

UNIVERSITE DE MONTREAL

L'introduction de changements organisationnels importants
dans un centre hospitalier québécois:

le cas du CHRDL.

par

Michèle Côté

Ecole des relations industrielles
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)

26 OCTOBRE 1999

© MICHELE COTE, 1999



112256-11-68

HD
4815
U54
2000
V.006

UNIVERSITE DE MONTREAL

L'insertion de changements organisationnels dans un centre hospitalier québécois.

in cas de CHMI

par
Michele Gosselin

École des relations industrielles
Université de Montréal

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître en sciences (M.Sc.)



28 OCTOBER 1998
E. MICHELE GOSS

IDENTIFICATION DU JURY

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

**L'introduction de changements organisationnels importants
dans un centre hospitalier québécois:**

le cas du CHRDL

présenté par:

Michèle Côté

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Jean-Guy Bergeron : Président-rapporteur

Michel Brossard : Directeur de recherche

Adnane Belout : Membre du jury

Mémoire accepté le: 15 décembre 1999

SOMMAIRE

Depuis quelques années, les entreprises syndiquées situées au Québec sont de plus en plus nombreuses à innover au niveau des pratiques de gestion des ressources humaines et dans les milieux de travail pour répondre aux nouvelles exigences du marché. Le secteur hospitalier québécois accuse cependant un retard important sur le secteur privé en ce qui concerne les nouvelles formes d'organisation du travail. Très peu d'expériences ont été réalisées dans les hôpitaux.

Cette étude analyse l'expérience vécue au Centre hospitalier régional de Lanaudière, le premier hôpital au Québec issu d'une fusion imposée par le gouvernement. Elle couvre une période de dix-sept ans soit de la fusion en 1980 jusqu'à la fin de l'expérimentation de la gestion participative en 1997.

Cette étude longitudinale est subdivisée en trois sous-période. La première met en lumière les facteurs contextuels déclencheurs des changements introduits et se termine par un constat d'une situation de crise. La situation s'est détériorée à un point tel que la direction ne pouvait plus continuer dans la même voie. Nous examinerons les grandes décisions prises par les acteurs institutionnels.

La deuxième période couvre la période des grands changements. Nous regarderons quels ont été les changements apportés au niveau des relations de travail, de la gestion des ressources humaines et les réactions de l'acteur syndical. Les changements commencent à porter fruit à la fin de la période.

Enfin, la troisième sous-période concerne l'expérimentation de la gestion participative dans quatre unités de travail. Nous examinerons quels changements ont été introduits et les résultats obtenus au terme de l'expérience.

TABLE DES MATIERES

	PAGE
IDENTIFICATION DU JURY.....	ii
SOMMAIRE.....	iii
TABLE DES MATIERES.....	V
LISTE DES FIGURES.....	XI
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	XII
REMERCIEMENTS.....	XIII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I: REVUE DE LA LITTERATURE	
1.1 Les expériences vécues dans le secteur hospitalier.....	4
1.1.1 La description des quatre expériences.	5
1.2 Des expériences québécoises dans le secteur privé.....	10
1.2.1 L'influence du contexte.....	11
1.2.2 Les choix stratégiques.....	15
1.2.3 Les relations patronales-syndicales.....	16
1.2.4 Le processus d'implantation des changements organisationnels.....	19
1.2.5 Les innovations.....	23
1.2.5.1 L'organisation du travail.....	24
1.2.5.2 L'appropriation ou la participation du personnel.....	25
1.2.5.3 Le partage de l'information.....	28
1.2.5.4 Les pratiques d'intéressement ou innovations financières.....	28
1.2.5.5 La formation et le perfectionnement.	29
1.2.6 L'historique des relations patronales-syndicales.....	30
1.2.7 Les résultats.....	31
1.2.7.1 L'entreprise.....	31
1.2.7.2 Les relations patronales-syndicales.	32

	PAGE
1.2.7.3 Les effets sur les travailleurs.....	34
1.2.8 Conclusion.....	35
 CHAPITRE II PROBLEMATIQUE ET CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	
2.1 Questions de recherche.....	38
2.2 Modèle d'analyse.....	39
2.2.1 Les principaux concepts du modèle de Kochan Katz et McKersie (1986)..	41
2.2.1.1 L'environnement ou le contexte.....	41
2.2.1.2 Les variables intermédiaires.....	43
2.2.1.3 La matrice des relations industrielles.....	45
2.2.1.4 Les résultats.....	50
2.2.1.5 La rétroaction.....	51
2.2.2 Le modèle d'analyse et son opérationnalisation.....	53
2.2.2.1 Les caractéristiques de l'hôpital..	53
2.2.2.2 Le contexte ou l'environnement.....	57
2.2.2.3 Les variables intermédiaires.....	59
2.2.2.4 La matrice des relations industrielles.	61
2.2.2.5 Les résultats.....	63
2.3 Plan d'observation.....	66
2.3.1 Trois niveaux d'analyse.....	66
2.3.2 La méthode de recherche.....	68
2.3.3 La cueillette des données.....	72
2.3.3.1 L'observation-participante.....	72
2.3.3.2 Les entrevues.....	73
2.3.3.3 La documentation.....	75
 CHAPITRE III LA PERIODE 1980-1990: LES PREMIERS GRANDS BOULEVERSEMENTS EXTERNES	
3.1 Le contexte.....	77
3.1.1 La fusion imposée de trois hôpitaux dans la région de Lanaudière.....	77
3.1.2 Période 1980 à 1983: Deux décisions majeures.....	79

	PAGE
3.1.2.1	Détermination de l'enveloppe budgétaire du CHRDL par le ministère. 79
3.1.2.2	Une première vague de rationalisation. 79
3.1.3	Période 1983 à 1990: L'adoption de mesures extraordinaires visant les salariés de l'Etat..... 81
3.1.3.1	Les lois 68, 72 et 70..... 81
3.1.3.2	La ronde de négociation de 1989 et l'application de la Loi 160 visant les services essentiels adoptée en 1986..... 83
3.2	Les décisions des acteurs..... 86
3.2.1	La période précédent le transfert des activités au CHRDL (1977-1980). 87
3.2.1.1	Les principales décisions stratégiques de l'acteur patronal.. 87
3.2.1.2	Les réactions de l'acteur syndical. 88
3.2.1.3	Les acteurs de la relation d'emploi. 89
3.2.2	La période e mise en place (1980 à 1983)..... 91
3.2.2.1	Un nouvel hôpital en opération à Joliette..... 91
3.2.2.2	Elaboration et mise en oeuvre d'un plan de redressement..... 92
3.2.2.3	La collaboration de l'acteur syndical à la mise en place de la fusion..... 93
3.2.2.4	Les réactions dans le milieu du travail..... 96
3.2.3	La période de consolidation (1983 à 1990)..... 97
3.2.3.1	Les grandes orientations de l'acteur patronal..... 97
3.2.3.2	Les réactions de l'acteur syndical. 98
3.2.3.3	Nomination d'un nouveau Directeur des ressources humaines..... 99
3.2.3.4	La position des syndicats..... 101

	PAGE
3.3 Les résultats pour la période 1980-1990.....	104
CHAPITRE IV LA PERIODE 1990 - 1996: L'INTRODUCTION DES GRANDS CHANGEMENTS AU CHRDL	
4.1 Le contexte.....	110
4.1.1 La réforme de la santé et des services sociaux. La loi 120: "Une réforme axée sur le citoyen"..	110
4.1.2 Les compressions budgétaires.....	119
4.2 La décision stratégique de l'acteur patronal.	
4.2.1 L'adoption du projet d'entreprise (1991).....	124
4.2.2 La définition du projet.....	126
4.2.3 Des nouvelles valeurs.....	128
4.2.4 Vers la création d'une nouvelle culture l'implantation de nouveaux mécanismes de fonctionnement (1991-1992).....	130
4.2.4.1 La diffusion du projet d'entreprise.	131
4.2.4.2 La formation du comité qualité.....	131
4.2.4.3 Un plan directeur des communications.	132
4.2.4.4 Un nouvel organigramme.....	133
4.2.4.5 Embauche d'un directeur des ressources humaines.....	133
4.2.4.6 La création de comités du conseil d'administration.....	133
4.2.4.7 Un système d'information de gestion.	136
4.2.4.8 Des comités permanents: santé et sécurité du travail et développement des ressources humaines.....	137
4.2.4.9 Des groupes d'amélioration de la qualité.....	137
4.2.5 Les réactions des syndicats.....	138
4.2.5.1 Les syndicats CSN.....	139
4.2.5.2 Les autres syndicats.....	139
4.2.6 Les premiers résultats.....	139

	PAGE
4.3 L'application des orientations stratégiques (1992-1996).....	140
4.3.1 Une nouvelle philosophie de gestion des ressources humaines.....	141
4.3.2 La concrétisation des orientations stratégiques envers les ressources humaines.....	142
4.3.2.1 La décentralisation de la GRH vers les chefs de service.....	143
4.3.2.2 Une application plus souple de certains dispositions des conventions collectives.....	144
4.3.2.3 L'harmonisation des pratiques internes de gestion à la Direction des ressources humaines.....	145
4.3.2.4 Vers l'élaboration conjointe d'une politique de GRH axée sur la qualité de vie au travail.....	145
4.3.3 Les syndicats s'engagent.....	150
4.3.4 Une approche renouvelée au niveau de la relation avec les syndicats..	152
4.3.5 Le virage ambulatoire.....	156
4.3.6 Les résultats.....	159
4.3.7. Conclusion.....	160
 CHAPITRE V LES ANNEES 1996-1997: LES PREMIERES TRANSFORMATIONS DU MILIEU DE TRAVAIL.	
5.1 Un choix stratégique: le document d'orientation sur la gestion participative.....	
5.1.1 Les objectifs et les principes de la gestion participative.....	
5.1.2 L'objectif des expériences pilotes.	
5.1.3 Les modalités de l'expérimentation.	
 5.2 L'expérimentation au niveau des unités de travail.....	
5.2.1 La phase d'expérimentation et son évaluation.....	

PAGE

5.2.1.1	La démarche suivie dans chacune des quatre unités.....
5.2.1.2	L'unité 7A Unité de soins de courte durée physique.....
5.2.1.3	La pharmacie.....
5.2.1.4	L'unité 3ième CSE-Unité d'hébergement et de soins de longue durée.....
5.2.1.5	Le Tremplin.....
5.2.2	Conclusion.....

CONCLUSION.....

BIBLIOGRAPHIE.....

APPENDICES

A.	Liste des syndicats.....
B.	Le projet d'entreprise du CHRDL.....
C.	La philosophie de gestion des ressources humaines.....
D.	Les principes et les balises de la gestion participative.....
E.	Evolution des taux de productivité.....

LISTE DES FIGURES

		PAGE
FIGURE 1	Le cadre général d'analyse pour les questions de relations industrielles.....	40
FIGURE 2	La matrice des relations industrielles.....	45
FIGURE 3	L'opérationnalisation du modèle....	54
FIGURE 4	Organigramme du CHRDL.....	134
FIGURE 5	Organigramme de la Direction des ressources humaines.....	135

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

1. CHRDL Centre hospitalier régional de Lanaudière.
2. DRH Direction des ressources humaines.
3. GRH Gestion des ressources humaines.
4. NFOT Nouvelles formes d'organisation du travail.
5. SCAS Service central d'additif aux solutés.

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes qui de près ou de loin ont rendu possible la réalisation de ce mémoire.

Je veux d'abord remercier mon directeur de recherche, Monsieur Michel Brossard. Monsieur Michel Brossard a soutenu dès le départ avec intérêt et enthousiasme la réalisation de cette recherche. Je lui suis reconnaissante pour sa contribution à mon développement professionnel. Sa rigueur intellectuelle, ses judicieux conseils, ses encouragements et sa disponibilité ont été grandement appréciés.

Je voudrais également remercier tous les intervenants du Centre hospitalier régional de Lanaudière qui ont collaboré étroitement à la réalisation de cette recherche. Sans l'appui de la direction et des représentants syndicaux, cette recherche n'aurait pu être rendue à terme. Je tiens particulièrement à remercier les personnes suivantes:

Monsieur Maurice Blais, Madame Andrée Lefèbvre, M. Jean-Claude Berlinguet, Madame Hélène Faille, M. Pierre Neault, Madame Michèle Beauséjour, Madame Colette Robert, Madame Diane Arsenault, Monsieur Gilles Savoie, Madame Danielle Landreville, Madame Denyse Lajeunesse, tout le personnel de la Direction des ressources humaines, Monsieur Martin Pelletier, Madame Martine Dubé, Monsieur Benoit Tétreault et Madame Manon Casavant.

Un soutien technique accompagne l'édition d'un tel document et je remercie Madame Lyne St-Denis pour sa contribution.

Enfin, il m'aurait été impossible de compléter ce travail sans le soutien et les encouragements de mon entourage. Je tiens à remercier spécialement mon mari, Marc Valois, pour sa compréhension, sa patience, son écoute et son appui inconditionnel. Je remercie également ma famille et mes amis de m'avoir écouté lorsque je leur parlais de ce mémoire.

INTRODUCTION

Des changements importants dans l'environnement des entreprises sont survenus au cours des deux dernières décennies exerçant des pressions sur les entreprises pour qu'elles conservent leurs avantages compétitifs. Ces changements concernant principalement l'environnement économique amènent des entreprises québécoises comme Alcan, les Papiers Perkins, G.M. Boisbriand, les Forges de Sorel, CAMCO, Lightolier, BCPO, Crâne Canada et les Produits forestiers Alliance à innover au niveau des pratiques de gestion des ressources humaines et de relations de travail ainsi qu'au niveau du milieu de travail.

Les quelques études publiées au Québec, au cours de la dernière décennie, démontrent que ces entreprises sont de plus en plus nombreuses à modifier leurs pratiques de gestion et à transformer les milieux de travail. La plupart de ces entreprises sont toutefois des entreprises privées appartenant au secteur manufacturier. Très peu d'expériences sont rapportées dans la littérature concernant le secteur public et, rarement elles portent sur le secteur hospitalier.

C'est donc l'objectif de cette recherche de pallier à cette situation en procédant à une analyse détaillée d'une innovation introduite au Centre hospitalier régional de Lanaudière sur une période de dix-sept ans soit de 1980 à 1997.

Ce mémoire comprendra cinq chapitres. Le premier portera sur la revue de la littérature et plus spécifiquement sur les études publiées au Québec au cours de la dernière décennie concernant les expériences innovatrices dans les organisations

publiques et privées. Ce chapitre mettra en lumière la manière dont les auteurs ont abordé ces expériences.

Le deuxième chapitre traitera de la problématique et du cadre méthodologique de cette recherche. Nous présenterons les questions de recherche, les principaux concepts à la base du modèle d'analyse et son opérationnalisation au cas de l'hôpital.

Le troisième chapitre amorcera l'étude du cas du CHRDL. Ce chapitre couvrira la période de 1980 à 1990 soit à partir de la fusion imposée jusqu'à la fin de la période de consolidation. Nous expliquerons le contexte qui prévalait à cette époque, les décisions stratégiques de l'acteur patronal et nous regarderons les réactions de l'acteur syndical. Nous exposerons les résultats obtenus à la fin de cette période.

Dans le quatrième chapitre, nous poursuivrons l'étude du cas du CHRDL en couvrant cette fois la période de 1990 à 1996, soit la période des grands changements. Nous aborderons brièvement le contexte et examinerons quels changements ont été apportés par la direction et leur introduction dans l'organisation. Nous présenterons également la réaction des syndicats et les résultats de performance.

Nous terminerons l'étude du cas du CHRDL en abordant les innovations introduites au niveau du milieu de travail. Nous examinerons la démarche d'expérimentation dans quatre unités de travail et les résultats obtenus. Cette orientation axée sur le milieu de travail constituera le cinquième et dernier chapitre.

En guise de conclusion, nous tenterons d'apporter des explications justifiant que le cas du CHRDL ait été rendu possible malgré des contraintes importantes et de tirer des leçons du cas pour les expériences futures.

CHAPITRE I

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Ce chapitre porte exclusivement sur la revue de la littérature concernant les entreprises syndiquées situées au Québec qui ont introduit des nouvelles pratiques au niveau du milieu du travail et à celui des relations patronales-syndicales. Nous avons examiné tous les cas publiés de 1990 à ce jour soit un total de plus de 200 cas. Notre démarche a consisté à étudier les deux enquêtes de Dalil Maschino (1992, 1995), les études de cas publiés sous la direction de Grant et al. (1997), les documents produits par Alain Rondeau et al (1990, 1992) sur les pratiques de gestion mobilisatrice et à consulter tous les numéros, soit plus d'une centaine, de la publication mensuelle Revue de la négociation collective parus depuis 1990 et remplacée depuis mars 1998 par la Gazette du travail sur une base trimestrielle.

