lecture de textes scientifiques par les gestionnaires de l'hôpital est une explication possible, mais peu probable, si on tient en compte des renseignements fournis lors les entrevues. La lecture de textes

professionnels qui utilisent des expressions scientifiques est déjà une explication plus plausible. Finalement, le fait que les écrits scientifiques soient souvent basés sur des expériences pratiques, que les gestionnaires ont connues ou dont ils ont entendu parler, est une troisième explication plausible.

11.4. Le sens professionnel et le sens scientifique de la gestion par programme

Nous venons de constater que la convergence entre le discours professionnel - des dirigeants de l'hôpital et des associations - et le discours scientifique sur la gestion par programme est vraiment significative. Nous pouvons conclure que les gestionnaires et les chercheurs donnent fondamentalement le même sens à cette approche de gestion. Ainsi, la première condition nécessaire à l'occurrence de l'utilisation des connaissances scientifiques, selon notre modèle théorique, s'est vérifiée: il y a une zone d'intersection importante entre les jeux de langage des gestionnaires et des scientifiques.

Conclue l'analyse des discours, il faut maintenant discuter des résultats obtenues à la lumière de la littérature revue et, principalement, du cadre conceptuel retenu. Nous présenterons cette discussion dans le chapitre suivant.

12. Discussion

12.1. L'existence d'échanges intellectuels entre les gestionnaires et les scientifiques

Le fait que la signification de la gestion par programme soit essentiellement la même et pour les gestionnaires et pour les scientifiques est une condition essentielle à la possibilité de l'utilisation des connaissances, comme définie par le cadre conceptuel. Pourtant, ce n'est pas une condition suffisante.

L'existence de rapports intellectuels ou mieux, la réalisation d'échanges d'idées entre les chercheurs et les praticiens est une autre condition nécessaire à l'application des connaissances. Il ne suffit pas l'existence d'une zone d'intersection entre les jeux de langage des deux groupes professionnels, il faut aussi que cette zone soit le produit de l'interaction directe entre eux.

Nous avons vu que les textes professionnels, publiés par l'Association des hôpitaux du Québec et par le Collège canadien des directeurs de services de santé, citent beaucoup les écrits scientifiques et vice-versa. Par ailleurs, nous avons appris lors des entrevues que les membres de la haute direction de l'hôpital ont des contacts personnels avec des chercheurs du domaine du management et participent régulièrement aux événements de diffusion scientifique organisés par l'AHQ. Finalement, nous avons retrouvé dans les textes du Plan stratégique et du Plan d'organisation de l'hôpital un certain nombre de références à des écrits scientifiques. Nous pouvons donc conclure pour l'existence de rapports intellectuels, au sujet de la gestion par programme, entre les gestionnaires et les scientifiques. Le haut degré de convergence entre le discours des deux groupes peut être expliqué par ces échanges. La zone d'intersection entre les jeux de langages s'est produite, au moins en partie, par l'interaction directe entre les théoriciens et les praticiens. Ainsi, une deuxième condition nécessaire à l'occurrence de l'utilisation des connaissances scientifiques s'est avérée.

Constatée l'existence d'interactions et d'échange d'idées, nous devons vérifier le sens du flux d'information. Il faut découvrir si l'existence de points de convergence se justifie par l'adoption des idées scientifiques par les gestionnaires ou, à l'inverse, si elle s'explique par l'emprunt, par les chercheurs, des idées des gestionnaires. Seule la première option est cohérente avec l'utilisation des connaissances scientifiques par les gestionnaires.

12.2. Le sens de l'influence: des chercheurs vers les gestionnaires ou vice-versa ?

La comparaison des discours a montré que le sens de la gestion par programme est fondamentalement le même pour les gestionnaires et pour les chercheurs. D'ailleurs, nous avons constaté que la correspondance des sens est une conséquence, au moins en partie, de l'existence de rapports intellectuels entre les deux groupes. Il faut maintenant vérifier le sens de l'influence.

D'après le cadre conceptuel adopté, l'utilisation des connaissances scientifiques est un jeu de langage commun aux chercheurs et aux gestionnaires qui tient une direction bien définie: des scientifiques vers les praticiens. Nous avons représenté cela graphiquement par une flèche.

Par conséquent, nous devons répondre à la question: dans le cas à l'étude, est-ce que ce sont les chercheurs qui ont influencé les gestionnaires ou est-ce que c'est l'inverse ?

Déjà dans la discussion sur sa formation, nous avons vu que le concept de «gestion par programme» est le résultat des interactions continues entre les hommes d'affaires et les chercheurs. Si les praticiens ont eu la primauté dans la conception et mise en œuvre de ce mode de gestion, les théoriciens ont, quant à eux, ré-élaboré et enrichi le concept, en lui donnant un sens plus précise et plus généralisable dans le cadre de la théorie de la contingence. Plus tard, les chercheurs ont actualisé le sens scientifique de la gestion par programme en l'incorporant aux concepts de la ré-ingénierie. Et, les deux fois, l'utilisation postérieure du concept d'organisation par programme a subi l'influence de ces contributions théoriques.

Nous pouvons supposer que non seulement le concept de gestion par programme en lui-même, mais aussi les métaphores utilisées actuellement pour donner un sens à la gestion par programme ont été élaborées grâce à l'interaction entre théoriciens et praticiens. C'est ce que suggère le grand nombre de références croisées entre les écrits scientifiques et les textes professionnels. De plus, un fait particulier, même si son impact est limité, est très suggestif de ces interactions dans le cas de la gestion par programme : le livre *Program Management and Beyond* (CCDSS, 1994), une initiative des leaders professionnels, a été écrit conjointement par des gestionnaires et par des chercheurs.

De même, l'antécédence dans la conception des diverses métaphores recensées dans l'analyse des discours semble être des praticiens. Si nous rappelons de chacune des approches de gestion analysées pour identifier le sens scientifique de la gestion par programme, nous voyons que leurs conceptions doivent être créditées plutôt aux gestionnaires.

La gestion par projets et la gestion par lignes de produit ont été des créations de l'armée et de grandes entreprises multi-produits. Le concept de «disease management» est né dans les compagnies pharmaceutiques. L'expression de «focused factories» est surgie de la pratique des

firmes concentrant leurs efforts sur certaines activités centrales. La gestion de l'utilisation et la gestion de cas ont été créées par les organisations du *managed care*. La gestion de la qualité s'est inspirée des pratiques de gestion japonaises. L'approche du «patient-focused care» a été formulée par une firme de consultation. La ré-ingénierie a été premièrement proposée par les firmes de technologie de l'information. L'organisation matricielle s'est inspirée des praticiens dans l'industrie aérospatiale. Et le fait que règne la confusion dans les théories de l'organisation sur l'idée de décentralisation est cohérent avec une origine non-théorique.

Ces résultats indiquent que, dans la discussion sur la gestion par programme, l'influence des gestionnaires sur les chercheurs a été plus importante que l'influence dans le sens inverse. Il s'agit d'une conclusion similaire à celle trouvée par Barley *et al.* (1988) dans leur étude sur le concept de culture organisationnelle. Comparant les écrits scientifiques et les écrits professionnels, ils ont constaté l'existence d'une convergence progressive, au cours du temps, entre les définitions scientifique et professionnelle de culture. Plus spécifiquement, ils ont vérifié que la convergence était tributaire de l'adoption par les universitaires des conceptions formulées par les praticiens.

Galbraith (1980:162) arrive à la même conclusion: «I know of no new form of organization that was invented by organization theorists while advancing the theory.... Instead, the researchers record what the inventive practitioner creates and give it labels like grids, system 4, or matrix organization».

Néanmoins, ces résultats ne sauraient cacher le fait que les gestionnaires puissent profiter du travail scientifique. Nous avons vu que la théorisation sur la gestion de projets, amenant à la formulation du concept de «matrix organization », a été importante pour l'adoption postérieure du mode de gestion par programme. Ainsi, même si la primauté appartient aux praticiens, le rapport d'influence entre les chercheurs et les gestionnaires est une voie qui circule dans les deux sens. Nous pouvons parler aussi bien de l'utilisation des connaissances pratiques par les chercheurs que de l'utilisation des connaissances scientifiques par les gestionnaires.

Ainsi, en règle générale, les chercheurs et les gestionnaires s'influencent mutuellement, même si l'influence est plus forte dans le sens des praticiens vers les universitaires que l'inverse. Dans le cas particulier de l'hôpital étudié, comment peut-on alors décrire le sens de l'influence ?

En nous concentrant sur le cas de l'hôpital étudié, nous percevons que la plupart des métaphores utilisées par ses gestionnaires, même si elles ont été créées par d'autres praticiens, ont été aussi préalablement employées dans les écrits scientifiques. Cela implique que les professionnels de l'hôpital ont utilisé des concepts dont l'élaboration a subi l'influence du travail des chercheurs. Par conséquent, nous pouvons dans une certaine mesure, parler d'utilisation de

connaissances scientifiques. D'autre part, certaines métaphores ont été créées par ces gestionnaires, soit pour répondre aux caractéristiques du moment politique, soit pour répondre aux intérêts de groupes. Ces métaphores pourront, par la suite, se diffuser et être adoptées également par des scientifiques. Pour l'instant, toutefois, l'hôpital semble être plutôt un utilisateur qu'un producteur de concepts de gestion, au moins en ce qui concerne l'organisation par programme.

Enfin, même si la gestion par programme n'a pas été créée par des scientifiques et même si les métaphores utilisées actuellement pour la caractériser n'ont pas été créées par des scientifiques, ces derniers ont certainement contribué à former le sens de la gestion par programme. Dans le cas à l'étude, cette contribution a été, directement ou indirectement, prise en compte par les gestionnaires de l'hôpital.

Cela étant dit, il vaut la peine souligner trois aspects particuliers de ce processus d'utilisation des connaissances scientifiques.

Premièrement, l'examen de la spécificité des discours des sous-groupes de l'hôpital a montré que les hauts dirigeants ont joué un rôle-clé dans la construction du sens de la gestion par programme. Ils ont été les responsables de l'introduction à l'hôpital de plusieurs métaphores utilisées. La plupart des gestionnaires ont incorporé ces métaphores à leurs discours. Cependant, il est possible que l'incorporation de concepts introduits par la haute direction dans le discours de l'ensemble des gestionnaires ait été une conséquence du climat tendu qui régnait à l'hôpital à cause des disputes vives entre les partisans et les opposants à la restructuration. Autrement dit, il est possible que la majorité des personnes interviewées aient préféré répéter les arguments de la direction pour ne pas s'exposer personnellement. Quoi qu'il en soit, le sens exprimé, spontanément ou stratégiquement, reflète bien l'influence des hauts dirigeants. D'autre part, ces dirigeants n'ont pas eu le monopole dans la construction du sens organisationnel de la nouvelle structure de gestion. Même des groupes s'opposant à la restructuration ont contribué à cette construction, comme cela a été démontré par l'adoption généralisée de l'expression «augmenter la supervision».

Deuxièmement, les associations professionnelles ont été des acteurs majeurs dans ce processus d'application des connaissances scientifiques. Les associations ont servi de canal de communication entre les chercheurs et les gestionnaires sur le terrain. Il y a eu une sorte de triangulation: les gestionnaires de l'hôpital ont communiqué avec leurs représentants professionnels, lesquels, à leur tour, ont communiqué avec les chercheurs. En effet, l'analyse des discours a montré que, d'un côté, les divergences entre le discours à l'hôpital et les écrits scientifiques reproduisent les désaccords entre les textes professionnels et les articles

scientifiques. D'un autre côté, lorsque le discours des gestionnaires de l'hôpital s'éloigne des textes professionnels, il s'éloigne aussi des écrits scientifiques. En somme, si le discours à l'hôpital est très proche de celui des textes professionnels, ce dernier se positionne entre le discours des membres de l'hôpital et celui des scientifiques.