Cet inventaire de la littérature vise deux grands objectifs. Le premier consiste à évaluer l'importance numérique des organisations du secteur hospitalier parmi l'ensemble des entreprises innovatrices qui ont été étudiées. Le second vise à découvrir comment l'ensemble des entreprises innovatrices, autant publiques que privées ont été analysées par les auteurs.

1.1 Les expériences vécues dans le secteur hospitalier

Dans toute la littérature, nous avons dénombré plus de deux cents expériences qui se sont déroulées au Québec depuis 1990 (Maschino, 1992; Grant & al., 1997). Nous avons noté que ces expériences ont eu lieu principalement dans des entreprises privées, la plupart faisant partie du secteur manufacturier.

En effet, l'enquête effectuée par Grant & Lévesque révèle que 92 des 104 entreprises proviennent de ce secteur. L'enquête réalisée par Dalil Maschino fournit des données similaires. Parmi les 202 répondants à un questionnaire 64% proviennent du secteur manufacturier, 23% des services et 3% des mines. De ce nombre, 124 ont répondu avoir fait des changements dans l'organisation du travail.

Sur l'ensemble des cas étudiés dans la littérature utilisée, seulement quatre proviennent du secteur hospitalier. Parmi ces cas, trois portent sur l'implantation d'un projet qualité et le quatrième sur la création de groupes de travail assimilables à des cercles de qualité.

La section suivante décrit ces quatre expériences. Elle présentera en conclusion les constatations faites par un gestionnaire chevronné du secteur hospitalier sur les contraintes actuelles limitant la réussite d'une transformation importante de l'organisation du travail dans les hôpitaux.

1.1.1 La description des quatre expériences.

Nous allons d'abord décrire les trois expériences liées à un projet qualité et expliquer par la suite l'expérience des groupes de travail. Trois des quatre expériences ont été réalisées dans des hôpitaux de la région de Montréal ou dans les régions limitrophes. Ces trois cas concernent l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'hôpital du Haut-Richelieu et le Centre hospitalier régional de Lanaudière. L'expérience concernant les groupes de travail s'est déroulée à l'hôpital Robert Giffard située dans la ville de Québec.

Comme nous l'avons mentionné trois des quatre recherches portent sur un projet ayant pour principal objectif l'amélioration continue de la qualité. Cependant, la démarche de réflexion et d'implantation ainsi que la forme du projet varient d'une organisation à l'autre. Pour l'hôpital du Haut-Richelieu (Ethier, 1994) et le Centre hospitalier régional de Lanaudière (Tétreault, 1997), l'adoption du projet faisait suite à un exercice de planification stratégique. Le Haut-Richelieu a décidé de se centrer sur un programme d'appréciation de la qualité plutôt que se lancer dans une intervention classique de qualité totale (Ethier, 1994). Le CHRDL a pour sa part opté pour un projet d'entreprise prônant une philosophie de gestion axée sur la gestion intégrale de la qualité ou l'amélioration continue de la qualité. Enfin, Maisonneuve-Rosemont a préféré un projet de qualité totale qui fût l'aboutissement du programme précédent d'appréciation de la qualité.

En ce qui concerne le cas du CHRDL, l'étude porte spécifiquement sur le dilemme "qualité/productivité" et examine l'évolution du projet qualité et l'amélioration de la productivité. L'objectif général de cette étude consistait à documenter les perceptions du personnel par rapport au dilemme "qualité/productivité" et à recommander à la Direction générale des moyens de résolution ou d'adaptation pour poursuivre l'avancement de la gestion de la qualité tout en favorisant l'amélioration de la productivité (Tétreault 1997).

L'étude relative au programme d'appréciation de la qualité de l'hôpital du Haut-Richelieu concerne essentiellement la démarche d'implantation du programme, les facteurs positifs et négatifs, les avantages du projet et les résistances. Des

entrevues ont été réalisées dans le cadre de cette étude et l'auteur a investigué des aspects comme les modalités d'application de la gestion participative, les implications concrètes de la responsabilisation, l'appréciation par les différentes catégories de personnel des changements apportés au système de communication et les facteurs à la base d'une amélioration de la motivation du personnel. L'auteur signale à ce sujet l'importance des bonnes relations avec les syndicats. Dans ce cas, ce facteur avait entraîné l'élimination des griefs durant les cinq années précédentes les parties admettant régler leurs différends avant qu'ils ne se transforment en conflit. (Ethier, 1994).

Il faut retenir de cette expérience que tout le processus d'implantation du programme a été exécuté dans le cadre d'une stratégie de changement où l'on accordait beaucoup d'attention aux résistances, aux besoins exprimés et au rythme d'adaptation. (Ethier, 1994).

L'étude sur l'hôpital Maisonneuve-Rosemont porte principalement sur le contenu du projet qualité totale et sa réalisation. Cet hôpital a opté comme le CHRDL pour la création d'une direction de la qualité qui chapeaute les programmes de gestion de la qualité, la gestion des risques, la satisfaction de la clientèle et la gestion de l'environnement. Cette décision a toutefois été jugée par les répondants comme une erreur de la direction. Pour réaliser cette étude, l'auteur a examiné les mêmes paramètres que dans le cas du Haut-Richelieu. Selon les répondants, la gestion participative s'est améliorée dans plusieurs services mais a surtout adopté la forme de la consultation. Quant à la responsabilisation, elle a certes progressé un peu mais pas

suffisamment pour que tous les membres du personnel prennent vraiment la part de responsabilité qui devait leur revenir pour assurer la bonne marche du projet (Ethier 1994). Enfin, en ce qui concerne la motivation du personnel, les avis sont partagés, certains croyant que le projet est à l'origine d'une plus grande motivation et d'autres qu'il n'y a aucune relation de cause à effet. Les infirmières semblaient être le groupe le plus motivé par le projet. Les autres groupes étaient plus réservés et leurs attitudes étaient souvent influencées par un esprit de revendication de type syndical où le service aux clients passe après le bien-être de l'employé. (Ethier, 1994).

Pour remédier à la situation, Ethier suggère à la direction quelques interventions pour assurer la réalisation du projet, par exemple une participation plus concrète des syndicats dont la direction doit gagner l'adhésion.

Le quatrième cas concerne l'expérience de l'hôpital Robert Giffard qui a introduit la gestion participative dans les services techniques et d'hôtellerie. Le directeur des services techniques est à l'origine de la réorganisation et il exerce un leadership fort en tant que principal promoteur du projet. Cependant, la haute direction est absente du projet de même que les syndicats. Le projet a consisté dans la création de divers groupes de travail s'apparentant à des cercles de qualité. Ces groupes poursuivaient deux objectifs fondamentaux: la revalorisation du travail et l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des services offerts aux divers clients de l'institution (Lapointe, 1995). Dans ce cas, l'acteur syndical a adopté une attitude de méfiance envers la direction et s'est placé sur la défensive face au

projet parce qu'il n'avait pas été impliqué dans la réorganisation.

En résumé, trois des quatre études de cas avaient pour objectif de décrire les projets qualité et non pas d'étudier l'influence du contexte sur le système des relations industrielles et les décisions des acteurs dans le système. Par conséquent, elles n'ont pas traité ni des changements apportés dans la gestion des ressources humaines et des relations patronales-syndicales ni de la nature des changements apportés à l'organisation du travail. Quant au quatrième cas, il concernait une expérience de réorganisation dans un secteur spécifique et faisait suite à une initiative du responsable.

En conclusion, nous constatons que les expériences innovatrices d'organisation du travail sont timides et pas faciles dans le réseau hospitalier québécois. M. Pierre Joron, directeur à l'Association des hôpitaux du Québec, a confirmé lors du congrès des Relations Industrielles (1995) sur la réorganisation du travail que les hôpitaux accusent un retard sur le secteur privé en ce qui concerne les nouvelles formes d'organisation du travail. Les organisations hospitalières apparaissent comme des organisations à hiérarchie verticale, basée sur la spécialisation du travail et le cloisonnement des tâches. L'organisation du travail s'est développée davantage autour des processus et des méthodes de travail que des bénéficiaires. Elle est dite traditionnelle et héritée de l'organisation scientifique du travail, (Joron, 1995). Selon l'Association des hôpitaux, des changements devraient être apportés au niveau de la négociation et des conventions collectives parce que

l'organisation hospitalière est avant tout une préoccupation locale. La responsabilité de mettre en oeuvre la réorganisation du travail appartiendrait alors aux parties locales c'est à dire celles qui sont les mieux placées pour agir en ce sens.

1.2 Des expériences québécoises dans le secteur privé.

Cette deuxième section porte sur l'étude des autres entreprises situées au Québec qui ont réalisé des transformations dans le milieu du travail et innové au niveau des relations patronales-syndicales. Ces entreprises constituent un bassin d'un peu plus de deux cents cas et se retrouvent presque exclusivement dans le secteur de la transformation. L'objectif poursuivi est d'identifier comment ces entreprises innovatrices ont été étudiées.

Pour rédiger cette section, nous allons référer principalement à deux études de Dalil Maschino: la première réalisée en 1992 concerne les changements dans l'organisation du travail dans 124 établissements et la seconde, publiée en 1995, porte sur les nouvelles pratiques en milieu de travail dans 19 entreprises québécoises. Nous avons également puisé plusieurs informations dans une étude réalisée par Michel Grant et al. en 1997. En complément, nous avons aussi tenu compte d'une dizaine de cas publiés depuis 1990 dans la Revue de la négociation collective et la Gazette du travail.

Au total, ces ouvrages rédigés depuis 1990, portent sur plus de 200 cas. Leur analyse permet de dégager des grandes tendances quant aux principaux aspects qui ont attiré l'attention des auteurs. Ces aspects, au nombre de sept, sont

l'influence du contexte, les choix stratégiques de la direction, les relations patronales-syndicales, le processus d'implantation des changements organisationnels, les innovations, l'historique des relations patronales-syndicales et les résultats. Nous allons les examiner successivement dans les prochaines sections.

1.2.1 L'influence du contexte

Plusieurs auteurs affirment que depuis le début de la décennie 80 nous assistons à des transformations majeures dans l'environnement des entreprises. (Kumar, 1995; Appelbaum & Batt, 1994; Betcherman, McMullen, Leckie & Caron, 1994; Murray & Verge, 1993; Chaykowski & Verma, 1992; Bourbonnais & Gosselin, 1988; Heckscher, 1988; Kochan, Katz & McKersie, 1986). L'environnement économique est l'un des principaux facteurs créant des pressions sur les entreprises. En effet, les entreprises doivent maintenant faire face à l'internationalisation des marchés et à la libéralisation des échanges commerciaux provoquant une plus grande concurrence. La croissance du commerce international force les entreprises à être plus compétitives sur le marché des exportations et des importations. Des pressions se font également sentir sur les entreprises qui concentrent leurs activités sur le marché intérieur.

Ces transformations obligent les entreprises à développer et à maintenir des avantages compétitifs. Elles les amènent donc à repenser l'organisation traditionnelle du travail pour accroître la productivité, la flexibilité et la rentabilité et ainsi être en mesure de réagir plus efficacement aux changements dans la conjoncture économique.

Nous avons relevé que la majorité des entreprises ayant introduit des innovations devaient faire face à la concurrence des importations sur les marchés internationaux et intérieurs soit 67% des 124 répondants (Maschino, 1992). Plusieurs chercheurs s'entendent pour dire que l'un des principaux facteurs déclencheurs est le risque élevé de fermeture de l'entreprise en raison de la concurrence. Maschino (1995) et son équipe ont identifié ce facteur pour 11 des 19 entreprises étudiées. En effet, Julien (1995) Morrissette (1995), Turcot (1995), Bourque, Laberge (1995) et Maschino lui-même l'ont respectivement pointé dans le cas des entreprises suivantes: Les Produits Alliance, Camco, Crane, Shell et les Forges de Sorel.

Cette menace de fermeture amène les entreprises à agir pour diminuer leurs coûts de production tout en augmentant la productivité et la qualité de façon à maintenir leur position concurrentielle et les perspectives à long terme (Maschino, 1995).

L'étude réalisée par Grant et Lévesque nous révèle que 82% des établissements étudiés (N=104) recherchaient une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail visant à dépasser l'organisation tayloriste du travail considérée comme trop rigide pour atteindre les objectifs recherchés de productivité et de qualité.

Le deuxième facteur présent dans l'environnement des entreprises concerne les fluctuations dans la demande d'un produit.

En effet, Rondeau & al (1991) Maschino (1992) et Grant & al. (1997) ont observé que les variations dans la demande d'un produit créent une pression sur le système des relations industrielles. Une diminution de la demande d'un produit ou d'un service peut entraîner une baisse des prix, une augmentation de la qualité du produit et peut même aller jusqu'à forcer les entreprises à réduire leurs effectifs. Cependant, la capacité des entreprises à modifier rapidement les produits offerts et à limiter la hausse des coûts de production pour maintenir le niveau des emplois leur permet de conserver leur part du marché. Les entreprises chercheront donc à augmenter la qualité, tout en diminuant les prix. (Maschino, 1992; Grant & al., 1997)

Les entreprises doivent également renouveler leurs produits plus fréquemment en raison de la concurrence accrue, de la diffusion des capacités d'innovation dans le monde et de la saturation rapide de la demande.

Une organisation du travail plus flexible permettra alors à l'entreprise de faire face aux incertitudes grandissantes du marché liées entre autres aux fluctuations de la demande. (Grant & al., 1997).

Le troisième facteur de l'environnement concerne les changements technologiques. Les années 90 ont été marquées par une évolution rapide de la technologie des communications et de l'informatisation abolissant toutes les frontières. Les échanges commerciaux y compris les échanges sur le marché mondial se réalisent aujourd'hui sans délai et sans intermédiaire tel que les services postaux.

Cette évolution de la technologie forcent donc les entreprises à moderniser leurs équipements pour demeurer compétitives voire même pour continuer à opérer. Dans ce sens, le gouvernement du Québec avisait récemment ses fournisseurs qu'ils devaient maintenant produire leur facture seulement par le biais des médias électroniques sous peine d'être radier de la liste des fournisseurs. Cette nouvelle directive constitue un bel exemple d'un changement technologique survenant dans l'environnement des entreprises qui les obligent à modifier leurs équipements. Cet événement aura par la suite des impacts importants sur le système des relations industrielles entre autres sur les façons de faire dans l'organisation, exigera la révision des processus de production et transformera substantiellement des emplois. Cette évolution technologique entraînera également des changements dans les compétences. Certains emplois sont appelés à disparaître pour être remplacés par d'autres exigeant plus de qualifications et de spécialisations. La transformation des emplois amène les entreprises à remettre en cause le style de gestion, les méthodes de contrôle, les structures hiérarchiques et les mécanismes de prise de décision (Betcherman, 1994; Rondeau, 1990; Maschino, 1995)

En résumé, il faut retenir que trois grands changements dans l'environnement des entreprises soient la mondialisation de l'économie et l'internationalisation des marchés, la fluctuation de la demande du produit et les changements technologiques influencent les entreprises et les amènent à moderniser et à transformer les milieux de travail.

1.2.2 Les choix stratégiques

Les transformations dans l'environnement des entreprises et plus précisément les pressions concurrentielles internationales et l'évolution de la technologie sont le plus souvent les éléments déclencheurs d'un processus de transformation du milieu de travail. (Rondeau, 1990; Maschino 1992, 1995; Bourque, 1997; Grant & Lévesque, 1997).

Dans les cas étudiés, nous avons noté que des changements dans le contexte amènent les entreprises à prendre des décisions stratégiques. Celles-ci concernent généralement la réduction des coûts de production, l'introduction de nouveaux équipements, la variété des produits, la réduction des effectifs, l'instauration de contrôle de qualité à diverses étapes du processus de production et la formation continue (Maschino, 1992). D'autres entreprises optent pour une décision visant des changements dans l'organisation du travail pour faire place à la créativité et à l'innovation. Ces entreprises choisissent alors d'investir dans la compétence de leurs ressources humaines pour atteindre les objectifs de productivité et de qualité. Une meilleure utilisation des connaissances et des compétences de la main d'oeuvre et la participation accrue des travailleurs à la vie de l'entreprise deviennent des objectifs prioritaires (Bélanger, Grant & Lévesque, 1997).

Selon Ekos, 1996, l'adaptation aux nouvelles réalités exigeant une transformation du milieu de travail implique des changements à trois niveaux lesquels sont intimement liés. Il s'agit de l'organisation du travail, des pratiques de gestion des ressources humaines et des pratiques de relations de

travail. En effet, des changements dans l'organisation du travail amèneront un réaménagement des pratiques de gestion des ressources humaines et des innovations dans les relations patronales-syndicales dans le cas des entreprises syndiquées.

Considérant la nature des décisions stratégiques généralement adoptées, c'est à la direction que revient la responsabilité de prendre ces décisions (Maschino, 1992, 1995, Rondeau, 1990). Toutefois, cette dernière peut difficilement agir seule. Elle doit non seulement composer avec le personnel cadre et les travailleurs mais également avec le syndicat dans le cas des entreprises syndiquées. Tous ces intervenants seront principalement visés par les changements.