Troisièmement, l'influence du contexte social, politique et économique est bien évidente dans l'analyse des discours, ce qui soutient l'idée, incorporée au modèle théorique, que les concepts adoptés pour comprendre une situation et pour guider une action sont toujours ré-interprétés selon les conditions macro et micro-environnementales présentes.

L'analyse des points de convergence et de divergence a fourni assez d'évidences pour justifier les deux premiers aspects ci-dessus mentionnés. À l'opposé, le rôle de l'environnement, même s'il est déjà abordé, mérite d'être encore approfondi.

Par la suite, nous discuterons de l'influence du contexte dans la construction du discours managérial, en général, et du discours sur la gestion par programme, en particulier. Nous examinerons si l'environnement social peut expliquer la conformation des rhétoriques en gestion et, par conséquent, la convergence entre les discours des chercheurs et celui des gestionnaires.

12.3. L'influence du contexte sur le discours managérial

L'existence de rapports intellectuels entre les chercheurs et les gestionnaires peut expliquer le haut degré de convergence entre les discours de ces deux groupes de professionnels. Cependant, le contexte culturel, social, politique et économique semble y jouer aussi un rôle important.

Selon le cadre théorique, les jeux de langage des professionnels de la santé - soit des théoriciens, soit des praticiens - se situent à l'intérieur des jeux de langage propres aux systèmes de santé. Il est possible donc que la convergence entre les discours soit une conséquence de ce fait: elle ne fait que mettre en évidence la matrice commune des discours des deux groupes.

Dans le cas à l'étude, nous avons vérifié que le degré le plus élevé de convergence était celui entre le discours des gestionnaires de l'hôpital et le discours des associations professionnelles. La convergence entre le discours professionnel - à l'hôpital et des associations - et le discours scientifique, même si significative, était moins forte.

Faire partie du même contexte canadien nous semble être une explication raisonnable du degré plus fort de convergence entre le discours à l'hôpital et celui des associations professionnelles. De même, nous pouvons expliquer les points de divergence entre le discours des scientifiques et celui des gestionnaires par l'influence des contextes, américain dans le cas des

chercheurs, et canadien dans le cas des gestionnaires.

Si le discours managérial des universitaires et des praticiens est partiellement déterminé par l'environnement économique, politique, social et culturel, il faut examiner de plus près les interactions entre la rhétorique dans le domaine de la gestion et les conditions environnementales. En réalité, la discussion de ces interactions est très complexe. Nous nous limiterons à en saisir les grandes lignes et à y situer l'approche de la gestion par programme.

Selon la vision dominante, la première rhétorique managériale consistait en un discours coercitif, où l'opinion des dirigeants énonçait, pour une question de principe, la meilleure forme d'organiser l'entreprise. Du format coercitif, la rhétorique est passée à un format rationnel, où l'efficacité guidait le choix des modes d'organisation. Finalement, la rhétorique des gestionnaires a pris la forme de propositions normatives, issues de la reconnaissance du rôle actif joué par les travailleurs. L'évolution rhétorique, ainsi conçue, a accompagné le processus progressif de croissance économique et de démocratisation des sociétés occidentales (Barley et Kunda, 1992).

Cette vision dominante est toutefois questionnée par certains auteurs, dont Barley et Kunda. Analysant les thèmes prédominants dans la littérature managériale au cours du dernier siècle, ils observent des apparences alternées des rhétoriques normatives et rationnelles.

Les rhétoriques normatives, comme exemplifiées par le mouvement d'amélioration industrielle, pour l'école des relations humaines et pour les approches de la culture organisationnelle, conçoivent les organisations comme des collectivités ayant des valeurs partagées. La cohésion et la loyauté sont la source ultime de la productivité.

Les rhétoriques rationnelles, dont les exemples sont le management scientifique et le rationalisme systémique, mettent l'accent sur le contrôle rationnel. La productivité découle des méthodes et des systèmes bien articulés.

Les dirigeants des entreprises sont attirés par la rhétorique rationnelle quand les profits dépendent plutôt des investissements de capital et d'automatisation. À l'opposé, quand les retours de capital commencent à décliner, ils sont séduits par une rhétorique qui met l'accent sur l'utilisation de la main-d'œuvre, le deuxième facteur de production. De cette manière, le contexte socio-économique détermine le moment où l'une ou l'autre des deux rhétoriques prédomine dans le discours des gestionnaires et des théoriciens de l'administration.

Abrahamson (1997), dans son étude, trouve d'autres indications qui soutiennent la théorie proposée par Barley et Kunda. Pour lui, le début des phases de croissance économique coïncide avec l'émergence des rhétoriques rationnelles et le début des phases récessives coïncide avec l'apparition des rhétoriques normatives. Cependant, les cycles macroéconomiques n'expliquent pas le fait que toutes les rhétoriques aient surpassé la phase du cycle économique où elles sont

apparues. L'explication de cette persistance est fournie par des variables liées aux relations de travail. Quand les gestionnaires sentent le besoin d'apaiser les travailleurs, ils adoptent des rhétoriques normatives. Le discours managérial est, par conséquent, déterminé doublement par le contexte socio-économique: les cycles macroéconomiques et l'état des relations de travail.

Contrairement aux auteurs cités ci-dessus, Eastman et Bailey (1998) ne voient pas de rapports directs entre le discours managérial et le contexte strictement économique. Pour eux, l'évolution du discours managérial accompagne plutôt l'évolution du discours scientifique en général. Le mouvement allant du positivisme comtien du début du XXe siècle à l'anti-positivisme contemporain, en passant par le positivisme weberien se traduit, dans le domaine de l'administration, par le mouvement du formalisme vers le «value-partisanship», en passant par le consensualisme. Le formalisme, dont l'exemple typique est le management scientifique, correspond à la croyance dans la possibilité de résolution scientifique des conflits de valeurs. Le consensualisme, à son tour, est lié à la croyance dans une rationalité instrumentale qui voit la science comme un outil efficace pour atteindre les objectifs convenus. Toutes les approches qui se basent sur la théorie des systèmes, de l'école des relations humaines à la théorie de la contingence, sont des exemples de consensualisme. Finalement, le «value-partisanship» émerge du scepticisme vis-à-vis la science comme un véhicule de progrès social et les approches objectivistes en épistémologie. Les travaux inspirés dans l'œuvre des philosophes comme Habermas et Foucault, mais aussi ceux mettant l'accent sur l'importance des cotations boursières comme paramètre de la performance organisationnelle, sont des exemples de l'approche de la partialité des valeurs.

Connell et Nord (1998) voient les positions de Barley et Kunda (1992) et de Eastman et Bailey (1998) comme complémentaires. Pour eux, chaque position met en valeur des aspects historiques différents, mais non contradictoires. Les conditions macroéconomiques aussi bien que les courants intellectuels ont probablement influencé les rhétoriques managériales. En plus, la pratique des gestionnaires, elle aussi, a influencé les études organisationnelles. En somme, la rhétorique des théories des organisations se forme à partir d'un ensemble de facteurs dont l'économie, la culture, la philosophie et la pratique administrative.

Il nous semble que la position de Connell et Nord (1998) est la plus cohérente: le discours managérial résulte de facteurs économiques et culturels, aux niveaux macro et micro. Autrement dit, les cycles macroéconomiques et les courants intellectuels, mais aussi les relations de travail et les pratiques des gestionnaires jouent des rôles dans la conformation des rhétoriques managériales. Malheureusement, ces auteurs ne font pas une étude empirique des interactions entre le discours et l'environnement social.

En revenant à notre intérêt spécifique, il faut nous demander comment cette discussion sur les rhétoriques managériales et leurs rapports avec le contexte pourrait nous aider à comprendre la gestion par programme.

Nous savons que dans sa forme la plus structurée, l'approche par programme est apparue dans le discours managérial dans le cadre de la théorie de la contingence, laquelle est définie par Barley et Kunda comme une rhétorique rationnelle et par Eastman et Bailey comme une rhétorique consensualiste.

Dans la théorie de la contingence, l'idée de gestion par programme est liée à la proposition de l'organisation matricielle (Galbraith, 1973), un arrangement structurel dans lequel deux formes de départementalisation, par fonction et par produit ou programme, opèrent simultanément. La structure matricielle est sensée être capable d'augmenter la capacité de traitement d'informations dans une organisation. L'accent est ainsi mis sur les ajustements structurels ou plutôt, sur l'implantation de nouvelles méthodes capables d'augmenter la productivité. D'ailleurs, une préoccupation pour la motivation du personnel y est complètement absente. Nous voyons donc qu'il s'agit, effectivement, d'une rhétorique rationnelle. En outre, le début des années 70, le moment où apparaît le concept de «matrix organization», est encore une période de croissance économique, ce qui est cohérent avec l'apparition des rhétoriques rationnelles.

En ce qui concerne les relations de travail, la consolidation de la gestion par programme dans le discours managérial est contemporaine d'une époque de peu d'activité syndicale ou de roulement volontaire du personnel (Abrahamson, 1997). Par conséquent, les rhétoriques normatives ne sont pas fortes, laissant la place aux discours rationnels, comme la gestion par programme.

Selon Eastman et Bailey (1998), la théorie de la contingence s'inscrit dans le grand courant du consensualisme, selon lequel l'existence des valeurs opposées n'empêche pas l'atteinte d'un accord basé sur une rationalité technique. Il est intéressant d'observer que l'organisation matricielle admet la possibilité d'arriver à un équilibre, sur une base technique, entre des individus qui ne partagent pas toutes les valeurs. En effet, Galbraith (1973), en répondant à une éventuelle critique sur la double ligne d'autorité caractéristique des organisations matricielles, affirme que s'il y a un climat de coopération et non de compétition entre les membres de l'organisation, l'unité de commande n'est pas nécessaire.

Enfin, ayant accepté les suggestions des travaux revus ci-dessus, nous pouvons supposer que l'émergence de la gestion par programme dans le discours managérial est tributaire des facteurs macroéconomiques - la phase de croissance économique -, des facteurs micro-

économiques - le faible mouvement syndical -, et des facteurs culturels - le courant consensualiste. En plus, si nous rappelons que l'adoption pratique de la gestion par programme a précédé historiquement sa théorisation, nous pouvons ajouter cela comme un autre facteur participant à la conformation du discours managérial de la gestion par programme.

Néanmoins, tout cela s'est passé il y a 30 ans. Comment expliquer la présence de la gestion par programme dans le discours managérial de la fin des années 90 ?

D'après Abrahamson (1997), nous serions présentement dans une période d'émergence de la rhétorique du «rationalisme flexible». Cette rhétorique recommande l'utilisation de techniques comme le downsizing et la ré-ingénierie pour formaliser, rationaliser et optimiser les processus de travail. Par ailleurs, elle préconise la flexibilité dans les relations employeurs-employés et dans les processus de gestion. La corrélation entre rhétorique et contexte économique étant valable, nous serions donc en train de vivre le début d'une nouvelle phase ascendante du cycle macroéconomique.

Nous avons noté, dans la revue des écrits scientifiques, que les thèmes de la gestion de la qualité et de la ré-ingénierie, ont tous deux été très présents dans les années 90. Cependant, plusieurs auteurs identifient une substitution progressive de l'accent sur la qualité par l'accent sur la ré-ingénierie (De Cock et Hipkin, 1997; Barley et Kunda, 1992; Abrahamson, 1997). Suivant ces auteurs, nous pouvons supposer que les années 90 ont été une phase de transition, où la rhétorique normative de la qualité était encore présente mais en déclin et la rhétorique rationnelle de la ré-ingénierie était en croissance.