Puisque la revue de la littérature porte sur les entreprises québécoises syndiquées, la prochaine section concernera les nouvelles pratiques introduites au niveau des relations patronales-syndicales.

1.2.3 Les relations patronales-syndicales

Dans les entreprises syndiquées, les changements introduits nécessitent un changement d'orientation dans les rapports patronal-syndical. (Grant & Lévesque 1997). En effet, plusieurs auteurs ont constaté que la direction ne peut transformer le milieu du travail avec succès sans avoir préalablement modifié les pratiques dans les relations patronales-syndicales. (Rondeau & coll, 1991; Bourque 1997; Grant & Lévesque, 1997, Ekos 1996). Les modes traditionnels de relations du travail basés sur l'affrontement patronal-syndical et le recours à la grève ne constituent plus les moyens appropriés pour régler les différends puisque l'enjeu

ne porte plus uniquement sur des revendications d'ordre économique, mais de plus en plus sur les conditions de survie de l'entreprise, la protection des emplois et le partage du pouvoir. Le discours syndical s'est alors enrichi au cours des dernières années et les représentants syndicaux n'hésitent plus à parler de productivité, compétitivité, collaboration et participation. (Grant & Lévesque 1997).

Dans ce cadre, les parties développent une approche de coopération patronale-syndicale qui se concrétise souvent par la formation de comités paritaires. Le syndicat devient alors partenaire dans le processus de changement et participe à la prise de décision sur des questions autrefois reconnues comme des droits de la direction.

Ces comités deviennent des lieux de partage de l'information, de consultation et de négociation permanente (Grant & Lévesque, 1997; Bourque, 1997).

Ces relations patronales-syndicales plus coopératives donnent ouverture à des changements dans la négociation collective. Ainsi, les auteurs parlent maintenant de négociation raisonnée. Selon Fisher, Ury et Patton (1982), la négociation raisonnée débute par une discussion sur la nature et l'importance des problèmes que les parties seront appelées à résoudre en négociation. Pour obtenir des gains mutuels, les négociateurs doivent éviter les prises de positions précises et arrêtées, et orienter les débats sur l'identification de leurs intérêts. Cette nouvelle forme de négociation ne signifie pas pour autant que les parties ne présentent plus leurs revendications sous la forme d'une liste de demandes mais plutôt qu'elles commencent par cerner un certain nombre

de problèmes qu'elles tenteront de résoudre à partir d'une recherche de solutions appropriées. Enfin, pour chaque problème identifié, les parties doivent trouver des critères objectifs leur fournissant les limites pour évaluer les gains mutuels. (Grant & Lévesque, 1997).

Le principal défi à relever avec la négociation raisonnée concerne les changements majeurs à apporter aux comportements antérieurs des acteurs.

Ces négociations conduisent généralement à des accords entre les parties qui modifient la convention collective et accordent plus de flexibilité à l'employeur en échange d'une plus grande sécurité d'emploi pour les travailleurs. Des entreprises comme Aciers Atlas de Tracy ont opté pour un contrat social qui implique une entente de longue durée incorporant des mécanismes de partenariat patronal-syndical en matière de gestion de l'organisation du travail (Bourque & Vallée, 1994). Ce contrat social garantit la paix industrielle pour une période convenue entre les parties qui peut être supérieure à trois ans soit la durée maximale prévue jusqu'en 1998 par le Code du travail du Québec pour une convention collective. Il ouvre la voie à une participation accrue du syndicat et des travailleurs dans la gestion de l'entreprise. (Verma et Cuther - Gershenfeld, 1993; Bourque et Dugas, 1997).

En résumé, les nouvelles pratiques concernent le processus de négociation collective et son administration par la mise en place de méthodes plus efficaces pour régler les conflits au fur et à mesure de leur apparition, pour améliorer la qualité des rapports patronaux-syndicaux et pour favoriser des rela-

tions constructives au sein de l'entreprise. (Revue de la négociation collective, janvier 1995). Ces nouvelles pratiques ont transformé le régime traditionnel de relations de travail et s'accrochent mieux aux NFOT favorisant une participation accrue des travailleurs.

1.2.4 Le processus d'implantation des changements organisationnels.

Cette section est grandement inspirée des études synthèses réalisées par Dalil Maschino (1992, 1995), des travaux du groupe de travail du ministère: Développement des ressources humaines Canada (Revue de la négociation collective 1994, 1996) et la récitation d'une dizaine de cas Québécois réalisés sous la direction de Grant, Bélanger & Lévesque (Grant & al., 1997).

Ces études révèlent qu'il n'existe pas de formule unique pour introduire et développer des nouvelles pratiques dans les entreprises. Toutefois, un bon nombre d'activités et de mécanismes se recoupent parmi les cas étudiés. Nous allons donc présenter la démarche généralement suivie par les entreprises qui procèdent à des changements organisationnels.

D'abord, il ressort des études de Maschino (1992, 1995) que la décision d'introduire des nouvelles pratiques découle le plus fréquemment d'une initiative de la haute direction. En effet, dans 98 des 124 entreprises étudiées, c'est la direction qui a pris la décision d'implanter des changements dans l'organisation du travail. Cependant, l'introduction de ces changements a souvent été précédé d'une consultation auprès des cadres intermédiaires et de premier niveau. Dans

plusieurs cas, (76 sur 124), la direction a offert une formation aux gestionnaires, dès cette étape, en vue de les initier à des nouvelles méthodes de travail et de communication en groupe mais également pour diminuer les réticences exprimées. Malgré les consultations et la formation, l'introduction des changements s'est souvent heurtée à la réticence des cadres et des employés.

Dans les entreprises syndiquées, la direction intègre généralement le syndicat dans le processus de consultation préalable à la démarche d'implantation des changements. En effet, l'étude de Maschino (1995) révèle que dans 9 des 19 entreprises étudiées, la direction a informé le syndicat en premier lieu.

De plus, dans l'ensemble des cas recensés, les syndicats ne sont pas tenu à l'écart du processus d'introduction des changements et y participent. Ils peuvent même être partie prenante de la décision comme ce fût le cas dans 21 des 124 entreprises étudiées (Maschino, 1992) Les études révèlent que les entreprises syndiquées ont tendance à utiliser une approche conjointe patronale-syndicale.

Récemment, la Gazette du travail (1999) publiait un article synthèse confirmant que 29 des 45 ententes patronales-syndicales signées et comportant des pratiques innovatrices prévoient la création d'un comité mixte. En 1998, ce périodique rapportait le même phénomène: 24 des 50 ententes prévoyant des pratiques innovatrices comportaient également la mise en place d'un comité mixte. Selon les auteurs, il s'agit de la méthode la plus répandue. Cependant, les principaux enjeux et intérêts diffèrent pour la direction et le syndicat.

L'étude de Maschino (1995) confirme que la direction envisage l'amélioration de la productivité et de la qualité alors que le syndicat vise avant tout la protection des emplois.

Egalement, plus de 60% des études de cas effectuées par l'équipe de recherche de Dalil Maschino (1995) rapportent la formation d'un comité directeur paritaire ou d'un comité de pilotage pour coordonner le projet visant l'implantation des changements organisationnels et définir les grandes orientations de la réorganisation. Le comité directeur paritaire est généralement appuyé par des comités ad hoc, chargé de travailler sur des problématiques particulières liées à la réorganisation. Ces comités ad hoc peuvent être formés de travailleurs et de cadres de premier niveau. La création de ces nouveaux comités n'excluent pas la présence de comité de relations de travail pour discuter des griefs et du comité santé et sécurité du travail.

Après avoir formé un comité mixte, la démarche la plus répandue consiste à signer une lettre d'entente sur la réorganisation permettant le réaménagement de la convention collective. Ces ententes peuvent même ouvrir la voie à la négociation d'une nouvelle convention collective (Maschino, 1992) ou amener les parties à conclure des ententes verbales. Plusieurs auteurs confirment qu'il s'agit d'une pratique répandue. (Bourque, 1997; Grant et Lévesque, 1997). Dans ces cas les employeurs seront engagés à maintenir le niveau de l'emploi dans l'entreprise en échange d'un appui du syndicat et des employés à l'atteinte des objectifs recherchés par la réorganisation en l'occurrence une augmentation de la qualité et de la quantité et une diminution des prix (Grant, 1997).

Pour faciliter l'introduction des changements, la direction n'hésite pas à recourir à des mesures concrètes autant à l'intention des syndicats que du personnel. En effet, elle tient des rencontres d'information et offre de la formation axée sur l'acquisition de nouvelles habiletés.

En ce qui concerne la démarche d'implantation dans les ateliers ou les départements, l'équipe de Maschino (1995) a relevé que les transformations dans l'organisation du travail se réalisent progressivement. D'une part, il arrive fréquemment que les parties limitent l'implantation d'une nouvelle pratique à un seul département qui agit comme expérience pilote. Pendant cette période d'expérimentation, les parties évaluent les conditions, identifient les problèmes et apportent les correctifs. Par la suite, l'expérience peut être étendue à d'autres départements, voire à l'ensemble de l'organisation. D'autre part, les chercheurs ont observé que le degré de responsabilité des équipes et l'étendue des pouvoirs sont évolutifs avec la durée de l'expérience. Les équipes de travail acquièrent donc progressivement plus d'autonomie et de maturité.

En parallèle à l'expérimentation des nouvelles formes d'organisation du travail, plusieurs entreprises sous étude ont procédé à une diminution de l'encadrement étant donné l'importance d'accroître la rapidité du processus de prise de décision et d'en augmenter l'efficacité en le rapprochant de la base. (Maschino, 1995). Ces entreprises ont également transformé le rôle des cadres en l'axant sur des fonctions d'animation, de communication, de formation et de soutien aux équipes.

En dernier lieu, il arrive souvent que les parties recourent à des intervenants externes. Certaines entreprises font appel à un consultant qui possède une expertise en réorganisation du travail facilitant ainsi le cheminement des parties et l'élaboration des priorités d'action. D'autres choisissent plutôt de mettre en place un comité d'adaptation de la main d'oeuvre (CAMO) pour démarrer le processus ou relancer le projet. Dans ce cas, il s'agit d'un comité tripartite puisque des représentants des gouvernements fédéral et provincial siègent au Comité. Ils pourront par la suite financer à certaines conditions une partie des changements. Enfin, quelques entreprises ont demandé l'intervention d'un médiateur du ministère du travail pour rapprocher les parties. (Maschino, 1995; Bourque, 1997).

Enfin, comme nous l'avons vu au point précédent, cette démarche d'introduction des changements doit être précédée d'un changement dans la dynamique quotidienne des relations de travail pour être efficace et établir un climat de confiance entre les parties.

1.2.5 Les innovations

Les études récentes portant sur les nouvelles pratiques en milieu de travail (Rondeau & Lemelin, 1990; Maschino 1995; Grant, Bélanger et Lévesque, 1997; Ekos, 1996) ainsi que des articles publiés dans la revue de la Négociation collective (janvier 1995, avril 1996, juin 1996, janvier 1997) rapportent une variété de pratiques mises en place dans les entreprises qui réfèrent à des changements dans l'organisation du travail, dans la gestion des ressources humaines et dans les pratiques de relations industrielles. Cette section portera essentiel-

lement sur celles concernant l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines puisque nous avons déjà abordé les pratiques de relations industrielles dans la section 1.2.3.

Nous présentons ces pratiques innovatrices en les regroupant en cinq grandes catégories soient l'organisation du travail, celles concernant l'appropriation ou la participation du personnel, les pratiques liées au partage de l'information, les pratiques d'intéressement ou innovations financières ainsi que la formation et le perfectionnement.

1.2.5.1 L'organisation du travail.

Les nouvelles pratiques visant l'organisation du travail concernent la manière dont le travail est organisé. Ces pratiques visent principalement à accroître la flexibilité fonctionnelle de l'entreprise et à favoriser une implication accrue des travailleurs dans le processus de production (Grant & Lévesque, 1997). Pour augmenter la flexibilité, les entreprises procèdent à une redéfinition des tâches en réduisant la parcellisation et le cloisonnement entre les postes de travail c'est à dire en enrichissant les tâches. Cet enrichissement peut être horizontal ou vertical. Dans le premier cas, il s'agit d'ajouter des nouvelles tâches de nature similaire au poste de travail. Dans le second, il s'agit d'attribuer des responsabilités aux travailleurs qui étaient auparavant assumées au niveau hiérarchique supérieur telles que la planification du travail, la détermination des méthodes de production et l'évaluation de la qualité (Grant & Lévesque, 1997 p. 227).

L'enrichissement des tâches peut également être faite par la rotation aux différents postes du processus de production. La rotation permet alors aux travailleurs de connaître l'ensemble du processus et de réduire la monotonie du travail.

De façon générale, une organisation du travail flexible exige des descriptions d'emploi souples, une structure d'encadrement minimale, un engagement à la formation des employés, une participation accrue des employés dans les opérations de l'organisation et une mise en commun de l'information en milieu de travail. (Betchermam & al., 1994).

Les innovations concernant l'organisation du travail réfèrent souvent à une participation accrue des travailleurs au processus de prise de décision. C'est pourquoi, nous regarderons de façon particulière les pratiques concernant la participation des employés.

1.2.5.2 L'appropriation ou la participation du personnel.

Dans la littérature, les innovations liées à la participation du personnel sont régulièrement appelées "Nouvelles formes d'organisation du travail" (NFOT). Ces NFOT peuvent prendre diverses formes, cependant elles visent toutes à susciter l'implication et la créativité des travailleurs de façon à répondre aux exigences de flexibilité des nouvelles technologies et aux demandes de produits de qualité des consommateurs ainsi qu'un engagement plus intense des travailleurs dans le processus de production. (Grant & Lévesque, 1997).

Ces NFOT sont nombreuses et variées. Toutefois, elles sont

généralement regroupées en deux grandes catégories: les cercles de qualité et les équipes de travail.

"Les cercles de qualité sont des équipes, formées de travailleurs volontaires et de leurs supérieurs immédiats, qui se réunissent régulièrement pendant les heures de travail et dont le mandat est de détecter et d'éliminer les problèmes liés au processus de production dans leur unité de travail". (Grant & Lévesque, 1997, p. 228)

Les cercles de qualité constituent généralement une structure parallèle et temporaire, de sorte qu'ils parviennent rarement à modifier la structure hiérarchique traditionnelle (Brennan, 1991). Et la plupart des entreprises n'assortissent pas la participation à une forme d'intéressement monétaire. Les cercles fonctionnent donc dans un territoire bien délimité réduisant ainsi leur portée et leur efficacité, (Grant & Lévesque, 1997).

Enfin, leur présence ne modifie en rien la répartition du pouvoir à l'intérieur de la structure hiérarchique. Ils pourraient s'avérer plus efficaces s'ils étaient intégrés au processus de production et à la structure hiérarchique existante (Grant & Lévesque, 1997).

La deuxième catégorie concerne les équipes de travail. Parmi les NFOT, cette dernière est sans aucun doute la forme la plus avancée de participation des travailleurs.

Ces équipes de travail peuvent bénéficier d'une autonomie plus ou moins grande pouvant aller jusqu'à faire de l'équipe une PME à l'intérieur de l'entreprise. Cette équipe possède alors les pleins pouvoirs liés à l'embauche, au congédiement, à l'évaluation de la qualité, etc.. Ce genre d'équipe est

désigné par les auteurs comme un groupe autogéré.

Les équipes généralement implantées dans les entreprises ont des pouvoirs moins étendus et s'apparentent à ce qu'il est convenu d'appeler les groupes semi-autonomes. Les pouvoirs de l'équipe concernent alors les objectifs de production, l'évaluation de la qualité et le choix des méthodes de travail. Les équipes reçoivent une rétroaction quant à leur performance et ont pour responsabilité de corriger les écarts et les ajuster à des critères de qualité (Grant & Lévesque, 1997).

Le supérieur hiérarchique est intégré à l'équipe de travail et ses fonctions diffèrent de celles qu'il exécutait traditionnellement.

Dans plusieurs entreprises, la constitution de ces équipes de travail s'est accompagnée de l'aplatissement de la structure hiérarchique suite au transfert de responsabilités aux équipes. (Maschino, 1995; Bourque, Hamel, Julien, 1998).

La diffusion de ces nouvelles pratiques a fait l'objet de nombreuses publications aux Etats-Unis et au Canada. Parmi les NFOT, les équipes de travail et l'enrichissement des tâches sont les plus fréquemment cités (Rondeau & Lemelin, 1990; Rondeau & al, 1991; Maschino, 1992; Betcherman, 1994; Grant, Bélanger et Lévesque, 1997). Plusieurs de ces recherches ont aussi révélé que ces innovations s'accompagnaient de changements dans les pratiques de gestion tel que le partage de l'information ainsi que la gestion des ressources humaines.

1.2.5.3 Le partage de l'information

Ces nouvelles pratiques visent essentiellement un partage d'informations pertinentes entre les acteurs telles que la mission, les valeurs, les stratégies et les objectifs ainsi que les résultats financiers (Rondeau & coll. 1991).