Si cela est vrai, l'évolution récente du discours sur la gestion par programme semble accompagner de nouveau, comme dans les années 70, le mouvement des rhétoriques managériales en générale. Peu mentionné dans les années 80, l'ère de domination de la rhétorique normative de la qualité, la gestion par programme, essentiellement rationnelle dans le sens où elle représente la proposition d'un ajustement structurel et non une stratégie de motivation du personnel, resurgit à la fin des années 90, un moment de croissance de la rhétorique rationnelle de la ré-ingénierie. De cette façon, la réapparition de la gestion par programme signifie le retour à une préoccupation pour la mise en place de méthodes et de systèmes bien articulés pour augmenter la productivité.

Et en ce qui concerne les facteurs culturels, peut-on dire que le courant intellectuel dominant actuellement a pu mener au retour de la gestion par programme ?

Eastman et Bailey (1998) affirment que depuis les années 80, le courant du «value-partisanship» est dominant dans le discours managérial. Comme preuve, ils citent plusieurs auteurs en gestion qui refléteraient ce courant, parmi eux Barley et Kunda (1992) et leur vision de

la théorie comme une idéologie du contrôle managérial. Or, nous avons soulevé l'hypothèse que la ré-ingénierie, où s'insère présentement la gestion par programme, s'apparente à une idéologie. En effet, plusieurs auteurs (De Cock et Hipkin, 1997; Mckinley *et al.*, 1998; Case, 1999) soutiennent cette hypothèse. Cependant, les auteurs qui promeuvent l'approche de la ré-ingénierie la présentent comme une approche rationnelle et non comme une idéologie. D'ailleurs, les écrits scientifiques et professionnels promouvant la ré-ingénierie sont beaucoup plus nombreux que les écrits qui y voient une idéologie. Par conséquent, il nous semble que le discours managérial contemporain est plutôt dominé par des rhétoriques qui se considèrent rationnelles, neutres en termes de valeurs, que par des rhétoriques qui affirment le caractère partisan de certaines valeurs. Ainsi, la gestion par programme peut toujours être vue comme étant aussi tributaire du courant intellectuel dominant, étant donné qu'on considère encore prépondérant le courant consensualiste.

En conclusion, cette discussion sur les rhétoriques managériales et sur leurs interrelations avec le contexte nous apprend des choses intéressantes. D'abord, la gestion par programme fait partie des rhétoriques rationnelles et consensualistes. Deuxièmement, l'apparition du discours sur la gestion par programme peut être expliquée par les cycles économiques et par les courants intellectuels. Troisièmement, si le contexte explique le discours managérial, il explique aussi la convergence entre ce qui disent et écrivent les gestionnaires et les chercheurs. Les échanges entre eux ne représentent qu'une partie de l'explication d'une telle convergence.

12.4. Le rôle de certains facteurs influents

Si l'existence de rapports intellectuels et le contexte social, politique, économique et culturel expliquent, en général, la convergence entre le discours des gestionnaires et celui des scientifiques sur la gestion par programme, dans le cas particulier de l'hôpital à l'étude, nous avons tenté d'être un peu plus spécifiques, en examinant le rôle de certains facteurs considérés comme influents dans les écrits sur l'utilisation des connaissances scientifiques.

Nous avons remarqué au chapitre précédant, que ces facteurs contribuaient, en principe, à l'application des connaissances dans l'hôpital. Sachant maintenant que ses gestionnaires ont effectivement utilisé des concepts ré-élaborés et véhiculés par les chercheurs, nous pouvons alors vérifier le rôle réellement joué par les facteurs influents.

12.4.1. L'accessibilité à la connaissance

La plupart des gestionnaires de l'hôpital n'ont pas eu d'accès direct à la connaissance scientifique sur la gestion par programme. Par contre, les hauts dirigeants ont affirmé avoir des contacts personnels avec des chercheurs et avoir participé à des activités de l'Association des hôpitaux du Québec. Ils ont aussi consulté des écrits scientifiques pour rédiger le Plan d'organisation. En plus, deux chercheurs travaillant à l'hôpital ont affirmé avoir appuyé le travail du comité de la planification stratégique, en apportant des informations scientifiques.

Or, nous avons perçu que le degré de convergence avec les écrits scientifiques est plus grand dans le cas des membres de la haute direction, lesquels ont rédigé le Plan stratégique et le Plan d'organisation. Il s'agit exactement du groupe dont certains membres ont eu de contacts avec des chercheurs et qui ont participé à des initiatives de diffusion de recherches.

Nous pouvons conclure qu'à l'hôpital étudié l'accessibilité à la connaissance a réellement influencé son utilisation. Ceux qui ont eu un plus grand accès à l'information scientifique sont les mêmes que ceux qui ont utilisé davantage les connaissances. Ces résultats répliquent les résultats parus dans plusieurs études spécialisées sur l'utilisation des connaissances (voir, p.ex., Kouri, 1999; Trostle *et al.*, 1999; Elliott et Popay, 2000).

12.4.2. Le caractère stratégique de la décision de restructurer l'hôpital

La décision d'implanter une nouvelle structure basée sur l'organisation par programme a été indubitablement une décision stratégique, touchant la mission de l'hôpital. Tous les gestionnaires interviewés sont d'accord là-dessus. Une décision stratégique représente un facteur favorisant l'utilisation des connaissances scientifiques, car elle pousse les décideurs à chercher de l'information, y compris celle qui est scientifique.

Dans le cas étudié, les gestionnaires de l'hôpital sont effectivement allés chercher de l'information sur la gestion par programme, conscients qu'ils étaient du caractère stratégique de la décision qu'ils allaient devoir prendre. Ils ont visité d'autres établissements de santé, ils ont consulté des écrits scientifiques, ils ont cherché l'appui des évaluateurs affiliés à l'hôpital et ils étaient en contact avec leurs associations. Par conséquent, nous pouvons suggérer que le haut degré de convergence retrouvé entre les discours des gestionnaires de l'hôpital et les écrits scientifiques s'explique, en partie, par le caractère stratégique de la décision de restructurer l'hôpital.

12.4.3. La participation dans le processus de prise de décision

La décision de changer la structure organisationnelle de l'hôpital a touché à plusieurs intérêts et a beaucoup mobilisé les différents acteurs impliqués. Cela signifie que la participation dans le processus de décision a été très importante. Théoriquement, cette participation aurait pu avoir incité les dirigeants hospitaliers à une utilisation accrue des connaissances scientifiques, spécialement de façon symbolique ou stratégique.

Dans les faits, la comparaison des discours par elle-même n'est pas capable d'apporter de l'information, à savoir, si l'utilisation d'un concept scientifique a été du type symbolique. En outre, dans les entrevues, les gestionnaires ne mentionnent pas des arguments basés sur la littérature scientifique pour obtenir un appui au projet de restructuration. La seule indication que nous avons de l'influence de la participation est l'avis d'un chercheur travaillant à l'hôpital qui affirme que l'utilisation symbolique a été très forte, à partir du moment où l'objectif de devenir un institut universitaire a été formalisé. Même en acceptant l'opinion de ce chercheur, il manque des observations précises qui permettraient d'affirmer que la participation a effectivement influé sur l'utilisation des connaissances.

12.4.4. Les rapports de l'hôpital avec d'autres organisations

En théorie, l'intensité élevée des liens institutionnels ou des échanges entre les organisations favorise l'utilisation des connaissances et l'adoption d'innovations technologiques et managériales (Goes et Park, 1997). Dans la pratique, l'hôpital étudié a beaucoup échangé avec d'autres établissements de santé, en cherchant activement des informations sur la gestion par programme.

D'autre part, les expériences de restructuration hospitalière ont servi de base non seulement aux écrits professionnels, mais aussi à plusieurs des écrits scientifiques. Certaines de ces expériences ont été connues à travers des visites faites par les gestionnaires de l'hôpital.

Plus spécifiquement, une des raisons citées pour justifier la restructuration, à savoir, favoriser l'engagement des médecins envers l'organisation, est explicitement liée à l'observation des expériences vécues par d'autres hôpitaux. Même si elle se présente sous une forme distincte, l'argument de favoriser l'implication des médecins dans la gestion est présente aussi dans les écrits scientifiques.

En somme, les contacts avec d'autres organisations ont représenté des sources d'informations scientifiques. Nous pouvons subséquemment affirmer que l'existence des rapports

organisationnels, même informels, a effectivement contribué à la convergence entre les discours des gestionnaires et ceux des chercheurs.

12.4.5. Les expériences professionnelles des gestionnaires

Les expériences passées des gestionnaires de l'hôpital avec des processus de changement organisationnel leur ont appris beaucoup de choses. Ces connaissances pratiques ont joué un rôle important dans leurs décisions portant sur l'implantation de la gestion par programme. En effet, la valorisation de l'autorité et du leadership, l'importance de la participation et de la mobilisation, la connaissance des pratiques des hôpitaux non psychiatriques, l'intégration à un réseau professionnel, la maîtrise de techniques propres au secteur privé et même la maîtrise des émotions générées par les processus de changement sont des choses apprises par expérience, qui ont contribué à façonner les comportements actuels des gestionnaires. Pourtant, elles ne les ont pas incités à chercher directement des informations scientifiques. D'autre part, un certain nombre de gestionnaires n'ont pas eu beaucoup d'expériences avec d'autres processus de restructuration précédemment à celui vécu présentement. Eux non plus ne lient pas ce manque d'expérience à une recherche plus importante de connaissances scientifiques.

Enfin, le haut degré de convergence retrouvé entre les discours des gestionnaires de l'hôpital et celui des scientifiques ne peut pas être expliqué par une recherche active d'information motivée par des expériences personnelles.

12.4.6. Les facteurs d'influence: les rôles prévus et les rôles accomplis

Dans l'hôpital Tremblay, il semble effectivement y avoir eu des facteurs d'influence, qui ont contribué en principe au cheminement des métaphores du discours scientifique vers le discours des gestionnaires. Nous pouvons facilement supposer que si les hauts dirigeants avaient eu moins d'accès à l'information, si la décision n'avait pas été considérée comme stratégique et si les rapports interorganisationnels n'ont pas été si intenses, le degré de convergence entre le discours des gestionnaires et celui des chercheurs aurait été moindre.