Dans les entreprises syndiquées, la direction intègre les syndicats parmi les interlocuteurs privilégiés. En effet, elle porte une attention à la diffusion des informations notamment celles à caractère financier afin de créer un climat de confiance avec le syndicat et les salariés (Maschino, 1992).

L'équipe de Maschino (1995) a aussi relevé que plusieurs entreprises ont mis en place des mécanismes de communication entre la direction et le personnel tels qu'une rencontre annuelle, des rencontres hebdomadaires de production ou d'information et un journal interne. Parmi ces entreprises, certaines se sont assurées de transmettre le maximum d'information aux cadres et aux employés sur l'obligation de changer leurs habitudes et leurs méthodes de travail puisque les nouvelles pratiques favorisant la participation des employés exigent des changements dans la manière d'exécuter le travail.

1.2.5.4 Les pratiques d'intéressement ou innovations financières.

Ces pratiques sont généralement associées à des changements dans l'organisation du travail et visent à compenser les employés pour leur compétence ou leur participation aux

résultats financiers de l'entreprise. (Rondeau, 1990).

Ces pratiques sont aussi fortement diversifiées allant d'un système de rémunération basé sur les compétences jusqu'à un système d'actionnariat et de partage des profits. La rémunération basée sur les compétences se fait alors en fonction du nombre de tâches différentes que l'employé accomplit ou des qualifications qu'il possède et non pas du seul poste occupé. (Grant & Lévesque, 1997).

Quant à la participation aux résultats financiers, les auteurs réfèrent au programme de partage des gains, de partage des profits et même d'actionnariat. Le premier concerne le partage des gains de productivité réalisés en fonction d'indicateurs de performance tandis que le second est lié au partage des profits déclarés aux états financiers par l'entreprise. (Eaton et Voos, 1992). Enfin, un programme d'actionnariat consiste à récompenser le travailleur pour sa participation en lui octroyant des actions de la compagnie. Dans certains cas, les travailleurs ont été jusqu'à racheter leur entreprise. (Long, 1991 b).

1.2.5.5 La formation et le perfectionnement.

La mondialisation de l'économie et l'internationalisation des marchés ainsi que les variations dans la demande du produit obligent les entreprises à demeurer concurrentielles et compétitives. Ces changements forcent les entreprises à modifier leurs modes de production, leur organisation et à orienter leurs façons de faire vers une plus grande flexibilité et une participation de tous les acteurs. Ces changements nécessitent donc l'adaptation de la main d'oeuvre

pour accroître les qualifications et maîtriser le processus de production. (Doray, Ricard, Bagaoui, 1997).

La formation continue devient alors l'outil privilégié pour adapter la main d'oeuvre à la nouvelle technologie, pour acquérir de nouvelles compétences professionnelles, pour apprendre des techniques de résolution de problèmes ou pour développer de nouvelles habiletés.

De façon générale, les études ont révélé que les entreprises ayant procédé à des changements dans l'organisation du travail ont misé sur la formation et le perfectionnement pour adapter les travailleurs à leur nouveau milieu de travail (Maschino, 1995).

Enfin, à ces pratiques innovatrices les plus répandues et généralement citées s'ajoutent des changements dans les pratiques de GRH liées à l'embauche, à la sécurité d'emploi et aux licenciements. En effet, des entreprises ont relevé leurs critères de sélection pour répondre aux nouvelles exigences du milieu de travail et recruter du personnel plus polyvalent ou plus qualifié. Les entreprises ont aussi tendance à accorder une garantie d'emploi aux employés lors de changements dans l'organisation du travail. Toutefois, si les licenciements constituent la seule solution, elles auront alors recours à des programmes de départs volontaires.

1.2.6 L'historique des relations patronales-syndicales.

Dans la littérature, nous avons constaté que l'historique et l'état des relations patronales-syndicales sont des variables intermédiaires énoncées explicitement qui influencent le pro-

cessus d'introduction des changements organisationnels. De plus, les analyses du changement faites par les auteurs impliquent qu'il y a eu, dans quelques cas, une influence implicite des valeurs.

En ce qui concerne la variable: l'historique et l'état des relations patronales-syndicales, l'étude de Maschino (1995) révèle que des relations de travail conflictuelles, où règne un climat de méfiance, ont souvent contribué à affaiblir la position concurrentielle de l'entreprise. Ce climat néfaste incite les dirigeants à procéder à des changements en vue de développer une approche conjointe patronale-syndicale avant d'introduire des changements dans l'organisation.

Les études récentes tendent à démontrer que l'utilisation d'une approche conjointe patronale-syndicale est autant bénéfique pour l'entreprise que pour les travailleurs en ce sens qu'elle contribue à améliorer la productivité, et la qualité de vie au travail. (Grant, 1997).

1.2.7 Les résultats

Les études portant sur les transformations du milieu de travail ont largement démontré que celles-ci affectent l'entreprise, le syndicat et les travailleurs. Cette section présente les résultats des changements introduits dans l'organisation. Nous aborderons successivement les effets produits sur l'entreprise, la qualité des relations patronales-syndicales et les travailleurs.

1.2.7.1 L'entreprise

Les études recensées ont démontré que les innovations

produisent des effets positifs sur la performance de l'entreprise, principalement en terme d'efficience. En effet, la grande majorité des entreprises étudiées par l'équipe de Maschino (1) ont connu un accroissement de la productivité. Ces gains de productivité sont liés à la performance des employés, à la réduction des temps morts, à la diminution du temps pour corriger les erreurs et à la réduction des dépenses improductives telles que le rejet de produits finis. (Maschino, 1992 p.9; Rondeau, 1990). Ces gains de productivité ont été généralement accompagnés d'une amélioration de la qualité du produit (diminution du taux de rejet ou diminution des écarts moyens de la production) (Maschino, 1995). Cet accroissement de l'efficience s'est également traduit pour plusieurs entreprises en une augmentation de la quantité et de la variété des produits (Maschino, 1995; Grant 1997; Bourque, 1998) occasionnant ainsi une diminution du coût unitaire.

De façon générale, les auteurs ont observé des résultats positifs dans les entreprises syndiquées qui ont introduit des changements au niveau des pratiques de GRH et de relations patronales-syndicales et des innovations dans le milieu du travail. Ces résultats se sont traduits principalement en une amélioration de l'efficience et un accroissement de la qualité du produit.

1.2.7.2 Les relations patronales-syndicales.

Plusieurs études ont démontré que les NFOT visant une

(1) 178 des 202 cas étudiés par l'équipe de Maschino, 1992

participation accrue des travailleurs et le développement d'une approche de collaboration patronale-syndicale favorisant la participation des syndicats au processus de changements amènent une amélioration significative de l'état des relations patronales-syndicales. (Maschino 1992, 1995; Grant & al., 1997; Bourque, 1997, 1998). Ces auteurs ont noté que la participation des syndicats à des comités conjoints permettant un partage de l'information entre la direction et le syndicat ainsi qu'une compréhension mutuelle des problèmes entraîne une diminution appréciable du nombre de griefs et de conflits. Selon Maschino, la participation accrue des syndicats occasionne même une amélioration de la qualité de vie au travail puisque la partie patronale est plus sensibilisée aux préoccupations des travailleurs et du syndicat (sécurité d'emploi, conditions de travail, etc.). Cette concertation étroite entre le syndicat et la direction rapporte également à l'entreprise puisque ce dernier se préoccupe davantage des difficultés, des contraintes économiques et de la rentabilité de l'entreprise.

Le recours à une approche de collaboration patronale-syndicale a aussi pour effet d'amener les parties dans un processus de négociation continue conduisant à la conclusion de lettres d'entente qui formalisent les nouvelles pratiques ou qui assouplissent des dispositions de la convention collective en vigueur. (Maschino, 1995).

En résumé, les auteurs ont tous conclu à une amélioration de l'état des relations patronales-syndicales et des intérêts mutuels à procéder aux transformations du milieu de travail dans une approche de collaboration patronale-syndicale.

1.2.7.3 Les effets sur les travailleurs.

Selon Ekos (1996), les innovations dans le milieu du travail produisent deux types d'effets; d'une part, les effets économiques (salaires et incitatifs monétaires, avantages sociaux et sécurité d'emploi) et, d'autre part, les effets non-économiques (l'engagement de l'employé, la satisfaction, l'autonomie, le développement de l'employabilité, le niveau d'habiletés etc.)

Des études récentes ont démontré une augmentation de l'engagement des employés envers l'entreprise (Maschino, 1995). Cependant, d'autres études ont nuancé ce propos en constatant que le niveau d'engagement a fluctué mais que plus les travailleurs étaient consultés plus grande était l'entraide et la collaboration. (Bourque, 1997).

Des auteurs (Rondeau, 1990; Lawler & coll, 1989) ont cependant constaté qu'une participation accrue au processus de prise de décision et les pratiques "d'appropriation" du processus de production (équipes de travail, groupe semi-autonome) entraînaient une plus grande satisfaction et motivation des travailleurs souvent liées à un accroissement de l'autonomie.

D'autres auteurs ont toutefois noté que la participation de type consultatif comme les cercles de qualité ne produit pas autant d'effets positifs sur la satisfaction (Grant & Lévesque, 1997).

Quant aux effets d'ordre économiques, les auteurs se sont essentiellement prononcés sur les aspects touchant la sécurité d'emploi et le maintien des emplois comme ayant un impact sur

la mobilisation et le dynamisme des salariés (Maschino, 1995; Bourque 1995).

Globalement, les études sur les transformations du milieu de travail et les innovations dans les pratiques de gestion de ressources humaines et de relations de travail montrent des résultats de performance positifs pour l'entreprise, une plus grande qualité des relations patronales-syndicales et un plus grand engagement des travailleurs envers leur entreprise.

1.2.8 Conclusion

Comme nous l'avions annoncé en introduction l'inventaire de la littérature visait deux grands objectifs, premièrement d'évaluer l'importance numérique des organisations du secteur hospitalier parmi l'ensemble des entreprises innovatrices étudiées et en second lieu d'examiner comment ces entreprises ont été analysées par les auteurs.

En résumé, nous avons observé que les organisations hospitalières ont été très rarement étudiées comme des organisations ayant introduit des innovations au niveau du milieu de travail. Nous avons dénombré quatre cas et un article concernant une réflexion sur la situation générale du réseau hospitalier en regard des NFOT.

Cependant, l'inventaire de la littérature portant sur les entreprises innovatrices syndiquées au Québec depuis 1990 a permis de faire émerger un cadre de référence comprenant essentiellement trois variables incontournables pour réaliser ces études. Le contexte constitue la première variable. En effet, toutes les entreprises ont été étudiées dans leur

contexte. Qu'ils s'agissent de transformations dans l'environnement économique des entreprises, des changements dans la demande d'un produit ou des changements d'ordre technologique ce sont tous des facteurs qui influencent les entreprises et les amènent à réagir.

Une deuxième variable est constituée de l'entreprise elle-même. Les entreprises innovatrices syndiquées ont été analysées sur trois niveaux. Premièrement les auteurs examinent les stratégies et les décisions de la direction en réaction aux événements survenus dans le contexte. En second lieu ils regardent les changements introduits par les acteurs patronal et syndical, négociateurs des conditions d'emploi. Enfin, ils analysent les innovations introduites dans le milieu du travail et le processus d'implantation des changements.

Finalement, la troisième variable concerne les résultats. Les auteurs se sont penchés sur les résultats obtenus dans les entreprises innovatrices pour trois catégories soient l'entreprise comme entité, les relations patronales-syndicales et les travailleurs. Leurs observations ont montré des résultats positifs pour les trois catégories conséquents aux changements introduits au niveau des pratiques de gestion des ressources humaines et de relations de travail ainsi qu'aux NFOT.

Même si les études utilisées ont été réalisées au Québec seulement, depuis 1990, elles permettent de dégager des conclusions identiques à celles constatées par les auteurs les plus connus ayant analysé le même phénomène dans un autre pays

principalement aux Etats-Unis pendant les deux dernières décennies.

En effet, les conclusions dégagées par les auteurs classiques (Kochan, Katz & Mckersie, 1986; ChayKowski & Verma, 1992; Bertcherman, McMullen, Leckie & Caron, 1994) identifient les trois mêmes variables soient le contexte, l'entreprise et les résultats. Toutes les entreprises sont étudiées dans leur contexte et les transformations environnementales (l'évolution de l'économie mondiale, la révolution technologique et les changements de société) appellent les entreprises à transformer en profondeur le milieu de travail.

Les auteurs (Kochan, Ichniowski, Levine, Olson, Strauss, 1996; Ekos, 1996; Eaton & Voos, 1992) concluent que les entreprises innovatrices obtiennent des résultats de performance positifs pour l'entreprise, une plus grande qualité des relations patronales-syndicales et une plus grande motivation pour les travailleurs.

Ce cadre de référence a été utilisé fréquemment pour analyser les transformations dans le système des relations industrielles et nous nous proposons aussi de l'utiliser pour cette recherche.

Le prochain chapitre portera sur les questions de recherche auxquelles cette étude vise à répondre et nous présenterons le modèle d'analyse choisi pour expliquer les décisions des acteurs d'un hôpital du Québec qui a innové au niveau des relations patronales-syndicales, de la gestion des ressources humaines et du milieu de travail.

CHAPITRE II

PROBLEMATIQUE ET CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre se divise en trois grandes sections. La première porte essentiellement sur les cinq questions de recherche de cette étude. La présentation du modèle d'analyse utilisé pour étudier les changements introduits dans l'hôpital fera l'objet de la deuxième section. Enfin, dans la troisième nous présentons le plan d'observation qui inclut les principaux aspects de la méthodologie utilisée.

2.1 Questions de recherche:

Cette étude de cas réalisée dans un centre hospitalier du Québec, sur une période de 17 ans, de 1980 à 1997 a comme objectif d'apporter des réponses aux cinq questions suivantes:

1. Quels sont les facteurs contextuels déclencheurs des changements introduits?
2. Quelles sont les grandes décisions stratégiques prises par les acteurs institutionnels?
3. Quelles modifications ont été apportées au niveau des relations de travail et de la gestion des ressources humaines. Par quels mécanismes?
4. Quels changements importants ont été introduits au niveau du milieu de travail?
5. Quels sont les résultats de ces changements introduits dans l'ensemble de l'organisation et dans les quatre unités de travail?

En effet, pour développer et expliquer les changements qui se sont produits dans cette organisation, nous avons retenu le modèle des choix stratégiques de Kochan et al. Le modèle comprend fondamentalement les variables observées dans la littérature comme le contexte, l'organisation, l'historique

des relations patronales-syndicales et les résultats. Il comprend également d'autres variables telles que l'interaction entre les valeurs des acteurs et les choix stratégiques, l'historique des décisions d'affaires et un effet de rétroaction. Cette dernière variable est particulièrement importante dans le cas d'une étude longitudinale.

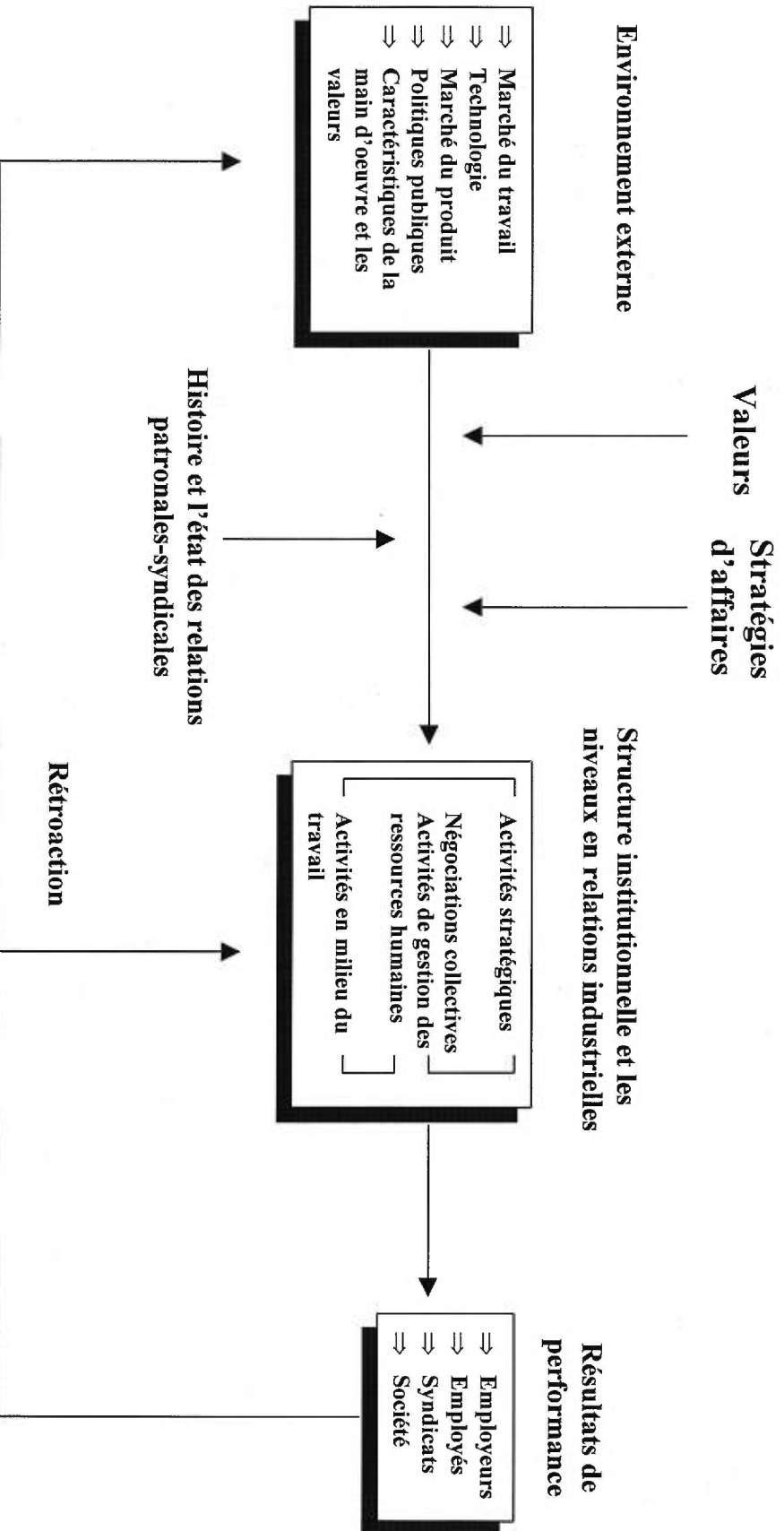
Le modèle de Kochan et al. est axé sur les entreprises et a été conçu sur mesure pour étudier les changements introduits dans les entreprises syndiquées. Puisque nous nous penchons sur le cas d'un hôpital syndiqué qui a changé substantiellement son mode de fonctionnement, ce modèle s'avère très pertinent pour notre étude. Le modèle d'analyse est décrit dans la prochaine section.

2.2. Modèle d'analyse

Pour réaliser notre recherche qui vise à faire la lumière sur les facteurs contextuels déclencheurs des changements introduits dans l'hôpital, à comprendre les décisions stratégiques des acteurs institutionnels, à préciser les mécanismes ayant contribué à modifier le caractère de la relation d'emploi ainsi qu'à définir les changements introduits dans les unités de travail et à évaluer les résultats, nous nous servons d'un cadre théorique fréquemment utilisé par les chercheurs en relations industrielles.

En effet, en relations industrielles, nous disposons du modèle des choix stratégiques (figure 1) développé par Kochan, Katz et McKenzie (1986) lequel insiste particulièrement sur l'interaction entre l'environnement et les choix stratégiques

FIGURE 1 – LE CADRE GÉNÉRAL D'ANALYSE POUR LES QUESTIONS DE RELATIONS INDUSTRIELLES



des acteurs qui oeuvrent à l'intérieur du système des relations industrielles. Ce modèle offre le grand avantage d'avoir été conçu pour comprendre les transformations importantes introduites dans les entreprises syndiquées.

Le choix de ce modèle est cohérent avec les enseignements des recherches décrites dans le chapitre précédent. En effet, nous avons montré dans le chapitre 1 que la tendance principale des études sur les organisations innovatrices syndiquées comprenaient trois caractéristiques fondamentales qu'on retrouve dans le modèle de Kochan et al. soient le contexte, l'organisation et les résultats.

Dans un premier temps, nous expliquerons les principaux concepts du modèle d'analyse et dans un deuxième, nous présenterons son opérationnalisation pour notre étude de cas.

2.2.1 Les principaux concepts du modèle de Kochan, Katz et McKersie (1986)

2.2.1.1. L'environnement ou le contexte.

Dans ce modèle, le concept "environnement" ou contexte joue un rôle déterminant. Les auteurs affirment que leur cadre de référence est basé sur la prémisse clé que le processus et les résultats de relations industrielles sont déterminés par une interaction continue découlant des pressions de l'environnement et des réponses organisationnelles (Kochan, Katz, McKersie, 1986).

Les changements dans l'environnement, leur nature et la vitesse à laquelle ils surviennent influencent les stratégies

des acteurs. En effet, ils peuvent créer de nouvelles opportunités ou provoquer des contraintes pour les organisations. Les dirigeants sont alors appelés à réagir et prendre des décisions stratégiques conséquentes. Toutefois, certains changements peuvent ne pas s'avérer être suffisamment importants pour que la direction revoit ses stratégies d'affaires. Le système des relations industrielles connaît alors une relative stabilité.

Le concept "d'environnement" proposé par ces auteurs comprend cinq dimensions:

- . le marché du travail;
- . les caractéristiques de la main-d'oeuvre et ses valeurs;
- . le marché du produit;
- . la technologie;
- . les politiques publiques;

C'est l'interaction entre le contexte et les réponses des employeurs, des syndicats, des travailleurs et des politiques du gouvernement qui ensemble détermine les résultats des changements cycliques ou structurels. (Kochan, Katz et McKersie, 1986). Ces auteurs affirment que leur principale conclusion est:

"that employers adapted to labor-and product market changes in the post-1960 period in ways that reduced their vulnerability to unionism while unions and government policy remained fixed in the collective bargaining model of the New Deal" (Kochan, Katz et McKersie, 1986 p.13)

En résumé, les employeurs doivent adapter leurs stratégies d'affaires aux changements significatifs survenant dans l'une

ou l'autre des cinq dimensions du contexte. Les autres acteurs doivent eux aussi s'adapter, idéalement, aux changements qui surviennent dans le contexte.

2.2.1.2. Les variables intermédiaires.

Le modèle d'analyse définit trois variables intermédiaires: les valeurs des acteurs, l'histoire et l'état des relations patronales-syndicales et les décisions stratégiques antérieures.

Les valeurs des acteurs selon Kochan, Katz et Mckersie se définissent comme le caractère qu'un acteur du système des relations industrielles veut donner à sa relation avec les autres acteurs. Les valeurs ont par conséquent une influence sur les décisions stratégiques de la direction, les réponses de l'acteur syndical ainsi que sur la participation des travailleurs. Les valeurs vont alors influencer l'état des relations industrielles dans l'organisation et, par le fait même les résultats obtenus en terme de performance. Dans ce modèle, les valeurs pré-existent aux décisions prises à un moment donné dans le système de relations industrielles.

A cet effet, l'étude réalisée aux Etats-Unis par ces auteurs a confirmé le rôle des valeurs dans la transformation des relations industrielles, particulièrement en raison des valeurs orientées vers un nouveau modèle de gestion des ressources humaines lequel a permis d'éviter la syndicalisation dans plusieurs entreprises. Les valeurs de gestion sont alors orientées vers les individus et le respect, l'autonomie, l'opportunité d'apprendre et de participer à la prise de décision.

Une deuxième variable concerne l'historique et l'état des relations patronales-syndicales. Ce qui sera décidé dans le système des relations industrielle est dépendant de l'état des relations industrielles. En effet, si ces dernières ont toujours été conflictuelles et que les syndicats n'ont démontré aucune ouverture au changement, les décisions stratégiques de la direction sont susceptibles de provoquer des impacts négatifs sur les travailleurs. Notamment, dans un environnement compétitif et dans le cas d'une entreprise fortement syndiquée où les conflits sont ouverts et persistants, la direction peut décider de fermer rapidement une usine pour la relocaliser dans un environnement non syndiqué. Une telle décision a évidemment des répercussions directes sur les travailleurs. Toutefois, si l'état des relations patronales-syndicales est serein, la décision n'aurait sûrement pas le même effet sur le système des relations industrielles.

Enfin, les décisions stratégiques antérieures constitue la troisième variable intermédiaire dans le modèle de référence. Elles se définissent comme des décisions prises antérieurement au niveau stratégique et qui n'avaient pas nécessairement pour motif de modifier la relation entre les parties. Il s'agit donc de décisions importantes d'affaires en réaction à des pressions de l'environnement. Ainsi, la nature d'une nouvelle décision stratégique prise à l'intérieur du système des relations industrielles sera par conséquent influencée par les décisions antérieures qui constituent des données dans le cadre général d'analyse des transformations en relations industrielles.

2.2.1.3. La matrice des relations industrielles

La figure 2 présentée ci-dessous est extraite du cadre général d'analyse pour des questions de relations industrielles (figure 1). Il s'agit du bloc de variables concernant la structure institutionnelle et les niveaux en relations industrielles.

FIGURE 2 LA MATRICE DES RELATIONS INDUSTRIELLES

Niveau	Employeur	Syndicat	Gouvernement
Stratégie long terme et décision	<ul style="list-style-type: none"> . Stratégie d'affaires . Stratégies d'investissement . Stratégie de ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> . Stratégie politiques . Stratégies stratégiques . Organisation de stratégies 	Macroéconomie et les politiques sociales
Négociation collective et les politiques de personnel	Les politiques de personnel et les stratégies de négociation	La négociation collective et stratégies	Les lois du travail et leur administration
Milieu de travail et l'individu/les relations organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> . Style de supervision . La participation des travailleurs . L'organisation du travail et le dessin des emplois 	<ul style="list-style-type: none"> .l'administration des contrats .La participation des travailleurs .L'organisation du travail et le dessin des emplois 	<ul style="list-style-type: none"> .Les standards du travail .La participation des travailleurs .Les droits individuels

Source: The Transformation of American Industrial Relation, p. 17

La figure 2 décrit le cadre de référence du système des relations industrielles. Celui-ci se divise en trois grands acteurs: l'employeur, le syndicat et l'organisation gouvernementale et pour chacun de ceux-ci, nous retrouvons trois niveaux d'activités en relations industrielles. Le niveau supérieur constitue le niveau macro ou stratégique; c'est-à-dire le niveau où les grandes décisions d'orientation sont prises. Le niveau intermédiaire est celui de la relation d'emploi; c'est à dire le niveau des négociations des conditions d'emploi et des décisions concernant les politiques de personnel. Le niveau inférieur ou celui du milieu du travail est le niveau où les politiques se jouent et affectent les travailleurs individuellement, les superviseurs et les représentants du syndicat dans les affaires quotidiennes (Kochan, Katz, McKersie, 1986) au niveau des unités où le travail est exécuté.

L'approche des choix stratégiques définie par ces auteurs repose sur deux conditions. "Premièrement, les décisions stratégiques peuvent seulement se produire lorsque les parties possèdent une discrétion sur leurs décisions; en d'autres mots dans les situations où les contraintes environnementales n'éliminent pas la possibilité pour les parties de choisir entre plusieurs alternatives. Et, deuxièmement, parmi les décisions à propos desquelles les parties ont une discrétion, les décisions stratégiques sont celles qui modifient le rôle de la partie ou sa relation avec les autres acteurs dans le système des relations industrielles. Cette condition élimine donc de la définition les décisions mineures ou sans importance. (Kochan et Cappelli, 1984)

L'approche des choix stratégiques signifie donc que les acteurs du système des relations industrielles peuvent prendre des décisions stratégiques mais dans les champs d'activités où ils ont une discrétion. Une décision stratégique peut être prise par un seul acteur ou conjointement par l'employeur et le syndicat. Dans le cas de l'acteur gouvernemental, il agit fréquemment comme acteur externe à l'entreprise. Son influence à l'intérieur de celle-ci découle surtout des politiques et législations publiques.

D'une façon plus explicite, c'est au niveau supérieur que la direction de l'entreprise se situe et par conséquent, c'est à ce niveau que les décisions stratégiques portant sur les grandes orientations qui affectent l'organisation à long terme sont adoptées. Ces décisions produisent des effets ou créent des pressions sur les autres niveaux du système des relations industrielles et, aussi sur les autres acteurs.

Ainsi, en fonction des stratégies d'affaires retenues par la direction, les spécialistes en ressources humaines adoptent une approche de gestion des ressources humaines et de relations du travail conséquente et, développent des règles qui régissent les relations quotidiennes au niveau du milieu du travail. Il en est de même pour les décisions stratégiques affectant le milieu du travail et les employés; notamment, les gestionnaires des unités de travail peuvent devoir modifier leur style de gestion pour se conformer aux orientations de la direction ce qui a aussi pour corollaire de changer le caractère de la relation avec le personnel.

Dans le cas du niveau intermédiaire, c'est le champ plus traditionnel des relations industrielles, lequel vise les

pratiques de négociation collective et la formulation de politiques de personnel ainsi que le développement et l'administration des politiques publiques régissant la relation d'emploi. C'est à ce niveau que sont déterminés les termes et les conditions d'emploi ainsi que les règles de travail. (Kochan, Katz, McKersie, 1986).

Ces règles de travail sont nécessaires pour assurer la stabilité, la prévisibilité et l'uniformité dans les relations d'emploi ainsi que pour protéger les droits des travailleurs et des employeurs. Cependant, le facteur critique est la flexibilité avec laquelle les règles sont ajustées aux circonstances. Il en va alors de l'habileté des spécialistes en ressources humaines de les adapter à la situation. (Kochan, Katz, McKersie, 1986).

Au niveau du milieu du travail, les décisions ou choix concernent les nouvelles formes de participation des employés, des formules alternatives d'organisation du travail ou le style de supervision. Ces choix sont associés aux individus ou aux groupes de travail et à leurs relations avec leur environnement de travail immédiat. Toutefois, ces décisions surviennent dans un contexte où les politiques et les ententes négociées ont été décidées à un niveau supérieur. La décision d'implanter des nouvelles formes d'organisation du travail au niveau du lieu de travail crée des pressions sur le niveau de la relation d'emploi afin que des règles plus souples soient adoptées mais également sur le niveau stratégique pour que des orientations notamment en matière de communication ou d'encadrement soient prises.

De plus, ces auteurs ajoutent que les attitudes et les comportements des acteurs du milieu de travail affectent la performance organisationnelle. Par conséquent, pour améliorer la performance, la direction doit agir pour influencer positivement leurs attitudes et leur motivation. Ils prétendent que si la participation des travailleurs au processus de résolution de problèmes est diffusée dans une large proportion, l'efficacité organisationnelle sera améliorée.

Il ressort donc de ce modèle d'analyse que les attitudes individuelles, les comportements en milieu du travail, l'intensité des conflits et l'adaptation des règles ont un effet significatif sur la performance économique de l'organisation.

En conclusion, ce modèle reconnaît donc les interrelations entre les activités des différents niveaux du système en postulant que des changements introduits à un niveau donné exerceront avec des probabilités variées, des pressions sur les autres niveaux pour les amener à changer. Celui-ci considère de plus les effets que diverses décisions stratégiques peuvent exercer sur les acteurs du système.

Aussi, ce modèle facilite l'analyse des effets d'une augmentation de la participation dans le milieu du travail par les individus sur le système des relations industrielles (Kochan, Katz, McKersie, 1986). Ainsi, dans la recherche en relations industrielles, ni l'un ni l'autre des trois niveaux ne doivent être isolés ou ignorés.

2.2.1.4 Les résultats

Dans le modèle d'analyse, les résultats constituent les extrants du système des relations industrielles et ils découlent des choix des acteurs. Ainsi, selon Kochan, Katz et McKersie, les résultats doivent se traduire en terme de performance pour l'organisation, les employés, les syndicats et la société. En effet, ces auteurs affirment que les résultats sont influencés par l'état des relations industrielles dans l'organisation et par des pressions externes sur ces dernières. Ils permettent alors de juger du fonctionnement du système des relations industrielles.

Dans ce modèle, l'évaluation du fonctionnement du système des relations industrielles s'effectue à partir de résultats de performance que les auteurs ont définis pour les quatre dimensions: l'organisation, le syndicat, les employés et la société.

En ce qui concerne chacune de ces quatre dimensions, les auteurs proposent entre autres les indicateurs suivants:

- . l'organisation: la productivité, le roulement et l'absentéisme;
- . le syndicat: la création de comités conjoints, la reconnaissance syndicale, la quantité de conflits;
- . les employés: la satisfaction au travail, la participation des employés à la décision, la complexité des règles;

. la société: la qualité des produits.

Les acteurs vérifient le degré d'atteinte des résultats escomptés. Si ceux-ci ne correspondent pas aux résultats attendus, ils doivent réévaluer les éléments du contexte, l'état des relations industrielles et reformuler de nouvelles stratégies qui influenceront le comportement des acteurs et le système des relations industrielles et ainsi produiront de nouveaux résultats.

2.2.1.5 La rétroaction

Au paragraphe précédent, nous avons discuté des liens existant entre une décision prise par un acteur du système des relations industrielles et les résultats produits. Nous avons aussi expliqué les liens entre l'environnement externe et les décisions stratégiques. Kochan, Katz et McKersie identifient aussi un effet de rétroaction allant des résultats vers le système des relations industrielles et le contexte. Il y a donc deux scénarios: celui concernant les résultats vers le système des relations industrielles ainsi que celui des résultats vers le contexte.