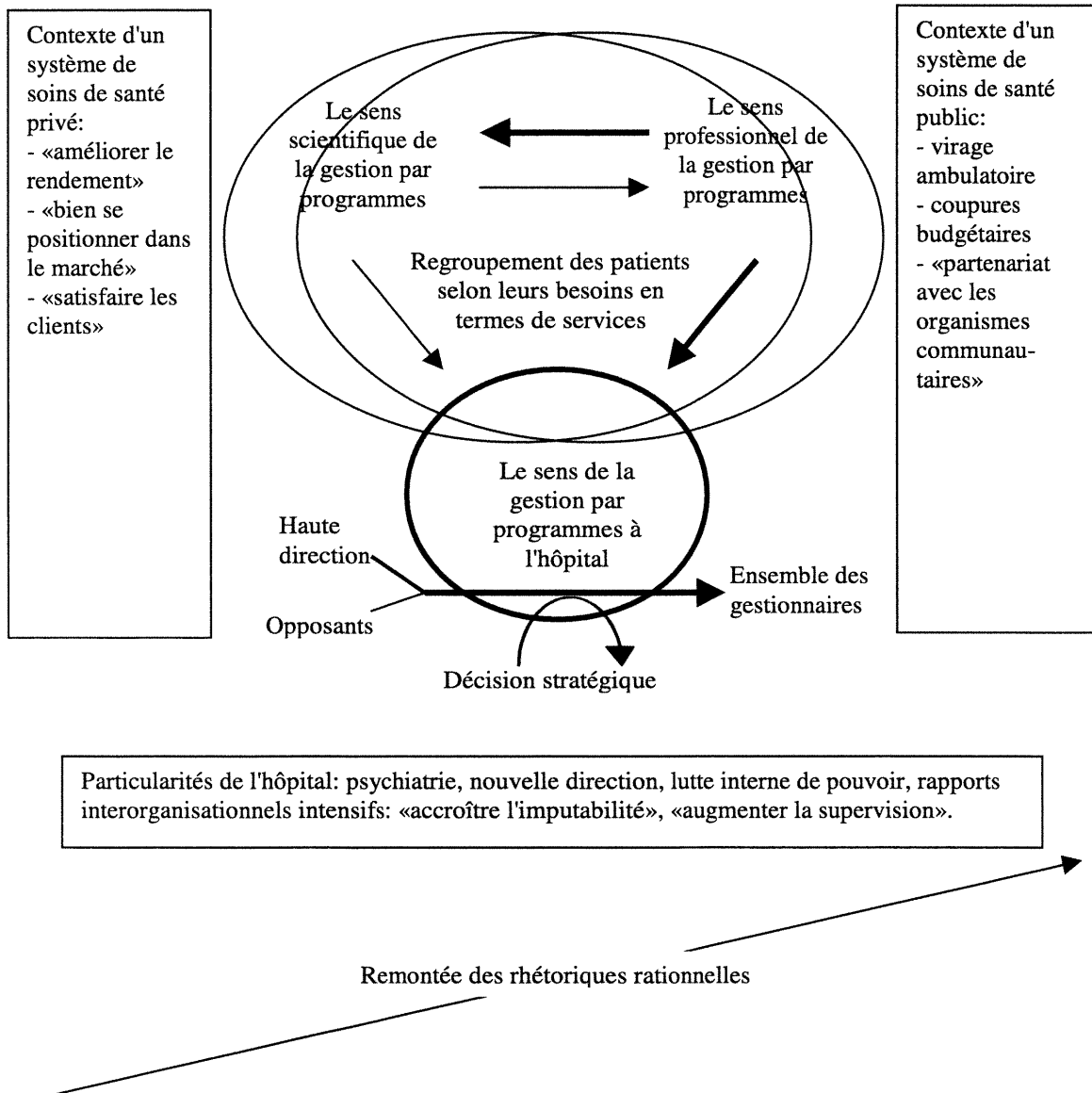
Le facteur, qui en principe n'était pas favorable à l'utilisation des connaissances, n'a pas empêché l'adoption de métaphores rencontrées dans les écrits scientifiques par les gestionnaires. En effet, si les expériences personnelles n'ont pas poussé les gestionnaires à chercher l'information scientifique sur la gestion par programme, elles n'ont pas su empêcher la convergence des discours.

Enfin, en termes des mécanismes d'échange d'informations entre les chercheurs et les administrateurs, les résultats de l'étude indiquent que les contacts personnels et la participation à des initiatives de diffusion de recherche sont des facteurs qui favorisent l'utilisation des connaissances, ce qui est cohérent avec l'avis de plusieurs auteurs (voir, p.ex., Weiss, 1979; Huberman, 1989; Lomas, 1997). De plus, le fait de compter sur la présence des chercheurs dans le propre milieu de travail est un facteur qui, au-delà du fait qu'il favorise les contacts personnels, permet l'implication des gestionnaires dans tout le processus de recherche, ce qui semble être un facteur-clé pour vraiment changer les pratiques à partir des nouvelles connaissances (Sauerborn *et al.*, 1999).

12.5. Le processus d'utilisation des connaissances scientifiques dans l'implantation de la gestion par programme à l'hôpital Tremblay

La figure suivante résume l'essentiel du processus d'utilisation des connaissances scientifiques à l'hôpital Tremblay en ce qui concerne la décision de mettre en place l'organisation par programme. Cette figure représente l'actualisation du modèle théorique (voir figure 2 à la page 32) à partir des données empiriques.

Figure 4 - L'utilisation des connaissances scientifiques au sujet de la gestion par programmes par les gestionnaires de l'hôpital Tremblay



En effet, l'appariement entre le modèle théorique et la configuration empirique nous permet de vérifier l'utilisation des connaissances scientifiques dans le cas étudié.

Ainsi, en comparons la figure 2 avec la figure 4, nous notons, d'abord, que la zone d'intersection entre les jeux de langage des gestionnaires et ceux des scientifiques est beaucoup plus large dans le modèle actualisé que dans le modèle précédent. La grandeur de l'intersection représente ici le fait que la convergence est beaucoup plus importante que la divergence entre les

discours des deux groupes. Au milieu de cet espace, se situe la définition particulière de la gestion par programme, mais aussi toutes les métaphores qui caractérisent cette approche et qui sont communes aux deux groupes de professionnels. (Ces métaphores ne sont pas représentées dans la figure 4 pour une question d'espace).

Deuxièmement, la flèche dans le sens des chercheurs vers les praticiens, prévue dans le modèle théorique, se maintient ici. Cela signifie que nous avons constaté l'existence empirique de l'utilisation des connaissances scientifiques. Cependant, nous avons dû ajouter une nouvelle flèche, plus grosse - dénotant une importance plus grande - dans le sens inverse. Cela signifie que les scientifiques ont adopté largement des concepts originaires formulés par des praticiens.

Nous avons aussi ajouté deux flèches inclinées liant le sens scientifique et le sens professionnel au sens de la gestion par programme à l'hôpital. Ces flèches représentent l'accessibilité à la connaissance, prévue théoriquement et constatée empiriquement.

Les quatre flèches ensemble symbolisent la triangulation de la communication entre les chercheurs et les gestionnaires, non prévue dans le modèle théorique, mais vérifiée dans la pratique. Leurs grosseurs distinctes indiquent l'importance relative de chaque rapport bilatéral. Ainsi, nous mettons en évidence le rôle fondamental des associations professionnelles.

Troisièmement, la signification de l'approche par programme à l'hôpital étudié est ressorti graphiquement pour deux raisons: permettre la visualisation de la triangulation de la communication et mettre en valeur le rôle majeur de la haute direction et l'influence des opposants à la restructuration dans la définition du sens de la gestion par programme.

Quatrièmement, la flèche courbée indique que le caractère stratégique de la décision de restructurer l'hôpital a effectivement joué le rôle de facteur influant sur l'utilisation des connaissances, comme prévu dans le modèle théorique.

Cinquièmement, la boîte «particularités de l'hôpital» montre les caractéristiques de l'organisation qui ont plus contribué à la construction du sens de la gestion par programme à l'hôpital. Ces caractéristiques n'ont pas été prévues dans le modèle théorique. De fait, il s'agissant de particularités, nous aurions difficilement pu les prévoir. Par contre, l'intensité des rapports interorganisationnels a été une caractéristique prévue dont l'influence sur l'utilisation des connaissances s'est confirmée empiriquement. Nous voyons encore dans cette boîte les expressions révélatrices des significations de l'approche par programme qui sont spécifiques de l'hôpital.

Sixièmement, les deux colonnes, représentant, à gauche, le contexte propre à la majorité des chercheurs et, à droite, le contexte propre aux gestionnaires occupent ici la place des jeux de langage propres aux systèmes de santé, prévue par le modèle théorique. Dans ces colonnes, nous

indiquons les expressions qui caractérisent les divergences les plus importantes entre le discours des chercheurs et celui des gestionnaires et dont l'origine renvoie à l'influence des facteurs contextuels. La longue flèche ascendante représente aussi le rôle du contexte, en mettant en valeur l'élément le plus important dans la médiation entre les facteurs sociaux et le discours managérial, à savoir, la montée des rhétoriques rationnelles.

Enfin, l'expérience professionnelle des gestionnaires, composante de leurs caractéristiques individuelles, n'est pas représentée dans le modèle actualisé, vu que son influence sur l'utilisation des connaissances ne s'est pas avérée dans les faits. De façon similaire, la participation dans le processus de prise de décision, même s'étant avérée comme importante, n'est pas représentée parce que son influence sur l'utilisation n'a pas été claire. Pour le reste, il vaut peut-être la peine rappeler que nous n'avons pas étudié les paradigmes scientifiques, les caractéristiques individuelles des chercheurs et les caractéristiques institutionnelles de la production scientifique dont l'influence sur la conformation des jeux de langage a été prévue théoriquement. À cause de cela ces ensembles de facteurs influents n'apparaissent pas dans le modèle revu à la lumière des données empiriques.

En somme, la discussion des résultats de l'étude, guidée par l'appariement entre la configuration empirique et le modèle théorique, a révélé que:

- 1) il y a un haut degré de convergence entre le discours des gestionnaires et celui des chercheurs sur la gestion par programme;
- 2) il y a des rapports intellectuels entre les deux groupes de professionnels, pouvant expliquer la convergence retrouvée;
- 3) il y a des flux d'information dans les deux sens. Le flux des chercheurs vers des gestionnaires caractérise l'occurrence de l'utilisation des connaissances scientifiques. Le flux dans le sens inverse, pourtant, est plus significatif;
- 4) l'environnement social et, spécialement, le mode d'organisation du système de soins de santé sont partie de l'explication aussi bien des convergences que des divergences entre le discours des gestionnaires et celui des scientifiques;
- 5) l'accessibilité à la connaissance, le caractère stratégique de la décision de restructurer l'hôpital et l'intensité des rapports interorganisationnels sont des facteurs qui ont vraisemblablement influé sur l'utilisation des connaissances à l'hôpital Tremblay.

13. Conclusion: la contribution scientifique à la gestion de la santé

Enfin, que nous apprend cette étude sur le thème de l'utilisation de la connaissance scientifique en administration de la santé ?

D'après les résultats obtenus, l'utilisation de la connaissance scientifique en gestion, où les problèmes sont normalement mal définis et inséparables du contexte, ne suit pas un modèle linéaire allant de la conception théorique à l'application pratique et passant par l'expérimentation. À l'opposé, tout au moins dans le cas de la gestion par programme, c'est dans la pratique réelle que les concepts administratifs prennent leur origine et sont expérimentés. Ce n'est que postérieurement qu'un travail de conceptualisation théorique est accompli, amenant alors à de nouvelles expérimentations et applications pratiques.

En outre, les théories élaborées par les chercheurs semblent servir plutôt à offrir des cadres d'interprétation de la réalité organisationnelle qu'à fournir des «preuves» sur le bien fondé d'un modèle de gestion. Encore une fois, l'évolution du concept de gestion par programme suggère que sa théorisation, dans le cadre de la théorie de la contingence ou dans les propositions de la ré-ingénierie, n'a pas donné à cette approche de gestion le statut d'un modèle «prouvé scientifiquement». Toutefois, le travail des théoriciens a effectivement donné un sens plus structuré à la notion de gestion par programme, ce qui lui rend plus utile comme aide à la compréhension de la réalité perçue et à l'action.

Cette conclusion n'a rien d'original. Les contributions les plus significatives dans le domaine des sciences de l'administration sont celles qui ont rénové les formes de concevoir des organisations, révélant de nouveaux aspects de la vie organisationnelle ou proposant des perspectives d'analyse nouvelles. Ainsi, nous pouvons dire, comme Eastman et Bailey (1998) l'ont dit, que la principale contribution de Frederick Taylor repose sur la construction d'un cadre unifié pour comprendre le processus de travail industriel: chaque tâche a un et un seul processus optimal de réalisation, lequel peut être identifié à travers une vérification empirique. De façon similaire, la contribution fondamentale d'Elton Mayo peut être vue comme étant la découverte «of a useful way of thinking about organizational behavior», c'est-à-dire, la conception des organisations comme des totalités organiques se battant pour survivre (Roethlisberger, 1960). Nous pourrions dire la même chose des œuvres d'autres auteurs classiques des théories des organisations. Le travail de Morgan (1997) sur les «images des organisations» en donne de nombreux exemples.

De fait, la contribution de notre étude a été de montrer que ce n'est pas seulement au niveau paradigmatique, comme noté au paragraphe précédent, que les concepts scientifiques

peuvent aider les gestionnaires à voir sous de nouveaux éclairages leur réalité. Même au niveau d'une simple approche de gestion, les concepts élaborés pour la définir sont des métaphores génératrices de significations. En effet, définir la gestion par programme comme le regroupement des patients selon leurs besoins en termes de services donne une nouvelle signification à l'importance de prendre en compte les besoins des patients.