Le premier scénario s'explique comme suit: le modèle des choix stratégiques évoque conformément à l'approche systémique une roue qui tourne continuellement c'est, dans le vocabulaire de l'approche systémique, le principe de la causalité circulaire. L'environnement externe entraîne une décision stratégique dans le système des relations industrielles, laquelle peut modifier la relation entre les acteurs et produire des résultats qui sont mesurés et évalués. Ceux-ci poussent les acteurs à prendre une nouvelle décision

stratégique. Cette nouvelle décision produit alors d'autres effets dans le système des relations industrielles et amènent des résultats qui feront l'objet d'une évaluation et, ainsi de suite.

Le deuxième scénario concerne l'effet de rétroaction des résultats sur le contexte. Dans le même sens que le premier scénario, l'environnement externe crée une pression sur le système des relations industrielles qui pousse les acteurs à prendre une décision stratégique qui produit des résultats. Cependant, ces résultats de performance peuvent avoir des effets sur une ou des dimensions du contexte. Ils peuvent alors influencer entre autres l'offre et la demande d'un produit ou celle de la main-d'oeuvre ou bien la nature des politiques publiques. Un exemple simple est celui d'une mauvaise qualité des produits qui entraîne une baisse de la demande sur le marché. Ces changements dans le contexte ont à nouveau un effet sur le système des relations industrielles qui produira de nouveaux résultats.

La rétroaction termine l'explication du modèle des choix stratégiques proposé par Kochan, Katz et McKersie. Ce modèle a permis à plusieurs chercheurs d'expliquer des cas survenus dans les organisations. Dans le cadre de cette recherche, nous nous proposons aussi d'utiliser le modèle décrit pour expliquer le cas du Centre hospitalier régional de Lanaudière.

De plus, puisque cette étude est longitudinale et porte sur une période de 17 ans, l'effet de rétroaction sera particulièrement important pour analyser comment les résultats se répercutent sur le contexte et les décisions prises par les acteurs dans le système de relations industrielles. Nous

avons cependant constaté au chapitre précédent que les recherches antérieures n'ont pas étudié cet effet de rétroaction puisqu'il s'agissait presque toujours de recherches synchroniques.

Dans la prochaine section, nous reprendrons les cinq concepts du modèle et nous regarderons comment ils s'appliquent au cas de l'hôpital.

2.2.2. Le modèle d'analyse et son opérationnalisation

Nous allons opérationnaliser le modèle de Kochan et al. (référence: figure 3) en reprenant chaque concept et le cas échéant, leurs dimensions pour les appliquer en référence à la situation d'un hôpital.

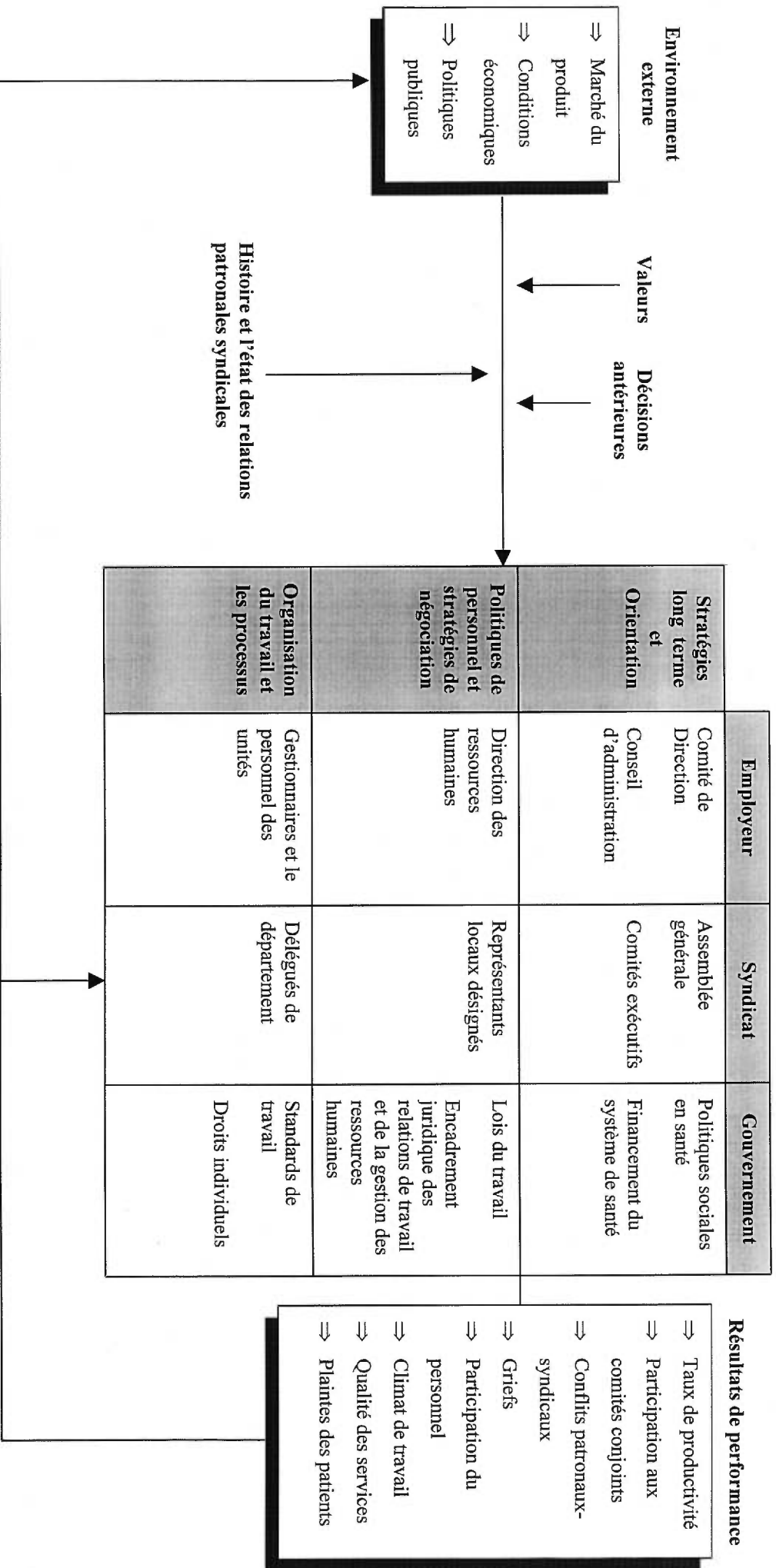
Pour bien comprendre cette étape, nous allons préalablement présenter les grandes caractéristiques de l'organisation qui fait l'objet de notre étude.

2.2.2.1. Les caractéristiques de l'hôpital.

Dans cette section, nous présenterons l'organisation étudiée avec toutes ses composantes. Nous décrirons le type d'organisation, sa dimension, les caractéristiques de la main d'oeuvre, le niveau de syndicalisation et l'organisation du travail.

Le Centre hospitalier régional de Lanaudière est une organisation hospitalière appartenant au secteur public et parapublic et relevant du ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Les dispositions de la loi sur

FIGURE 3 – L'OPÉRATIONNALISATION DU MODÈLE



les services de santé et les services sociaux et sa réglementation régissent son fonctionnement, établissent les grandes orientations et déterminent les rôles et les responsabilités de tous les intervenants qui gravitent autour d'un hôpital.

Cet hôpital est constitué d'une vingtaine de points de service représentant autant d'établissements répartis dans six municipalités de la région de Lanaudière. Les deux principaux sont toutefois situés à Joliette, soit à près de 80 kilomètres au nord-est de Montréal.

En 1980, le permis d'opération octroyé par le ministère accordait au CHRDL plus de 1300 lits (incluant les pavillons d'hébergement comprenant 238 places), le classant au troisième rang par ordre d'importance numérique au Québec après l'hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine et l'hôpital Robert Giffard tous deux des hôpitaux psychiatriques. En 1997, il compte 971 lits (incluant 210 places en pavillon). Cette diminution de lits est principalement attribuable à des réorganisations et la relocalisation de patients. Ces dernières, associées aux compressions budgétaires, ont provoqué dans l'organisation une diminution importante de la main-d'oeuvre la faisant passer de plus de 3,000 employés en 1980 à près de 2,500 en 1997. Quant au nombre de médecins, il se situe généralement autour de 220 médecins généralistes et spécialistes depuis l'ajout de médecins spécialistes au cours de la décennie 80.

Les intervenants, employés et médecins, dispensent des soins et des services généraux et spécialisés principalement à la population de la sous région nord de Lanaudière. Les princi-

pales caractéristiques de sa main-d'oeuvre salariée sont les suivantes. Très scolarisée, cette main-d'oeuvre est composée majoritairement de femmes. De plus, les moyennes d'âge du personnel varient par catégorie d'emploi entre 41 et 45 ans. A noter que ces données ont été comptabilisées avant le programme de départs assistés à la retraite de 1997.

Quant au personnel d'encadrement, il a subi une diminution de près de 50% des effectifs au cours des dix dernières années plaçant ainsi le CHRDL, en 1997, parmi les hôpitaux du Québec ayant le plus bas taux d'encadrement.

La présence de syndicats dans une organisation qui introduit des innovations dans le milieu du travail constitue une caractéristique importante que l'employeur ne peut négliger. Au CHRDL, nous retrouvons douze unités d'accréditation dont cinq sont affiliées à la CSN-FAS (dans ce mémoire, il sera surtout question des employés généraux et des infirmières-auxiliaires), une unité représentant les infirmières affiliées à la FIIQ et six autres unités rattachées à des syndicats de professionnels. L'appendice A présente la liste des douze organisations syndicales, leur affiliation et le nombre de membres par unité. Ajoutons que tous les salariés sont syndiqués à l'exception d'une quarantaine exclus des unités d'accréditation à la demande expresse de l'employeur.

Enfin, l'organisation du travail est traditionnelle et repose sur la spécialisation du travail ainsi que le cloisonnement des tâches. Elle s'est développée davantage autour des processus et des méthodes de travail que des patients. La structure hiérarchique verticale est imposante et quelques dirigeants monopolisent la prise de décision laissant ainsi

peu de place à la créativité et à l'autonomie dans les équipes de travail. Seuls les professionnels disposent d'une discrétion quant à l'exécution de leur travail.

Après avoir précisé les principales caractéristiques de l'hôpital, nous examinerons l'application des concepts du modèle d'analyse à cet hôpital.

2.2.2.2. Le contexte ou l'environnement.

Dans le modèle de Kochan, Katz et Mckersie le contexte comprend cinq dimensions. Pour les fins de notre recherche nous en retenons trois, soient le marché du produit, les conditions économiques et les politiques publiques, les deux autres étant non pertinentes pour l'étude du cas de l'hôpital. Toutes les décisions prises dans l'organisation l'ont été à partir de l'influence des trois dimensions utilisées.

Dans un premier temps, nous regarderons comment la notion de marché du produit s'applique dans le cas d'un hôpital. En effet, les établissements de santé produisent des soins et des services de santé lesquels constituent l'offre d'un produit ou d'un service dans un marché. La demande est constituée de l'ensemble des besoins de santé d'une population donnée. Ainsi, cette demande varie en fonction des caractéristiques sociodémographiques de la population, par exemple, plus une population est âgée plus elle requiert de services. Les décisions relatives au développement ou au maintien de services doivent donc correspondre aux besoins évolutifs de la population.

Dans un autre ordre d'idée, des modifications peuvent aussi être apportées à l'offre globale de services. En ce moment, nous assistons à des phénomènes de regroupements ou de fermetures d'établissements. En effet, au Québec, pendant la dernière décennie, la transformation du réseau de la santé et les compressions budgétaires ont provoqué des modifications importantes au niveau de l'offre globale de services. Des fusions ou des regroupements d'établissements ont été réalisés parfois de façon volontaire ou imposés par le ministère.

Pour les fins de notre étude, une fusion se définit comme le regroupement de deux ou plusieurs corporations administratives pour ne former qu'une seule et nouvelle corporation.

En second lieu, les changements survenus dans les conditions économiques constituent une deuxième dimension du contexte qui affecte le système des relations industrielles d'un hôpital. Kochan précise dans son ouvrage écrit en collaboration avec Katz "An Introduction to Collective Bargaining and Industrial Relations" qu'il conçoit le contexte dans le prolongement du modèle proposé par John Dunlop (Kochan et Katz, 1992). Par conséquent, la dimension économique du contexte renvoie en partie aux contraintes budgétaires telles que définies très explicitement par John T. Dunlop dans son ouvrage classique "Industrial Relations Systems." (Dunlop, 1958)

En effet, compte tenu que les budgets des hôpitaux sont octroyés par le ministère de la santé et des services sociaux, ceux-ci seront affectés positivement ou négativement selon la situation financière du Québec. Comme nous le savons le gouvernement du Québec a été forcé de réduire ses dépenses et par conséquent, d'imposer de lourdes compressions budgétaires

au réseau de la santé lesquelles ont eu des répercussions importantes au niveau des établissements, du personnel et également de la population.

Enfin, les changements dans les politiques publiques en matière de santé ou de financement du système de santé ainsi que l'adoption de nouvelles lois concernant le champ des relations du travail représentent une troisième dimension du contexte qui influence le système des relations industrielles d'un hôpital. Ces politiques orientent les décisions de la direction comme les lois peuvent guider les actions des syndicats ou influencer le climat d'une organisation. La relation entre les acteurs du système peut également être modifiée dans la mesure où ces politiques ou ces lois affectent directement les droits d'un des acteurs.

Il faut donc retenir que nous utiliserons trois des cinq dimensions du concept contexte du modèle de Kochan, Katz et McKersie pour saisir son influence sur le système de relations industrielles de l'hôpital étudié.

2.2.2.3 Les variables intermédiaires

Les variables intermédiaires sont constituées de trois variables soient l'état des relations patronales-syndicales, les décisions stratégiques antérieures ainsi que les valeurs des acteurs.

Pour les fins de cette recherche, l'état des relations patronales-syndicales est défini conformément à l'optique de Kochan, Katz et McKersie, comme le degré conflictuel des relations entre l'acteur patronal et le syndicat avant les

changements introduits pour modifier ces relations.

Les décisions stratégiques prises à l'intérieur du système des relations industrielles sont par conséquent influencées par l'état des relations industrielles antérieures. Cette variable sera mesurée principalement au moyen des entrevues et d'indicateurs objectifs tels que la création de comités conjoints, la mise en place de mécanismes visant la prévention et le règlement des conflits, le nombre et la nature des griefs.

Les décisions d'affaires antérieures constituent une deuxième variable qui influence le système des relations industrielles. Ce sont des décisions importantes prises antérieurement qui engagent l'organisation plutôt à long terme et qui n'ont pas nécessairement pour objectif de modifier la relation entre les parties.

Dans le cas de l'hôpital, il s'agit des décisions prises en réaction à l'évolution des besoins de santé d'une population, en l'occurrence le développement de nouveaux services ou suite à des contraintes économiques imposées par l'Etat ou consécutives à des innovations technologiques disponibles sur le marché. Ces décisions constituent des données qui influenceront les décisions stratégiques subséquentes prises à l'intérieur du système des relations industrielles.

Finalement, les valeurs des acteurs constituent la troisième variable intermédiaire. Ce concept se définit comme étant le caractère qu'un acteur veut donner à sa relation avec les autres acteurs du système. Les valeurs sont donc variables selon les croyances et les convictions des acteurs.

Pour mesurer l'influence des valeurs sur le système des relations industrielles, nous utiliserons une approche objective pour l'acteur patronal c'est à dire que nous référerons aux documents émanant de la direction notamment le manuel de gestion et les procès verbaux du comité de direction et de deux autres comités soient le comité conjoint de concertation qualité créé en 1994 et le comité directeur de la gestion participative constitué en 1995 et une approche plus subjective pour l'acteur syndical en procédant par des entrevues auprès des représentants syndicaux.

Nous retenons que les trois variables intermédiaires du modèle de Kochan, Katz et McKersie s'appliquent à la situation d'un hôpital et nous verrons jusqu'à quel point elles auront une influence dans le cas de l'hôpital étudié.

2.2.2.4. La matrice des relations industrielles.

Comme nous l'avons vu précédemment, la matrice des relations industrielles se divise en trois niveaux et comprend trois grands acteurs: l'employeur, le syndicat et le gouvernement que nous définirons pour les fins de cette étude.

Au niveau stratégique, l'employeur est constitué de l'équipe des directeurs. Ce sont ces personnes qui définissent les stratégies d'affaires et qui adoptent les orientations à long terme de l'hôpital. Le conseil d'administration sanctionne les décisions. L'acteur syndical est constitué de douze syndicats ayant tous des représentants aux trois niveaux du système. Enfin, le gouvernement intervient au niveau des stratégies en déterminant les politiques sociales en matière de santé et de services sociaux et de financement du système

de santé.

A ce niveau, les décisions prises par les acteurs constituent des décisions dites stratégiques que nous avons définies précédemment. Dans le cas d'un hôpital, ces décisions concernent principalement l'offre de services à la population, l'utilisation des ressources financières, humaines et matérielles, le partenariat médico-administratif et la complémentarité inter-établissement.