Si la science s'associe à la pratique pour ouvrir de nouvelles voies pour la compréhension de la réalité, l'utilisation des connaissances devient tributaire de l'appréhension cognitive des métaphores scientifiques par les gestionnaires. Autrement dit, c'est le modèle de l'utilisation conceptuel qui prévaut. Empiriquement, l'utilisation se réalise quand les gestionnaires emploient des concepts élaborés originalement ou plutôt ré-élaborés par des chercheurs.

Dans le cas étudié, nous avons vu que la définition de la gestion par programme et les métaphores agrégées, même si elles ont été créées par des praticiens, ont été reprises et restructurées par les scientifiques. Et nous avons constaté que l'utilisation postérieure de ces métaphores a pris en compte le travail entrepris par des chercheurs pour les raffiner conceptuellement. En effet, à l'hôpital, les gestionnaires ont appuyé leur décision d'implanter la gestion par programme à partir de concepts dont l'élaboration a subi l'influence de l'activité scientifique.

Les dirigeants de l'hôpital ont basé leur décision sur la croyance que la gestion par programme pourrait résoudre les problèmes d'efficacité qu'ils avaient identifiés dans leur organisation. Or, l'amélioration de l'efficacité et le contrôle des coûts sont exactement les expressions les plus souvent mentionnées dans les écrits scientifiques, y compris les écrits spécifiques sur la gestion par programme. De même, les idées de l'implication des médecins dans la gestion et de l'imputabilité des gestionnaires de base, centrales dans les préoccupations des membres de l'hôpital et des associations professionnelles, sont accentuées dans les textes scientifiques. Et ainsi de suite: il est inutile nommer de nouveau tous les points de convergence entre le discours de chercheurs et celui des gestionnaires.

Nous avons vu que ce haut degré de convergence s'explique, en partie, par des déterminants contextuels économiques et culturels. Pourtant, nous avons aussi constaté l'existence d'échanges intellectuels entre les chercheurs et les gestionnaires, ce qui est une condition nécessaire à l'utilisation.

D'ailleurs, nous avons constaté que l'utilisation de la connaissance scientifique par rapport à la gestion par programme s'est fait surtout à partir d'un modèle conceptuel. Les gestionnaires canadiens ont repris la notion de lignes de produit et l'ont adaptée au contexte de leur pays pour la rendre utile à l'organisation des services de santé. À l'hôpital, la notion de programme a été ré-

introduite en y mettant un accent sur sa capacité à rendre imputables les gestionnaires de la base. En outre, l'utilisation symbolique a été également employée à l'hôpital, tout au moins d'après l'avis d'un des individus interviewés. Par contre, nous n'avons trouvé aucune indication d'une utilisation du type instrumental.

En ce qui concerne les facteurs influant sur l'utilisation des connaissances, les résultats soutiennent l'importance de l'accessibilité de l'information, du caractère stratégique de la décision à prendre et de l'intensité des rapports interorganisationnels. Par contre, la supposition selon laquelle avoir vécu des expériences antérieures de restructuration organisationnelle pourrait influencer l'utilisation des connaissances pendant le processus actuel de restructuration, ne s'est pas confirmée. Quant à la participation des différents acteurs dans le processus de prise de décision, nous n'avons pu arriver à une conclusion.

Les résultats produits dans notre étude semblent confirmer notre proposition selon laquelle l'étude de l'application de la connaissance scientifique dans le domaine de l'administration de la santé peut bénéficier d'un cadre de référence adoptant une conception non-réificatrice du processus de prise de décision organisationnelle et une vision non-objectiviste de la science. Plus spécifiquement, il semble qu'un cadre concevant l'utilisation des connaissances comme un processus d'échanges de métaphores entre les jeux de langage des chercheurs et des gestionnaires est utile.

L'idée que la signification des expressions linguistiques découle de leur usage est appuyée par les données du cas. Dans les mains des chercheurs, le concept de la gestion par programme a subi un processus de théorisation, c'est-à-dire, il a pris son sens à partir d'une théorie, la théorie de la contingence, dans les années 70. Plus tard, à la fin des années 90, la gestion par programme ré-actualise sa signification scientifique, en s'insérant aux conceptions de la ré-ingénierie. Dans les mains de gestionnaires, ce concept s'est modifié et s'est enrichi de sens qui découlent du contexte de gestion. En passant de gérant de produit à gérant de projets, puis à directeur de programme, le concept a évolué, s'adaptant aux conditions changeantes de la pratique administrative. Ainsi, les formes de vie des scientifiques et des administrateurs, c'est-à-dire, les activités caractéristiques de la pratique scientifique et de la pratique de gestion ont déterminé, respectivement, le sens scientifique et le sens professionnel de la gestion par programme.

Les significations scientifique et professionnelle sont partiellement communes et partiellement distinctes. Elles sont communes par deux raisons: l'environnement social est commun aux chercheurs et aux gestionnaires et l'élaboration des concepts théoriques reflète les expériences pratiques avec la gestion par programme. Ainsi, les notions de regroupement de patients, de décentralisation, d'efficacité, d'imputabilité, etc. sont toujours présentes. Toutefois,

les significations sont distinctes car le but des chercheurs est de formuler des théories et le but des gestionnaires est de diriger l'organisation. Un exemple de dissimilitude est donné par les expressions «contrôler les coûts», plus généralisable, et «faire face aux coupures budgétaires», liée à un contexte propre aux gestionnaires interviewés. Un autre exemple est donné par l'expression «répondre aux pressions de l'environnement», interprétée de façon analytique par les chercheurs et de façon immédiate, comme des directives gouvernementales, par les gestionnaires de l'hôpital.

Les discours des chercheurs et des gestionnaires sont réciproquement traduisibles. D'un côté, les chercheurs partent du terme professionnel «product manager» pour théoriser un mode de gestion, le «product management». D'un autre côté, les gestionnaires canadiens reprennent le concept théorisé «gestion par lignes de produit» et le traduisent par «gestion par programme». Avec cette traduction, on préserve le sens scientifique de la gestion par produit, tout en l'adaptant à la situation de gestion.

Les deux groupes communiquent effectivement par des métaphores. La construction du sens scientifique et du sens professionnel de la gestion par programme est basée sur l'échange de concepts structurants. Ce n'est pas la spécificité d'une expérience pratique que les chercheurs vont retenir pour élaborer la théorie, mais ce qui peut servir à une rationalisation généralisatrice. De même, ce ne sont pas des renseignements particuliers sur un cas étudié scientifiquement que les gestionnaires vont retenir pour diriger leur organisation, mais plutôt des concepts passibles d'être réinterprétés pour pouvoir être appliqués à des situations différentes de celles où ils ont été produits.

Enfin, partant de l'idée que la pratique de la gestion et la pratique scientifique sont des jeux de langage particuliers, nous sommes capables d'étudier l'application de la connaissance scientifique à l'administration des organisations, de manière qui rend visible leurs interrelations complexes. En outre, nous sommes en mesure de suggérer que la meilleure contribution des sciences de l'administration à la pratique de gestion est de fournir des métaphores fécondes. Elaborer des concepts qui révèlent des rapports entre les phénomènes organisationnels qui auparavant étaient inaperçus, offre aux gestionnaires de nouvelles options pour l'interprétation de leur environnement et pour l'action sur la réalité perçue.

Notre étude a soulevé un certain nombre de questions auxquels nous n'avons pas répondu. Ces questions pourront mériter l'attention des recherches futures.

Le rôle d'agents intermédiaires entre les producteurs et les utilisateurs des connaissances scientifiques, par exemple, semble être un thème digne d'attention. Nous avons considéré le contenu discursif des publications des associations professionnelles comme représentatif du

discours des gestionnaires, un choix semblable à celui de Barley *et al.* (1988). Pourtant, il serait intéressant aussi de considérer les organismes professionnels comme des agents intermédiaires. Si confirmé son rôle d'agent de liaison, ces organismes pourraient devenir une cible privilégiée des efforts de diffusion des résultats de recherche.

De façon similaire, il serait intéressant d'étudier les rôles d'autres agents de liaison potentiels comme les consultants ou encore les mass média. Nous avons vu que le concept de «patient-focused care» a été formulé et diffusé par des consultants. De plus, nous avons constaté que l'introduction du concept de gestion par programme au Canada doit beaucoup au travail des consultants. Il vaudra peut-être la peine d'approfondir l'investigation dans cette voie et vérifier dans quelle mesure la diffusion de la gestion par programme résulte de l'action des consultants et de la presse populaire.

Une autre possible question pour des recherches futures s'attache au thème des modes managériaux. Nous avons écouté de certaines personnes interviewées que l'implantation de la structure par programme dans l'hôpital Tremblay était une conséquence des courants managériaux qui se propageaient parmi les établissements de santé. Il serait probablement instigant d'examiner s'il y a des rapports entre la production et l'utilisation des connaissances scientifiques sur la gestion par programme et les modes managériaux.

L'influence des idéologies sur l'application des connaissances est aussi un thème qui mériterait l'attention de recherches futures. Nous avons vu dans la section sur les écrits scientifiques que les résultats de recherche ont peu ou n'ont pas de tout influé sur la diffusion d'approches de gestion comme la ré-ingénierie et la gestion de la qualité. Plusieurs auteurs y voient l'effet des idéologies (Ogbor, 2000; Keleman, 2000; Mckinley *et al.*, 1998). Par ailleurs, nous avons mis en relation la signification donnée à la gestion par programme avec la remontée des rhétoriques rationnelles, lesquelles traduisent une idéologie du contrôle managérial (Barley et Kunda, 1992). Il serait donc intéressant d'approfondir l'étude de l'effet des idéologies sur la diffusion de l'approche par programme.

Finalement, il y a une série d'éléments liés au processus d'utilisation des connaissances scientifiques que nous n'avons pas examinés pour ne pas compromettre la faisabilité empirique de notre étude. De fait, nous n'avons pas exploré les facteurs liés aux caractéristiques institutionnelles de la production scientifique, aux paradigmes scientifiques et aux caractéristiques individuelles des chercheurs. De même, nous n'avons considéré qu'un nombre assez limité de facteurs qui font partie des caractéristiques individuelles des gestionnaires et des caractéristiques organisationnelles. Des recherches futures, pourtant, pourront examiner le rôle de ces facteurs.

RÉFÉRENCES

- Aas, I. (1997). Organizational change: decentralization in hospitals. *International Journal of Health Planning Management* 12(2):103-14.
- Abrahamson, E. (1997) The emergence and prevalence of employee management rhetorics: the effects of long waves, labor unions, and turnover, 1875 to 1992. *Academy of Management Journal* 40(3):491-533.
- Acorn, S., Ratner, P., Crawford, M. (1997). Decentralization as a determinant of autonomy, job satisfaction, and organizational commitment among nurses managers. *Nursing Research* 46(1):52-8.
- Aikman, P., Andress, I., Goodfellow, C., LaBelle, N., Porter-O'Grady, T. (1998). System integration: A necessity AHQ-Association des hôpitaux du Québec (1996) *Regards sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé*. Montréal: Publications de l'AHQ, 67 p.
- AHQ-Association des hôpitaux du Québec (2000) *Organisation par programme-clientèle: l'expérience des centres hospitaliers du Québec*. Montréal: Publications de l'AHQ, 70p.
- AHQ-Association des hôpitaux du Québec (1997a) La politique de santé mentale et la transformation des services. *Éditorial Artère* 15(1):2.
- AHQ-Association des hôpitaux du Québec (1997b) Les orientations du MSSS en santé mentale. Des propositions judicieuses qui s'intéressent toutefois plus aux structures qu'aux besoins des clientèles. *Artère* 15(4):1.
- Allcorn, S. (1990). Using matrix organization to manage health care delivery organizations. *Hospital & Health Services Administration* 35(4):576-90.
- Allison, C.W. & Haynes, J. (1996). The Cognitive Style Index. *Journal of Management Studies* 33(1):119-135.
- Alvesson, M. (1993) *The Play of Metaphors*. Dans: Hassard, J. & Parker, M. (eds.) *Postmodernism and Organizations*. London-Newbury Park-New Delhi: Sage Publications.
- Astley, W.G, Zammuto, R.F. (1992) Organization Science, Managers, and Languages Games. *Organization Science* 3(4):443-460.
- Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall, p 247.
- Barley, S.R. (1983) Semiotics and the Study of Occupational and Organizational Cultures. *Administrative Science Quarterly* 28:393-413.
- Barley, S.R., Meyer, G.W., Gash, D.C. (1988) Cultures of Culture: Academics, Practitioners and the Pragmatics of Normative Control. *Administrative Science Quarterly* 33:24-60.
- Barley, S.R., Kunda, G. (1992) Design and Devotion: Surges of Rational and Normative Ideologies Control in Managerial Discourse. *Administrative Science Quarterly* 37:363-99.

- Bédard, D. (1996) Acquis importants en santé mentale. Dans: *20 ans de Santé mentale au Québec. Regards critiques des acteurs et des collaborateurs. Cahier souvenir*, 11-14 p.
- Beggs, J. (1983) Managing NASA. *Directors and Boards* 7(2):12-9.
- Bensing, J., Verhaak, P., van Dulmen, A., Visser, A. (2000). Communication: The royal pathway to patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling* 39:1-3.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling* 39:17-25.
- Berridge, V., Stanton, J. (1999) Science and policy: historical insights. *Social Science & Medicine* 49: 1133-1138.
- Berwick, D. (1992) Caixa de ressonância. O melhoramento contínuo como ideal na atenção à saúde. Dans: Novaes, H.M. et Paganini, J.M. (éds.) *Garantia de qualidade. Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe*. Brasília: OPS/OMS, p. 109-117.
- Bibeau, G., Corin, E. (1995) From submission to the text to interpretative violence. Dans: Bibeau, G. et Corin, E. (éds.) *Beyond Textuality. Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation*, introduction, p. 3-54. Berlin-New York: Mouton de Gruyter.
- Bigelow, D., Young, D. (1991). Effectiveness of a case management program. *Community Mental Health Journal* 27(2):115-23.
- Birchall, J. (1997). Patient-focused care: Anatomy of a failure. *Holistic Nursing Practice* 11(3):17-20.
- Black, M. (1962) *Models and metaphors : studies in language and philosophy*. Ithaca, NY : Cornell University Press.
- Blanchet, L. (1996) Vers un élargissement des perspectives en santé mentale. Dans: *20 ans de Santé mentale au Québec. Regards critiques des acteurs et des collaborateurs. Cahier souvenir*, 60-64 p.
- Blumenthal, D. (1996). Quality of health care. Part 6: The role of physicians in the future of quality management. *New England Journal of Medicine* 335(17):1328-31.
- Boland Jr, R.J. & Tenkasi, R.V. (1995) Perspective Making and Perspective Taking in Communities of Knowing. *Organization Science* 6(4):350-372.
- Bouveresse, J. (1991) *Herméneutique et linguistique suivi de Wittgenstein et la philosophie du langage*. Paris: L'éclat.
- Bowers, M., Taylor, J. (1990). Product-line management in hospitals: An exploratory study of managing change. *Hospital & Health Services Administration* 35(3):365-75.
- Bridger, P. (1992) The move to patient-focused care. *American Journal of Nursing* 92(9):74-80.
- Brittain, B., Langill, G. (1997) Organizational justice principles and large-scale change: the case of program management. *Healthcare Management Forum* 13(4):10-23.

- Brugger, W.; Gerrits, R.; Pruitt, L. (2000) Effective project management equals successful military engineering. *Cost Engineering* **42**(11):33-7.
- Buchner, D., Butt, L., De Stefano, A., Edgren, B., Suarez, A., Evans, R. (1998). Effects of an asthma management program on the asthmatic member: Patient-centered results of a 2-year study in a managed care organization. *American Journal of Managed Care* **4**(9):1288-97.
- Buchan, J. (1995). Are patient focused hospitals working? *Nursing Standard* **10**(8):30.
- Buck, J., Silverman, H. (1996). Use of utilization management methods in state medical programs. *Health Care Financing Review* **17**(4):77-86.
- Burns, L. (1982) The diffusion of unit management among US hospitals. *Hospital & Health Services Administration* **27**(2):43-57.
- Burns, L. (1989). Matrix management in hospitals: Testing theories of matrix structure and development. *Administrative Science Quarterly* **34**: 349-68.
- Burns, L., Wholey, D. (1993). Adoption and abandonment of matrix management programs: effects of organizational characteristics and interorganizational networks. *Academy of Management Journal* **36**(1):106-38.
- Burrell, G. (1996) Normal Science, Paradigms, Metaphors, Discourses and Genealogies of Analysis. In: Clegg, S.R.; Hardy, C.; Nord, W.R. *Handbook of Organizational Studies*, chap. 3.8, p. 642-658. Londres: Sage Publications.
- Cahn, C.H. (1981) *Hôpital Douglas: 100 ans d'histoire et de progrès*. Montréal: Hôpital Douglas.
- Camargo, K. (2000) *Logos 1.6 Gerenciador de base de dados textuais para apoio à pesquisa qualitativa*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Canada. Conseil canadien d'agrément de services de santé (2001) *Agrément Mire: 3. Les indicateurs et le Programme d'agrément Mire*.
- Case, P. (1999) Remember re-engineering? The rhetorical appeal of a managerial salvation device. *Journal of Management Studies* **36**(4):419-41.
- CCDSS-Collège canadien des directeurs des services de santé (1994) *Program Management and Beyond.. Management Innovations in Ontario Hospitals*. Ottawa: CCDSS, 89 p.
- Challis, D. (1993). Case management in social and health care. Lessons from a United Kingdom program. *Journal of Case Management* **2**(3):79-90.
- Champagne, F., Sicotte, C., St-Hilaire, C. (1998). Information, décision et performance: La nature des données probantes à la base de la prise de décision managériale au sein des organisations. Article présenté au *Colloque INSERM de Recherche Finalisée* (France)
- Champagne, F. (1999) The Use of Scientific Evidence and Knowledge by Managers. Paper presented at *Closing the Loop: 3rd Conference on the Scientific Basis of Health Care* Toronto, Oct. 1999.

- Coile, Jr., R. C. (2000) Millennium outlook: Focused factories vs a global perspective. *Frontiers of Health Services Management* **16**(3):31-36.
- Cole, R. (1998). Learning from the Quality Movement: What did and didn't happen and why? *California Management Review* **41**(1):43-73.
- Connell, A.F., Nord, W.R. (1998) Reconsidering the 'Fact-Value Antinomy': A Comment on Eastman and Bailey (1997). *Organization Management* **9**(2):245-50.
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L., Boyle, P. (1990) *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cooper, G., Armitage, K., Ashar, B., Constantini, O., Creighton, F., Raiz, P., Wong, R., Carlson, M. (2000). Design and implementation of an inpatient disease management program. *American Journal of Managed Care* **6**(7):793-801.
- Cox, C. (2000). Response to 'Patient-centered care. Understanding its interpretation and implementation in health care.' *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* **14**(2):183-7.
- Daoust, F. (1999) *SATO-4 Système d'analyse de texte par ordinateur, version 4.1*. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- de Cangas, J. (1994). Étude de l'effet d'un programme de soins coordonnés sur l'évaluation d'une cohorte de patients psychiatriques ambulatoires. *Santé mentale au Québec* **19**(1):75-91.
- De Cock, C., Hipkin, I. (1997). TQM and BPR: Beyond the beyond myth. *Journal of Management Studies* **34**(5):659-75.
- Denzin, N., Lincoln, I. (2000) Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. Dans: Denzin, N. et Lincoln, I. (éds.) *Handbook of Qualitative Research*, chap. 1, 1-28 p. Thousand Oaks-Londres-New Delhi: Sage Publications.
- Donnelly, G. (1997). From the editor. *Holistic Nursing Practice* **11**(3): v.
- Dubois, C.-A.; Denis, J.-L.; Bilodeau, H.; Champagne, F.; Annick, V. (2001) Imputabilité et défaillances des systèmes de contrôle dans l'administration publique. *Document de travail*. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Duncan, R. (1979) What is the right organization structure? *Organizational Dynamics* **7**(3):59-80.
- Dunn, W., Holzner, B., Zaltman, G. (1990) Knowledge Utilization. Dans: Walberg, H.J. and Haertel, G.D. (eds.) *The International Encyclopedia of Educational Interventions*. Oxford: Pergaman Press, p. 725-33
- Dwyer, W.M. (2000) Globalized, focused healthcare? *Frontiers of Health Services Management* **16**(3):37-9.

- Eastman, W., Bailey, J.R. (1998) Mediating the Fact-Value Antinomy: Patterns in Managerial and Legal Rhetoric, 1890-1990. *Organization Science* 9(2):232-45.
- Eco, U. (1988) *Sémiotique et philosophie du langage*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Eco, U. (1992) *Les limites de l'interprétation*. Paris: Bernard Grasset.
- Elliott, H., Popay, J. (2000) How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHS policy making. *Journal of Epidemiology Community Health* 54:461-168.
- Ellis, P., Gaskin, P. (1988). Sunnybrook's matrix organizational model - moving ahead. *Healthcare Management Forum* 1(2):12-8.
- El-Najdawi, M., Liberatore, M. (1997). Matrix management effectiveness: An update for research and engineering organizations. *Project Management Journal* 18(1):25-31.
- Fetter, R., Freeman, J. (1986). Diagnosis related groups: Product-line management within hospitals. *The Academy of Management Review* 11(1):41-54.
- Fleury, M.-J., Denis, J.-L. (2000) Bilan de la mise en œuvre et des effets des plans régionaux d'organisation des services comme stratégies d'implantation de la réforme des services de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec* XXV(1):217-240.
- Finch, H.L. (1995) *Wittgenstein*. Rockport, Ma: Elements Books, Inc.
- Folger, J., Gee, E. (1987). *Product Management for Hospitals. Organizing for Profitability*. Chicago, American Hospital Publishing, Inc.
- Fontaine, N. (1996) Enjeux majeurs et principaux acquis de la décennie 1980. Dans: *20 ans de Santé mentale au Québec. Regards critiques des acteurs et des collaborateurs. Cahier souvenir*, 38-39 p.
- Ford, R., Randolph, W. (1992). Cross-functional structures: A review and integration of matrix organization and project management. *Journal of Management* 18(2):267-94.
- Fottler, M., Repasky, L. (1988). Attitudes of hospital executives toward product line management: A pilot survey. *Health Care Management Review* 13(3):15-22.
- Freed, D., Elder, W., Lauderdale, S., Carter, S. (1999). An integrated program for dementia evaluation and care management. *The Gerontologist* 39(3):356-61.
- Fulmer, R. (1965). Product management: Panacea or pandora's box? *California Management Review* VIII(4):63-74.
- Galbraith, J. (1973) *Designing Complex Organizations*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Galbraith, J. (1980) Applying theory to the management of organizations. Dans: Evan, W.M. (éd.) *Frontiers in organization and management*, p. 151-67. New York: Praeger.
- Ginsburg, P. B. (2000) Are focused factories the wave of the future? *Frontiers of Health Services Management* 16(3):41-46.