Au niveau de la relation d'emploi, la Direction des ressources humaines représente l'employeur. Elle a la responsabilité d'élaborer les politiques de personnel selon les stratégies d'affaires de la direction et de développer des stratégies de négociation avec l'acteur syndical. Quant à l'acteur syndical, il est constitué des représentants locaux désignés pour voir à l'application de la convention collective et pour négocier les arrangements locaux avec l'employeur. Le gouvernement intervient à ce niveau en adoptant les lois du travail et en fixant les conditions de travail dans les conventions collectives.

Les changements à ce niveau concernent les modifications qui transforment de façon significative par rapport à la situation antérieure la nature de la relation entre les représentants patronaux et syndicaux s'occupant de la gestion des ressources humaines et des relations de travail.

Enfin, le milieu du travail se définit comme le niveau où oeuvrent les travailleurs, les gestionnaires et les représentants syndicaux dans la vie quotidienne des équipes de travail. Dans les hôpitaux, le milieu du travail comprend

donc les unités de soins ou les services dirigés par des représentants de l'employeur. Les délégués de département représentent l'acteur syndical à ce niveau. Quant au gouvernement, il intervient en réglementant les standards de travail comme la législation en matière de santé et sécurité du travail et en définissant les droits individuels.

Les changements au troisième niveau concernent les modifications qui transforment de façon significative l'organisation du travail et/ou les styles de supervision ainsi que le mode de règlement des conflits. Pour les fins de cette étude, ces trois concepts sont définis de la façon suivante:

- . l'organisation du travail: ce sont les changements concernant le réaménagement des tâches, la rotation entre les postes de travail et la répartition de la charge de travail.
- . les styles de supervision: ce sont les attitudes, les comportements et les moyens utilisés par les gestionnaires pour superviser leur personnel.
- . le mode de règlement des conflits: ce sont les pratiques de gestion utilisées pour solutionner les conflits qui résultent de l'application de la convention collective.

2.2.2.5 Les résultats

Comme nous l'avons vu précédemment, dans ce modèle d'analyse les résultats obtenus sont influencés par l'état du système des relations industrielles. Ainsi, les stratégies d'af-

faibles, la qualité de la relation patronale-syndicale, l'opportunité pour le personnel de participer au processus de prise de décision et de développer son potentiel, le style de gestion et l'adaptabilité des règles sont tous des facteurs qui influencent les résultats.

Pour évaluer le fonctionnement du système des relations industrielles, Kochan et al. ont identifié des indicateurs de performance pour quatre dimensions: l'organisation, le syndicat, les employés et la société. Le concept employé comprend les salariés au sens du code et les médecins rémunérés sur une base différente. Nous nous sommes inspirés des indicateurs identifiés par ces auteurs et en avons développé d'autres qui s'avèraient pertinents pour le cas d'un hôpital.

Ainsi, pour mesurer les résultats des changements introduits dans l'ensemble de l'organisation et dans les quatre unités de travail, nous utiliserons les indicateurs de performance suivants:

- l'organisation:
 - évolution des taux de productivité. Pour mesurer la productivité, deux mesures seront utilisées:
 1. les heures travaillées par jour présence c'est à dire la moyenne des heures travaillées requises sur l'unité de soins pour une journée d'hospitalisation pour un patient.
 2. le nombre d'heures travaillées moyen dans le service (incluant le secrétariat et l'encadrement) par entrevue.

- l'absentéisme défini comme les heures non travaillées en raison d'absence pour maladie et accident du travail.
- le syndicat:
- la participation à des comités conjoints.
 - les mécanismes de prévention et de règlements des conflits.
 - le nombre de griefs déposés.
- les employés:
- la participation des employés à l'expérimentation de la gestion participative.
 - la qualité des communications.
 - l'amélioration du travail en équipe.
 - la qualité de vie au travail.
 - le degré de satisfaction des médecins.
 - le degré de confiance entre le personnel et le gestionnaire.
 - le climat de travail dans les quatre unités.
- la société:
- l'offre de services à la population (accessibilité)
 - la satisfaction des clients exprimée en terme de plaintes. Ces plaintes sont très diversifiées, formelles et informelles, en provenance des différents services et du comité des bénéficiaires.

Ces indicateurs nous permettront d'évaluer dans quelle mesure les changements introduits dans cet hôpital ont produit des effets positifs sur la performance de l'organisation ainsi que celle des quatre unités ayant participé à l'expérimentation de la gestion participative.

Les résultats obtenus fourniront un guide à la direction de l'hôpital pour revoir ses stratégies d'affaires ou poursuivre le changement de style de gestion visant la participation du personnel au processus de prise de décision et l'implication des syndicats dans les décisions stratégiques.

2.3 Plan d'observation:

Il existe plusieurs façons de réaliser une recherche sociale. Le choix de la méthode repose essentiellement sur les questions de recherche. Ainsi dans cette partie, nous présenterons la stratégie de recherche, décrirons les avantages de cette approche pour notre étude et terminerons par une description des méthodes de cueillette de l'information que nous avons privilégiées.

2.3.1 Trois niveaux d'analyse

Le modèle d'analyse des choix stratégiques décrit à la section précédente sera utilisé pour bien comprendre les décisions et/ou les stratégies des acteurs du système des relations industrielles lors de changements introduits dans une organisation en réponse à des facteurs contextuels.

Nous nous proposons donc de réaliser cette recherche en privilégiant trois niveaux d'analyse. Le premier niveau

concerne le niveau stratégique, le deuxième porte sur les relations de travail et la gestion des ressources humaines et le troisième niveau sur les quatre unités de travail. Dans le cas de nos observations, l'unité de travail peut être définie comme un service ou un département ou une unité de soins.

Les deux premières questions de recherche portent essentiellement sur des dimensions à portée organisationnelle et de niveau stratégique. Qu'ils s'agissent des facteurs déclencheurs des changements introduits dans l'organisation ou des grandes décisions stratégiques prises par les acteurs institutionnels, nous croyons que l'ensemble de ces éléments peuvent avoir des répercussions sur les autres niveaux du système ainsi que sur les comportements de tous les acteurs de l'organisation. Les réactions des acteurs en regard de ces éléments influenceront positivement ou négativement les résultats obtenus par l'organisation.

La troisième question de recherche traite des changements apportés au niveau des relations de travail et de la gestion des ressources humaines. Nous examinerons comment la direction des ressources humaines a procédé pour introduire les changements et les réactions des syndicats.

La quatrième question de recherche concerne spécifiquement les unités de travail. Notre analyse portera donc sur les changements introduits à ce troisième niveau dans quatre unités, les comportements engendrés chez les travailleurs et les résultats obtenus à la suite de ces changements.

La cinquième question de recherche sera approfondie par l'analyse à la fois du niveau stratégique, du niveau de la

relation d'emploi et du niveau des unités de travail puisqu'elle porte sur les résultats obtenus suite aux changements introduits dans le système des relations industrielles.

Ainsi, l'objectif de notre recherche est de comprendre à travers les yeux des acteurs, leurs stratégies et leurs décisions à l'intérieur du processus de changement.

2.3.2 La méthode de recherche

En recherche sociale, il existe plusieurs méthodes de recherche allant de l'approche qualitative à l'approche quantitative (base de données et traitement statistique). Le chercheur doit alors choisir l'approche qui se prête le mieux aux questions de recherche et aux objectifs visés. Dans notre cas, nous avons retenu l'étude de cas.

Nous allons premièrement définir brièvement ces deux approches en nous limitant exclusivement à la méthode de cas et, en second lieu expliquer les motifs retenus pour choisir l'approche qualitative.

Comme l'affirme Yin (1984), la méthode d'étude de cas est une décision appropriée lorsque le chercheur veut:

- . " investigates a contemporary phenomenon within its real-life context; when
- . the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident; and in which
- . multiple sources of evidence are used" (Yin, 1984, p.23)

Egalement, l'approche qualitative a comme avantage de produire et d'analyser des données descriptives telles que des paroles écrites ou dites ainsi que le comportement observable des personnes (Taylor et Bogdan, 1984). Elle est intéressée par l'observation de phénomènes sociaux qui se produisent dans le milieu naturel et ce milieu naturel constitue le terrain. Elle s'inspire alors de la vie quotidienne des acteurs sociaux et du sens commun.

Le processus de recherche qualitative vise donc à décrire c'est à dire à identifier les composantes d'un phénomène, à comprendre en reconnaissant les relations qu'elles développent et à expliquer en insérant ce phénomène dans un système plus général qui lui donne sa signification. (Deslauriers, 1991)

Par conséquent, la recherche qualitative traite des données difficilement quantifiables telles que les entrevues, les documents écrits et des observations pour expliquer et comprendre des phénomènes sociaux.

Par ailleurs, la recherche quantitative se définit comme une méthode qui cherche à mesurer des phénomènes sociaux, cependant elle donne une expression chiffrée aux données et les analyse à l'aide de méthodes statistiques. Elle met l'accent sur la mesure et le contrôle des variables (Deslauriers, 1991)

Une approche quantitative ou déductive permet au chercheur d'isoler certaines variables et d'expliquer des relations causales dans un contexte de généralisation où les objectifs recherchés sont clairs, spécifiques et mesurables (Patton, 1987). Le chercheur amorce donc la recherche à partir d'un

devis précis, lequel lui permet de vérifier certaines hypothèses et d'obtenir un résultat qui ne pourra être nouveau par rapport aux éléments de départ.

Des auteurs affirment que ces méthodes ne s'opposent pas mais qu'elles ont toutes deux leurs forces et leurs faiblesses. Ainsi, nous n'avons pas la prétention de dire qu'une méthode est meilleure que l'autre. Cependant, étant donné les questions de recherche qui nous préoccupent, nous avons privilégié l'étude de cas comme méthode de recherche pour les trois principaux motifs suivants.

Premièrement, un des objectifs poursuivis par cette recherche est de suivre l'évolution continue d'un cas sur une période de dix-sept ans. Par conséquent, nous croyons qu'étudier l'évolution continue d'un cas sur une aussi longue période peut difficilement se faire de façon quantifiable.

En second lieu, cette recherche vise à étudier l'ensemble des processus mis en place dans l'organisation pendant cette longue période permettant de réaliser des changements importants quant à la relation entre les acteurs sociaux. Nous croyons que l'approche qualitative se prête mieux pour répondre à cet objectif puisqu'elle a l'avantage d'aider à comprendre le déploiement des processus sociaux dans une organisation tout en s'attardant à démontrer comment les personnes les vivent. (Deslauriers, 1991). Ces données sont aussi, selon nous, difficilement quantifiables.

Enfin, le devis que nous utiliserons pour réaliser cette recherche revêt un certain caractère exploratoire. L'absence d'hypothèse en est la meilleure confirmation. Nous connais-

sons en partie l'évolution de l'organisation durant ces dix-sept ans puisque nous avons occupé la fonction de Directrice des ressources humaines de 1991 à 1998 mais nous cherchons à approfondir la connaissance que nous en avons à partir d'entrevues ou de documents et à découvrir de nouvelles informations.

Ainsi, l'étude de cas selon Yin (1984) est une méthode de recherche appropriée pour explorer ou décrire ou encore expliquer des phénomènes sociaux tout dépendant des objectifs poursuivis par le chercheur. Le caractère exploratoire du devis de recherche constitue donc un autre motif à l'appui de l'approche qualitative.

Notre étude de cas porte spécifiquement sur le cas d'un hôpital du Québec, le Centre hospitalier régional de Lanaudière. Le choix du CHRDL a été effectué à partir des critères suivants:

- . C'est le premier cas d'un hôpital fusionné au Québec qui a été suivi par de nombreux autres cas de cette nature.
- . cet hôpital s'est doté d'un projet d'entreprise visant l'implantation d'une culture organisationnelle favorisant la participation du personnel.
- . cet hôpital a pris son sort en main face aux transformations du réseau de la santé et aux compressions budgétaires.

- . le caractère innovateur dans le milieu hospitalier de l'expérience de gestion participative avec un engagement ferme de la direction.

Une analyse comme celle que nous nous proposons de réaliser à l'avantage de nous fournir des données détaillées et ordonnées sur cet hôpital fusionné, qui a connu des difficultés et qui a procédé à des changements importants pour sortir d'une situation difficile.

Nous présentons maintenant les sources d'informations utilisées pour réaliser cette étude de cas ainsi que la démarche méthodologique suivie.

2.3.3. La cueillette des données

Comme l'a affirmé Yin, les données en recherche qualitative peuvent provenir de six sources: les documents, les rapports d'archives, les entrevues, des observations directes, l'observation-participante et des biens physiques. Elles ne sont pas toutes requises pour effectuer une étude de cas.

"However the-most important advantage presented by using multiple sources of evidence is the developpement of converging lines of inquiry." (Yin, 1984, p.91)

Nous avons choisi d'utiliser trois de ces sources soient l'observation-participante, les entrevues et la documentation.

2.3.3.1 L'observation-participante.

Deux des principales caractéristiques de l'observation

participante sont la présence intensive du chercheur sur le terrain et la familiarité qu'il développe avec le lieu d'observation.

Nous avons alors retenu cette source d'information parce que le chercheur a été lui-même un des acteurs du changement. Il a été présent sur les lieux de l'hôpital pendant une période de dix ans de 1988 à 1998 et a occupé des fonctions clefs lui permettant d'influencer à certains égards les changements introduits dans cet hôpital. Sa participation au sein de l'équipe de direction a favorisé des interventions directes pour l'actualisation de la nouvelle philosophie de gestion.

Le chercheur a donc eu l'occasion de participer à la vie quotidienne de l'organisation, de recueillir des données descriptives mais également d'observer de près des changements de comportements chez les acteurs sociaux.

Cette méthode de cueillette de données a également permis de cerner les processus et de comprendre le sens des événements qui se sont produits pendant la période visée par l'étude.

Toutefois considérant les faiblesses de cette technique d'observation liées notamment à la modification du rôle du chercheur, nous nous sommes assurés de valider les données observées et colligées afin de bien refléter la position de chacun des acteurs.

2.3.3.2. Les entrevues

Au cours de la démarche, nous avons procédé à des entrevues semi-dirigées avec des dirigeants patronaux et syndicaux ainsi

qu'avec les gestionnaires des quatre unités de travail.

En effet, huit entrevues furent réalisées après notre départ de l'hôpital. Nous avons premièrement rencontré le directeur général de l'hôpital qui a occupé des fonctions au sein de l'équipe de direction depuis la fusion. Cette entrevue nous a été particulièrement utile pour comprendre l'évolution du cas depuis la fusion jusqu'à l'expérimentation ainsi que les décisions stratégiques adoptées par la direction de l'hôpital. Nous avons par la suite réalisé un entretien avec trois dirigeants syndicaux, soient le président du syndicat des employés généraux CSN, un représentant du syndicat des infirmiers et infirmières auxiliaires et la présidente du syndicat des infirmières, représentant les trois syndicats regroupant le plus grand nombre de membres (appendice A). Ces entrevues nous ont aidé à comprendre le comportement de chacun des syndicats, la perception que leur représentant avait de la situation et quelques-unes de leurs réactions. Sans leur collaboration il nous aurait été impossible de présenter fidèlement la position de l'acteur syndical depuis la fusion jusqu'à ce jour.

Enfin, nous avons effectué une entrevue avec chaque gestionnaire des unités de travail ayant participé au projet d'expérimentation de la gestion participative. Ces entrevues ont été utiles pour approfondir des données concernant entre autres les changements introduits dans les unités mais également pour comprendre le fonctionnement et le climat de travail des unités ainsi que pour vérifier les résultats obtenus.

Tous ces entretiens nous ont permis d'accéder à des informations privilégiées qui nous ont été d'une précieuse utilité.

2.3.3.3. La documentation

Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé une quantité importante de documents provenant de la Direction générale et de la direction des ressources humaines de la fusion jusqu'à ce jour, par exemple citons parmi eux des tableaux de bord variés (statistiques sur les griefs, l'absentéisme, les plaintes), des plans de redressement et le manuel de gestion du CHRDL. Nous avons aussi eu recours à des procès verbaux du comité de direction, du comité directeur de la gestion participative et du comité de concertation qualité ainsi qu'à des documents conçus dans le cadre de la nouvelle philosophie de gestion. Nous avons également étudié attentivement le contenu des évaluations produites lors des ateliers de sensibilisation ainsi que celles complétées au terme des expériences pilotes.

L'étendue de la période étudiée soit dix-sept ans nous a permis de comprendre les décisions et les stratégies des acteurs patronaux et syndicaux reliés à des événements survenus dans l'environnement de l'hôpital et d'expliquer leur comportement à l'intérieur du système des relations industrielles.

Dans les prochains chapitres, nous présenterons l'étude de cas concernant l'hôpital et les quatre unités de travail visées par l'expérimentation.