- Gioia, D. A. (1986) Symbols, Scripts and Sensemaking. Creating Meaning in the Organizational Experience. In Sims & Gioia (éds.) *The Thinking Organization*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, p 49-74.
- Goes, J.B., Park, S.H. (1997) Interorganizational Links and Innovation: The Case of Hospital Services. *Academy of Management Journal* **40**(3):673-696.
- Goldman, R., Weir, C., Turner, C., Smith, C. (1997). Validity of utilization management criteria for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* **154**(3):349-54.
- Grazier, K., Eselius, L. (1999). Mental Health Carve-Outs: Effects and Implications. *Medical Care Research and Review* **56**(Suppl. 2):37-59.
- Grazier, K., Pollack, H. (2000). Translating behavioral health services research into benefits policy. *Medical Care Research and Review* **57**(Suppl.2):53-71.
- Grizenko, N. (1998) Restructuring of a Psychiatric Hospital. Travail présenté au *Congrès de l'Association de psychiatrie du Québec*, Mont-Tremblant, 18 juin 1998, 22 p.
- Guay, L., Rodriguez, L. (1996) Aurions-nous donc tourné en rond? *20 ans de Santé mentale au Québec. Regards critiques des acteurs et des collaborateurs. Cahier souvenir*, 46-54 p.
- Hales, C. (1999). Leading horses to water? The impact of decentralization of managerial behaviour. *Journal of Management Studies* **36**(6):831-51.
- Harber, B.W., Miller, S.A. (1994) Program management and healthcare informatics: defining relationships. *Healthcare Management Forum* **7**(4):28-35.
- Harnois, G. (1996) Les années 80: une démarche à la fois audacieuse et originale! Dans: *20 ans de Santé mentale au Québec. Regards critiques des acteurs et des collaborateurs. Cahier souvenir*, 35-37 p.
- Hermann, R., Leff, H., Palmer, R., Yang, D., Teller, T., Provost, S., Jakubiak, C., Chan, J. (2000a). Quality measures for mental health care: Results from a national inventory. *Medical Care Research and Review* **57**(Suppl.2):136-54.
- Hermann, R., Regner, J., Erickson, P., Yang, D. (2000b). Developing a quality management system for behavioral health care: The Cambridge Health Alliance experience. *Harvard Review of Psychiatry* **8**(5):251-60.
- Herzlinger, R. (2000) Market-driven, focused healthcare: The role of managers. *Frontiers of Health Services Management* **16**(3):3-12.
- Hesse, M. (1980) *Revolutions and reconstructions in the philosophy of science*. Brighton, Suss. : Harvester Press.
- Heyssel, R., Gaintner, J., Kues, I., Jones, A., Lipstein, S. (1984). Decentralized management in a teaching hospital. *New England Journal of Medicine* **310**(22):1477-80.
- Hill, S., Martin, R., Harris, M. (2000). Decentralization, integration, and the post-bureaucratic organization: The case of R&D. *Journal of Management Studies* **37**(4):563-85.

- Hobday, M. (1997). Reiss, G. (1996) Program Management Demystified. E&FN Spon. *Technovation* 17(7):415-6.
- HD-Hôpital Douglas Hospital (1997) Plan stratégique 1997-2000. *Document d'information (Bulletin 10)* Montréal: Hôpital Douglas, 22 p.
- HD-Hôpital Douglas Hospital (1999) *Le Plan d'organisation*. Montréal: Hôpital Douglas.
- Hottois, G. (1976) *La philosophie du langage de Ludwig Wittgenstein*. Bruxelles: Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Huberman, M. (1989) Predicting Conceptual Effects in Research Utilization: Looking with Both Eyes. *Knowledge in Society: The International Journal of Knowledge Transfer* 2(3):6-24.
- Huberman, A.M. & Miles, M.B. (1991) *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Huguelet, P., Vogel, S., Lusti, O., Favrod, J., Gonzalez, C. (1997). [Effect of a coordinated management program on the outcomes of a cohort of ambulatory psychiatric patients]. *L'encéphale* 23(4):257-61.
- Hugues, J. (1992). Total quality management in a 300-bed community hospital: the quality improvement process translated to health care. *QRB Quality Review Bulletin* 18(9):293-300.
- Janssen, R., van Merode, F. (1991). Hospital management by product lines. *Health Services Management Research* 4(1):25-31.
- Jeffcutt, Paul (1993) From Interpretation to Representation. Dans: Hassard, J. & Parker, M. (eds.) *Postmodernism and Organizations*. London-Newbury Park-New Delhi: Sage Publications.
- Johnston, C., Cooper, P. (1997). Patient-focused care: What is it? *Holistic Nursing Practice* 11(5):1-7.
- Jones, K.; DeBaca, V.; Yarbrough, M. (1997) Organizational culture assessment before and after implementing patient-focused care. *Nursing Economics* 15(2):73-5.
- Jones, R. (1997a). Foreword. *Holistic Nursing Practice* 11(3):vi-vii.
- Jones, R. (1997b). Multidisciplinary collaboration: Conceptual development as a foundation for patient-focused care. *Holistic Nursing Practice* 11(3):8-16.
- Jones, R., Dougherty, M., Martin, S. (1997). Program evaluation of a unit reengineered for patient-focused care. *Holistic Nursing Practice* 11(3):31-46.
- Jowers, J., Schwartz, A., Tinkelman, D., Reed, K., Corsello, P., Mazzei, A., Bender, D., Lochhead, R. (2000). Disease management program improves asthma outcomes. *American Journal of Managed Care* 6(5):585-92.

- Katzelnick, D.J.; Simon, G.E.; Pearson, S.D; Manning, W.G.; Helstad, C.P.; Henk, H.J.; Cole, S.M.; Lin, E.H.; Taylor, L.H., Kobak, K.A. (2000) Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Archives of Family Medicine* 9(4):345-51.
- Keleman, M. (2000) Too Much or Too Little Ambiguity: The Language of Total Quality Management. *Journal of Management Studies* 37(4):485-98.
- Kenny, A. (1973) *Wittgenstein*. London: Allen Lane The Penguin Press.
- Kenny, N.P. (1997) Does good science make good medicine ? *Canadian Medical Association Journal*, 157:33-6.
- Kerr, D.H. (1984) *Barriers to Integrity. Modern Modes of Knowledge Utilization*. Boulder, Colorado: Westview Press, p 105.
- Kimble, J. (1997). Issues in patient-focused care for the respiratory care practitioner. *Holistic Nursing Practice* 11(3):21-30.
- Kirsh, W.D., Lee, R. (1999) Disease management. Decreasing cost and increasing patient satisfaction: the implementation of a cancer disease management program. *Managed Care Interface* 12(8):65-8.
- Koike, A., Klap, R., Unutzer, J. (2000). Utilization management in a large managed behavioral health organization. *Psychiatric Services* 51(5):621-26.
- Knox, D., Mischke, L. (1999) Implementing a congestive heart failure disease management program to decrease length of stay and cost. *Journal of Cardiovascular Nursing* 14(1):55-74.
- Kouri, D. (1999) Bridging the gaps: Improving interaction between researchers and decision makers. An example from the health care sector. *Occasional Paper No. 3* Saskatoon: Centre de recherche sur la régionalisation, 11 p.
- Kuhn, T. (1990) *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Lakoff, G., Johnson, M. (1980) *Metaphors We Live By*. Chicago et Londres: The University of Chicago Press.
- Lakoff, G. (1987) *Women, Fire and Dangerous Things. What Categories Reveal about the Mind*. Chicago et Londres: The University of Chicago Press.
- Langley, A., Mintzberg, H., Pitcher, P., Posada, E., Saint-Macary, J. (1995). Opening up Decision Making: The View from the Black Stool. *Organization Science* 6(3):260-79 .
- Langley, A. (1996) Stratégies d'analyse de données processuelles. *Document de travail* 21-96, Montréal: Université du Québec à Montréal, 24 pp.
- Landon, B., Epstein, A. (1999). Quality management practices in Medicaid managed care: a national survey of Medicaid and commercial health plans participating in the Medicaid program. *Journal of the American Medical Association* 282(18):1769-75.

- Laperrière, A. (1994) Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans: Les méthodes qualitatives en recherche sociale: problématiques et enjeux. *Actes du Colloque du Conseil québécois de la recherche sociale*, Rimouski, 17 mai 1993, p 45-66.
- Lapointe, L., Champagne, F., Denis, J.-L., Gerlier-Forest, P., Gosselin, R., Dussault, G. (1990) *Une expérience de décentralisation fédérale: le cas de l'hôpital Sainte Justine*. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Lathrop, J.P. (1991). The patient-focused hospital. *Healthcare Forum Journal* 34(4):17-20.
- Lathrop, J.P.; Seufert, G.E.; MacDonald, R.J., Martin, S.B. (1991) The Patient-Focused Hospital: a patient care concept. *Journal of the Society for Health System* 3(2):33-50.
- Latour, B. (1989) *La science en action*. Paris: Éditions La Découverte.
- Lazure, D. (1996) La décennie 1970: les enjeux et les acquis en santé mentale. Dans: *20 ans de Santé mentale au Québec. Regards critiques des acteurs et des collaborateurs. Cahier souvenir*, 15-19 p.
- Leatt, P.; Shortell, S.M., Kimberly, J.R. (1994) Organization design. Chapitre 10. Dans: Shortell, S.M. et Kaluzny, A.D. (éds.) *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, 3ème. édition, Albany, N.Y.: Delmar Publishers Inc.
- Leatt, P., Baker, G., Halverson, P., Aird, C. (1997). Downsizing, Reengineering, and Restructuring: Long-Term Implications for Healthcare Organizations. *Frontiers of Health Services Management* 13(4):03-37.
- Lecomte, Y., Mercier, C. (1994) Les chercheurs: à l'interstice des réseaux institutionnel et communautaire? *Santé mentale au Québec*, XIX (1):9-18.
- Lee, N., Hassard, J. (1999) Organization Unbound: Actor-Network Theory, Research Strategy and Institutional Flexibility. *Organization*, 6(3):391-404.
- Lessler, D., Wickizer, T. (2000). The impact of utilization management on readmissions among patients with cardiovascular disease. *Health Services Research* 34(6):1315-29.
- Lineweaver, L., Battle, C., Schilling, R., Nall, C. (1999). Six hospitals describe decentralization, cost containment, and downsizing. *Journal for Nurses in Staff Development* 15(5):198-204.
- Lomas, J. (1997) Pour améliorer la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche dans le secteur de la santé: la fin des dialogues de sourds. *Rapport préparé pour le Comité consultatif sur les services de santé*.
- Lozeau, D. (1998) L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité: résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec. *Ruptures* 3(2):187-208
- Luck, D., Nowak, T. (1965). Product management - Vision unfulfilled. *Harvard Business Review* May-June:143-54.

- Lutz, B., Bowers, B. (2000). Patient-centered care. Understanding its interpretation and implementation in health care. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 14(2):165-82.
- MacStravic, R. (1986). Product-line management in hospitals. *Health Care Management Review* 11(2):35-43.
- Manning, M. (1987). Product-line management: Will it work in health care? *Healthcare Financial Management* 41(1):23-32.
- Manning, P. (1987) *Semiotics and Fieldwork*. Qualitative Research Methods, Volume 7. Newbury Park-Beverly Hills-Londres-New Delhi: Sage Publications, 79 p.
- Marshall, B., Long, M., Voss, J., Demma, K., Skerl, K. (1999). Case management of the elderly in a health maintenance organization: The implications for program administration under managed care. *Journal of Healthcare Management* 44(6):477-93.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., Green, R. (2000). Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Lybrary* 4(Update Software).
- Marshall, M., Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). *The Cochrane Lybrary* 4(Update Software).
- Mauws, M., Phillips, N. (1995) Understanding Language Games. *Organization Science* 6(3):322-334.
- McKinley, W.; Mone, M.A.; Barker III, V.L. (1998) Some Ideological Foundations of Organizational Downsizing. *Journal of Management Inquiry* 7(30):198-212.
- Mercier, C., White, D. (1994) Mental Health Policy in Quebec: Challenges for an Integrated System. *New Directions for Mental Health Services*, no. 61, New York: Jossey-Bass Publishers, p. 41-52.
- Meyer, A. (1984) Migling Decision Making Metaphors. *Academy of Management Review* 9(1):6-17.
- Meyer, M. (1982) *Logique, langage et argumentation*. Paris : Hachette.
- Millar, C. (1996). À la rencontre des besoins des clients. *L'infirmière du Québec*: 18-24.
- Miller, S.J.; Hickson, D.J.; Wilson, D.C. (1996) Decision-Making in Organizations, ch. 2.3, p.293-312. Dans: Clegg, S.R; Hardy, C.; Nord, W.R. (eds.) *Handbook of Organization Studies*. London-Thousand Oaks-New Delhi: SAGE Publications.
- Miller, M., Miller, L. (1997). Effects of the program-management model: A case study on professional rehabilitation nursing. *Nursing Administration Quarterly* 21(2):47-54.
- Miller, N. (1997). Patient centered long-term care. *Health Care Financing Review* 19(2):1-8.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management. Inside our strange world of organizations*. New York: The Free Press. A division of Macmillan, Inc.

- Mintzberg, H. (1997) No formulas or management models allowed Interview to Mathew D. Pavelich. *Healthcare Management Forum* **10**(2):7-11
- Mintzberg, H. (1997b) Toward healthier hospitals. *Health Care Management Review* **22**(4):9-18.
- Minayo, C. (1992) *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Abrasco/Hucitec, p. 332.
- Minvielle, E. (1997). Beyond quality management methods: Meeting the challenge of health care reform. *International Journal of Quality in Health Care* **9**(3):189-92.
- Moffitt, G., Daly, P., Tracey, L., Galloway, M., Tinstman, T. (1993). Patient-focused care - key principles to restructuring. *Hospital & Health Services Administration* **30**(4):509-522.
- Morgan, G. (1997) *Images of Organization*. Thousand Oaks: Sage Publications. Second Edition, 349 p.
- Morris, K.; Stuart, N.; Monagham, B.; Alton, L. (1994) An Evaluation of Program Management: The West Park Hospital Experience. *Healthcare Management Forum* **7**(2):29-37.
- Myers, S. (1998). Patient-focused care: What managers should know. *Nursing Economics* **16**(4):180-3.
- Nackel, J., Kues, I. (1986). Product-line management: Systems and strategies. *Hospital & Health Services Administration* **31**(2):109-23.
- Nadeau, L. (1996) La décennie de 1980. *20 ans de Santé mentale au Québec. Regards critiques des acteurs et des collaborateurs*. Cahier souvenir, 40-45 p.
- Neuhauser, D. (1972). The hospital as a matrix organization. *Hospital Administration* **17**(4):8-25.
- Ogbor, J.O. (2000) Mythicizing and Reification in Entrepreneurial Discourse: Ideology-Critique of Entrepreneurial Studies. *Journal of Management Studies* **37**(5):605-35.
- O'Connor, M., Brown, D. (1980). Military Contributions to Management. *Defense Management Journal* **16**(2):50.
- Oh, C.H., Rich, R.F. (1996) Explaining Use of Information in Public Policy Making. *Knowledge and Policy: The International journal of Knowledge Transfer and Utilization* **9**(1):3-35.
- Padgham, H. (1989). Choosing the Right Program Management Organization. *Project Management Journal* **20**(2):35-40.
- Pallesen, T., Pedersen. L. (1993). Decentralization of management responsibility: the case of Danish hospitals. *International Journal of Health Planning Management* **8**(4): 275-94.
- Palmer, I., Dunford, R. (1996) Confliting Uses of Metaphors: Reconceptualizing Their Use in the Field of Organizational Change. *Academy of Management Review* **21**(3):691-717.
- Peal, C. (2000) The case for project management. *Government Executive* **32**(9):100-1.
- Persaud, D.D., Narine, L. (2000) Structuring the design and implementation of leadership and teamwork for program management. *Healthcare Management Forum* **10**(2):50-2.

- Prozialeck, L., Psole, L. (2000). Performing a program evaluation in a family case management program: determining outcomes for low birthweight deliveries. *Public Health Nursing* 17(3):195-201.
- Québec. Conseil québécois de la recherche sociale (2001) *Programmes de subvention et de bourse-carrière*. www.msss.gouv.qc.ca/cqrs/
- Québec-Ministère de la santé et des services sociaux (1985) *Avis sur la notion de santé mentale "La santé mentale, de la biologie à la culture"*, Comité de la santé mentale du Québec, Québec: Direction générale des publications gouvernementales.
- Québec-Ministère de la santé et des services sociaux (1986) *Avis sur les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis "Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers"*, Comité de la santé mentale du Québec, Québec: Direction générale des publications gouvernementales.
- Québec- Ministère de la santé et des services sociaux (1990) *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: MSSS.
- Reinharz, D. (1998) *Analyse organisationnelle et évaluation de la desinstitutionnalisation dans un hôpital psychiatrique*. Thèse de doctorat en Santé publique. Montréal: Université de Montréal.
- Richards, K. (1994). Developments in total quality management in the United States: The Intermountain Health Care perspective. *Quality in Health Care* 3(Suppl.):20-4.
- Rich, R. (1997) Measuring Knowledge Utilization: Processes and Outcomes. *Knowledge and Policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization* 10(3):11-24.
- Ricœur, P. (1983) *La métaphore vive*. Paris: Seuil.
- Ritterband, D. (2000). Disease management: Old wine in new bottles? *Journal of Healthcare Management* 45(4):255-66.
- Roethlisberger, F.J. (1960) Introduction. Dans: Mayo, E. *The Human Problems on an Industrial Civilization*. New York: The Viking Press, p. vii-xvi.
- Rogers, E. (1983) *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press, 3rd Ed.
- Rohrbach, J. (1999). Critical pathways as an essential part of a disease management program. *Journal of Nursing Care Quality* 14(1):11-5.
- Roy, M.; Guindon, J.-C.; Fortier, L. (1995) *Transfert de connaissances - revue de littérature et proposition d'un modèle*. Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Ryan, G.W., Bernard, H.R. (2000) Data Management and Analysis Methods. Dans: Denzin, N. et Lincoln, I. (éds.) *Handbook of Qualitative Research*, chap. 29, Thousand Oaks-Londres-New Delhi: Sage Publications, p. 769-801.
- Santos, B. de S. (1989) *Introdução à uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal.

- Sauerborn, R.; Nitayarumphong, S., Gerhardus, A. (1999) Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform. *Tropical Medicine and International Health* 4(12):827-35.
- Scalon, D., Rolph, E., Darby, C., Doty, H. (2000). Are managed care plans organizing for quality? *Medical Care Research and Review* 57(Suppl.2):9-32.
- Schoenman, J., Evans, W., Schur, C. (1997). Primary care case management for Medicaid recipients: Evaluation of the Maryland Access to Care program. *Inquiry* 34(2):155-70.
- Seago, J. (1999). Evaluation of a hospital work redesign: Patient-focused care. *Journal of Nursing Administration* 29(11):31-37.
- Silverman, D. (2000) Analyzing Talk and Text. Dans: Denzin, N. et Lincoln, I. (éds.) *Handbook of Qualitative Research*, chap. 31, Thousand Oaks-Londres-New Delhi: Sage Publications, p. 821-833.
- Skafel, J., Collins, P. (1993). Change or business as usual? A challenge for health care leaders contemplating total quality management. *Healthcare Management Forum* 6(2):45-8.
- Smith, T., Leatt, P., Ellis, P., Fried, B. (1989). Decentralized hospital management: Rationale, potential, and two cases examples. *Health Matrix* VII(1):11-7.
- Stake, R. (2000) Case Studies. Dans: Denzin, N. et Lincoln, I. (éds.) *Handbook of Qualitative Research*, chap. 16, Thousand Oaks-Londres-New Delhi: Sage Publications, p. 435-453.
- Stanfill, P. (1997). From product-line to disease management - easing the transition. *Journal of Oncology Management* 6(5):27-30.
- Starkweather, D. (1970) Hospital size, complexity, and formalization. *Hospital Services Research* 5 (4):330-41
- Steen, P. (1998). Utilization management criteria for psychiatry (Letter to the editor). *American Journal of Psychiatry* 155(4).
- Sterlin, C. (1996) Accessibilité ou adéquation? Dans: *20 ans de Santé mentale au Québec. Regards critiques des acteurs et des collaborateurs. Cahier souvenir*, 25-28 p.
- Stuart, N., Sherrard, H. (1987). Managing hospitals from a program perspective. *Health Management Forum* 8(1):53-63.
- Tesch, R. (1990) *Qualitative Research. Analysis Types and Software Tools*. New York: Falmer Press.
- Timm, M., Wanetik, M. (1980). Matrix organization: Design and development for a hospital organization. *Hospital & Health Services Administration* 28(6):46-59.
- Townsend, M.B. (1993) Patient-focused care: is it for your hospital? *Nursing Management* 24(9):74-80.

- Trostle, J.; Bronfman, M., Langer, A. (1999) How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning* **14**(2):103-114.
- Yin, R.K. (1989) *Case Study Research: Design and Methods*. Applied Social Research Methods Series, vol. 5, Thousand Oaks-Londres-New Delhi: Sage Publications.
- Walsh, J.P. (1995) Managerial and Organizational Cognition: Notes from a Trip Down Memory Lane. *Organization Science* **6**(3):280-321.
- Walston, S., Kimberly, J. (1997). Reengineering Hospitals: Evidence from the Field. *Health Services Administration* **42**(2):143-163.
- Walston, S.; Burns, L.; Kimberly, J. (2000) Does reengineering really work? An examination of the context and outcomes of hospital reengineering initiatives. *Health Services Research* **34**(6):1363-88.
- Watson, P.M.; Shortridge, D.L.Jr; Jones, D.T.; Rees, R.T., Stephens, J.T. (1991) Operational Restructuring: A Patient-Focused Approach. *Nursing Administration Quarterly* **16**(1):45-52
- Webber, D.J. (1991) The distribution and use of policy knowledge in the policy process. *Knowledge and Policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization* **4**(4):6-35.
- Weiss, C.H. (1979) The many meanings of research utilization. *Public Administration Review* **39**:425-431.
- Whitley, R. (1988) The Management Sciences and Managerial Skills. *Organization Studies*, **9**(1):47-68.
- Wickizer, T., Lessler, D. (1998a). Do treatment restrictions imposed by utilization management increase the likelihood of readmission for psychiatric patients? *Medical Care* **36**(6):844-50.
- Wickizer, T., Lessler, D. (1998b). Effects of utilization management on patterns of hospital care among privately insured adult patients. *Medical Care* **36**(11):1545-54.
- Wickizer, T., Lessler, D., Boyd-Wickizer, J. (1999). Effects of health care cost-containment programs on patterns of care and readmissions among children and adolescents. *American Journal of Public Health* **89**(9):1353-8.
- Williams, S. (1997). Caring in patient-focused care: The relationship of patient's perceptions of holistic nurse caring to their levels of anxiety. *Holistic Nursing Practice* **11**(3):61-8.
- Wittgenstein, L. (1965) *Le cahier bleu et le cahier brun*. Paris: Galimard.
- Wittgenstein, L. (1984) *Investigações filosóficas*. São Paulo: Abril Cultural (3ª edição; tradução de José Carlos Bruni).
- Wittgenstein, L. (1994) *Tractatus Lógico-Philosophicus*. São Paulo: Edusp (tradução de Luiz Henrique Lopes dos Santos)

van der Merwe, A. (1998). Program Management Demystified. Reiss, G. (1996)E&FN Spon.
International Journal of Project Management **16**(1):65.

Ziguras, S., Stuart, G. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case
management over 20 years. *Psychiatric Services* **51**(11):1410-21.