CHAPITRE III

LA PERIODE 1980-1990: LES PREMIERS GRANDS BOULEVERSEMENTS EXTERNES.

Pour comprendre les changements qui sont introduits aux différents niveaux d'une organisation, il faut se pencher sur son contexte afin d'identifier les principaux facteurs qui ont marqué son évolution récente et qui exercent des pressions sur son fonctionnement. Nous décrirons d'abord le contexte du centre hospitalier en remontant jusqu'au début des années 1980. Nous montrerons ensuite comment les événements qui sont survenus dans le contexte se sont répercutés sur l'organisation. Dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur le niveau stratégique en nous concentrant sur la période 1980-1990. Cette période sera subdivisée en deux sous-périodes: la mise en place de 1980 à 1983 et la consolidation, de 1983 à 1990.

3.1 Le contexte

3.1.1. La fusion imposée en 1978 de trois hôpitaux dans la région de Lanaudière

En 1971, le gouvernement du Québec prend la décision de fusionner des centres hospitaliers.

Même si la décision du gouvernement ordonnant la création d'une nouvelle corporation hospitalière dans la région de Lanaudière remonte à 1971, ce n'est qu'en 1978 que la décision de la fusion est officiellement prise et que l'on procède à l'émission des lettres patentes.

La nouvelle corporation désignée sous le nom de Centre hospitalier régional de Lanaudière regroupera l'ancien hôpital St-Charles, hôpital psychiatrique supra régional et l'ancien hôpital St-Eusèbe, hôpital général situé au Centre-ville de Joliette et l'ancien hôpital de Lanaudière, hôpital de soins de longue durée physique. (2)

Cette décision s'inscrit dans un cadre logique puisque des espaces étaient libres dans le bâtiment principal en raison de la relocalisation des patients psychiatriques provenant des autres régions du Québec. De plus, l'hôpital général était devenu trop petit pour répondre à la demande croissante en soins physiques de courte durée. Le Centre St-Eusèbe sera par la suite converti en un Centre d'accueil pour personnes âgées.

Cette décision représentait un défi parce que c'était la première fois que le gouvernement imposait la fusion de trois hôpitaux à vocation différente regroupant des services complémentaires et non compétitifs.

Ce projet de regroupement et de fusion visait deux objectifs: l'amélioration des services à la population et des économies puisque la vétusté et la petite dimension de l'hôpital St-Eusèbe, auraient nécessité la construction d'un nouvel hôpital. Des économies d'échelle sur le plan du fonctionnement résulteraient également de la fusion.

(2) En plus de ces trois hôpitaux, la nouvelle corporation a aussi intégré une corporation dont la raison sociale était CHRDL construction créée spécifiquement dans les années 70 pour gérer l'agrandissement et le réaménagement des espaces.

3.1.2 Période 1980 à 1983: Deux décisions majeures

3.1.2.1 Détermination de l'enveloppe budgétaire du CHRDL par le ministère

Plusieurs mois de discussions entre les dirigeants de l'hôpital et les représentants du ministère furent nécessaires pour finaliser une entente sur la nouvelle enveloppe budgétaire.

Cette entente intervenue avec le gouvernement du Québec prévoyait que le budget de l'hôpital fusionné allait être fixé en tenant compte des deux critères suivants:

- . La moyenne des cinq hôpitaux les plus performants parmi un groupe comparable et attribué par service.
- . cette moyenne est réduite d'un pourcentage variant de 5% à 20% pour tenir compte des économies d'échelle consécutives à la fusion des services.

L'adoption de cette approche eut pour principale conséquence de réduire au minimum la marge de manoeuvre financière des dirigeants.

3.1.2.2. Une première vague de rationalisation

En février 1981 le Québec a une dette accumulée de 11 milliards 600 millions de dollars et un déficit annuel excédant pour la première fois de son histoire 2 milliards de dollars. Ces résultats préoccupent suffisamment le gouvernement pour l'amener à tenter d'améliorer la situation en

misant principalement sur une compression des dépenses de l'Etat. C'est d'ailleurs la ligne de conduite suivie lors du discours du budget de mars 1981 où fut annoncée une réduction des dépenses de 1 milliard, absorbée principalement par les ministères de l'Education et des affaires sociales. Lors du discours inaugural de la session parlementaire suivante, soit le 9 novembre 1981, le gouvernement précisait un peu plus ses intentions en évoquant la possibilité de demander aux travailleurs syndiqués des secteurs public et parapublic de reconsidérer certains de leurs droits acquis lors des conventions précédentes.

Malgré ses efforts, le gouvernement ne réussit pas à atteindre son objectif et annonce l'année suivante que le déficit annuel des opérations dépasse de 600 millions les prévisions pour franchir le seuil psychologique de 3 milliards. La situation économique du Québec s'assombrit encore un peu plus avec la confirmation par le gouvernement fédéral de son intention d'opérer des coupures importantes dans les transferts aux provinces. Le gouvernement du Québec est amené alors à prendre les grands moyens et à intervenir de façon draconienne pour assainir les finances publiques en réduisant d'abord et avant tout le déficit des opérations courantes. L'échéance le 31 décembre 1982 des conventions collectives le liant aux salariés des secteurs public et parapublic lui fournit l'occasion de prendre des mesures extraordinaires que laissaient entrevoir certaines de ses déclarations antérieures.

3.1.3 Période 1983 à 1990: L'adoption de mesures extraordinaires visant les salariés de l'Etat.

3.1.3.1 Les lois 68, 72 et 70.

Ces mesures s'étendent d'abord sur une première période de 6 mois allant de juin à décembre 1982, et sont contenues dans trois législations, les lois 68, 72 et 70, sanctionnées toutes trois le 23 juin 1982, ainsi que dans un décret, adopté le 11 décembre de la même année.

La loi 68(3) a pour principal objectif de réduire la contribution de l'Etat au régime de retraite des secteurs public et parapublic. Celle-ci qui était auparavant de 50% est limitée à 5/12 du montant de la cotisation totale.

De plus, la prestation n'est plus indexée à la totalité de l'augmentation de l'indice des prix à la consommation mais seulement sur l'excédant de 3%.

Par la loi 72(4), le gouvernement cherche à subordonner le droit de grève des salariés oeuvrant dans les domaines de la santé ou de la sécurité publique au maintien des services essentiels. Dorénavant, des dispositions légales contraignent

(3) Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les régimes de retraite.

(4) Loi modifiant le Code du travail, le Code de procédure civile et d'autres dispositions législatives.

les employés des établissements de services de santé et de services sociaux à déterminer au préalable les services essentiels avant d'acquiescer le droit de déclencher la grève.

Par la loi 70(5) le gouvernement accentue la récupération amorcée par la loi 68 mais en visant cette fois les salaires des employés de l'Etat. Dans un premier temps, la loi prolonge jusqu'au 1er avril 1983 la durée des conventions qui devaient échoir le 31 décembre 1982. Durant ces trois mois, les salaires subissent une baisse de tout près de 20% permettant à l'Etat d'épargner ainsi \$520 millions. Dans un deuxième temps, la loi vise le même objectif mais indirectement en supprimant l'avancement automatique d'échelon pour une année. Dorénavant la progression dans l'échelle de salaires sera reliée à des raisons bien précises comme par exemple la promotion ou la scolarité additionnelle.

Ce train de premières mesures débouche en décembre sur l'adoption d'un décret qui fixe les conditions de travail des salariés des secteurs public et parapublic du 1er avril 1983 au 31 décembre 1985. Comme les salaires avaient été coupés de 20%, le décret prévoit un certain rattrapage mais qui se fera à partir de pourcentages d'augmentation inversement proportionnels au montant du salaire. Cette modulation a des répercussions directes sur les salariés les mieux rémunérés du secteur de la santé comme les professionnelles et les infirmières en étalant sur une période de trois ans la récupération intégrale de leur salaire. Le décret impose de

(5) Loi concernant la rémunération dans le secteur public.

plus une restriction supplémentaire au droit de supplantation des salariés des affaires sociales. Les conventions collectives antérieures avaient permis d'instaurer à ce sujet un système à effet domino où le droit de supplantation s'exerçait en succession du salarié impliqué jusqu'au dernier en fonction de l'ancienneté. Avec le décret, l'effet domino est supprimé avec pour conséquence que le salarié déplacé par celui qui exerce son droit de supplantation n'a d'autre choix que d'aller déplacer celui qui a le moins d'ancienneté dans l'organisation.

3.1.3.2 La ronde de négociation de 1989 et l'application de la Loi 160 visant les services essentiels adoptée en 1986.

L'intervention extraordinaire de l'Etat amorcée au début de la décennie par trois législations et un décret est prolongée jusqu'en 1989 par l'adoption de mesures exceptionnelles au cours de la ronde de négociation qui termine la décennie. Pour comprendre le déroulement de cette ronde, il faut revenir jusqu'à l'année 1986 qui représente l'une des manifestations les plus musclées de l'Etat québécois sur le plan de la législation visant les syndicats et les travailleurs syndiqués.

On a vu plus haut que la loi 72 de 1982 subordonnait l'exercice du droit de grève dans les services de santé et les services sociaux au maintien de services essentiels.

Cette législation imposait des exigences élevées pour déterminer les services essentiels, mais contenait peu de moyens pour faire respecter son application. C'est cette

lacune que veut combler le gouvernement en adoptant en novembre 1986 la loi 160 dont le titre "Loi assurant le maintien des services essentiels" traduit bien l'intention du législateur.

En novembre 1986, le gouvernement est en plein processus de négociation avec les salariés de l'Etat qui pour la première fois ne sont pas regroupés en front commun mais autour de 72 tables sectorielles et plusieurs tables communes en fonction de l'affiliation à chacune des trois grandes centrales syndicales.

Les négociations sont ardues et poussent les syndicats des services de la santé à entreprendre un mouvement concerté de grèves pour la majorité illégales, sporadiques, de très courte durée ne dépassant jamais 24 heures. La stratégie consiste à faire débrayer à des moments différents les salariés de ce secteur en identifiant à la dernière minute seulement la catégorie de travailleurs et l'organisme de la santé impliqués. Le mouvement est amorcé le 28 octobre par les syndiqués de la F.T.Q. et poursuivi le 11 novembre par ceux de la C.S.N. Comme les infirmières de la F.I.I.Q. annoncent être les prochaines à prendre la relève, le gouvernement intervient d'urgence pour adopter la loi 160 qui impose des sanctions très sévères non seulement aux syndicats mais aux travailleurs syndiqués impliqués dans une grève illégale déclenchée dans le secteur des services de la santé et des services sociaux.

Cette loi contient trois types de sanctions soit:

- . cessation de la retenue sur le salaire de la cotisation syndicale d'une durée de douze semaines par jour ou

partie de jour que dure un arrêt de travail.

- . La perte d'une année d'ancienneté pour chaque jour ou partie de jour d'absence d'un salarié en raison d'une grève.
- Le traitement à être versé pour un travail effectué après la contravention est réduit d'un montant égal au traitement qu'il aurait reçu pour chaque période d'absence ou de cessation. L'établissement verse par la suite ces sommes à une oeuvre de charité enregistrée au sens de la Loi sur les impôts.

Devant les répercussions prévisibles de cette législation, les syndicats mettent un terme aux grèves rotatives. L'adoption de la loi suffit à cette occasion pour mettre fin au mouvement de grève orchestré deux semaines auparavant évitant ainsi au gouvernement d'imposer les sanctions draconiennes qu'elle prévoyait. Il en alla tout autrement trois ans plus tard lors de la ronde suivante.

Lors de cette ronde, c'est au printemps 1989 que débutèrent les négociations entre l'Etat et ses salariés. Après une légère accalmie due aux vacances d'été, les relations se durcissent au cours du mois d'août. Les premières à défier le gouvernement seront les infirmières de la FIIQ qui déclenchent le 5 septembre sans tenir compte de la législation sur les services essentiels une grève générale illimitée qui durera sept jours, jusqu'au 12 septembre. Le lendemain, les 100,000 salariés du secteur de la santé faisant partie de la CSN emboîtent le pas. Leur arrêt de travail durera 4 jours, jusqu'au 17 septembre. Devant la situation qui gêne considé-

ablement le fonctionnement du secteur hospitalier, les directions d'hôpitaux, poussées par le Ministre de la santé et des services sociaux recourent à la loi 160 et commencent à appliquer les sanctions qui y sont prévues.

En décembre 1989, le gouvernement concluait les conventions collectives avec les centrales syndicales. Cependant, une quantité importante de griefs contestant les sanctions imposées suite à l'application de la loi 160 demeurait sans règlement, dans les établissements. Considérant la gravité de ces sanctions et leur impact financier sur ses membres, la CSN adoptait lors de son congrès de 1990, une résolution visant à avancer aux salariés le remboursement des amendes jusqu'à l'audition des griefs.

Ainsi cette période s'achevait dans un climat d'affrontement semblable à celui qui avait caractérisé huit ans auparavant le début des négociations entre l'Etat et ses salariés dans un contexte de crise économique et budgétaire.

3.2 Les décisions des acteurs

Le contexte agit sur les organisations pour les amener à s'adapter à son évolution. Trois sous-périodes furent distinguées pour saisir les caractéristiques contextuelles importantes de la décennie quatre-vingts. Nous décrirons dans la section suivante les décisions stratégiques prises par les acteurs du centre hospitalier de Lanaudière au cours de chacune de ses sous-périodes en commençant à chaque fois par l'acteur patronal, plus porté par sa fonction, à faire preuve d'initiative sur le plan stratégique.

3.2.1 La période précédant le transfert des activités au CHRDL (1977-1980).

3.2.1.1 Les principales décisions stratégiques de l'acteur patronal

Devant la directive du ministère, les directions des deux centres hospitaliers visés n'avaient d'autre choix que de prendre des mesures pour réaliser la fusion projetée.

De 1971 à 1976, des représentants des conseils d'administration de chacune des quatre corporations se rencontrent à de nombreuses reprises pour tenter de réaliser la fusion souhaitée par l'Etat. Malheureusement, leurs trop grandes divergences les empêchent d'atteindre cet objectif. Devant ces difficultés, ils se tournent vers le ministère des affaires sociales pour lui demander de nommer un coordonnateur non rattaché à l'un des deux hôpitaux pour les aider à conduire l'opération. Leur demande est satisfaite à l'automne 1976 lors d'une rencontre avec les représentants du ministère. Les parties ont convenu de former un comité de fusion en désignant comme coordonnateur un représentant du ministère. Le comité tenait sa première rencontre au début de l'année 1977 avec pour mandat principal de définir l'utilisation du bloc de services au CHRDL en fonction des besoins, des normes régionales et des programmes acceptés par le ministère des affaires sociales. Ce mandat qui sera réalisé au cours de la première année entraînera la création de la nouvelle corporation désignée par la raison sociale, Centre hospitalier régional de Lanaudière et débouchera sur la répartition des services suivante: l'ancien hôpital psychiatrique regroupera la courte et la longue durée, les services diagnostiques, les

services administratifs et de soutien. Quant à l'ancien hôpital St-Eusèbe, il deviendra un Centre d'accueil pour personnes âgées.

Une fois accomplie la répartition des services, il restait à opérationnaliser le fonctionnement du nouvel hôpital fusionné à partir de trois hôpitaux. La tâche n'était pas facile puisque le changement de vocation entraînait de nombreux bouleversements à la fois au niveau de la structure organisationnelle, du nombre des effectifs et de l'assignation aux différents postes de travail. De plus, la fonction particulière d'un hôpital qui est de dispenser les soins de santé de façon continue ajoutait une difficulté supplémentaire puisque le transfert des activités vers le nouvel hôpital devait se faire sans interruption des soins offerts à la population. Le nouveau conseil d'administration est constitué et le Directeur Général nommé. Le Directeur Général adjoint hérite de la responsabilité d'intégrer les activités des trois hôpitaux. Cette opération mobilisera l'ensemble du personnel au cours des deux années suivantes.

3.2.1.2 Les réactions de l'acteur syndical

De façon générale, il faut retenir que les syndicats ont collaboré à la mise en place des préalables à la fusion et ont entretenu avec la direction des relations positives.

En effet, la fusion n'entraînait aucun impact négatif pour l'ensemble des syndicats à l'exception de ceux de la CSN où des mises à pied étaient prévisibles pour certains de ses membres. Appréhendant ces retombés négatives la CSN prend position en refusant de fusionner volontairement les deux

accréditations visant les employés généraux et les infirmières auxiliaires. Elle va même chercher des appuis à l'extérieur tant auprès des membres du conseil d'administration provisoire que du député du comté.

Tout comme les deux organisations avaient leur culture organisationnelle propre, les deux unités d'accréditation affiliées à la CSN avaient chacune leur culture et leur façon de faire. A l'hôpital St-Charles, la direction agissait comme dans une grande famille en multipliant les ententes particulières. Son approche peut être résumée en affirmant que tout ce qui n'était pas écrit, pouvait constituer des droits pour les travailleurs. A St-Eusèbe, la gestion était très conventionnée et par conséquent beaucoup plus rigide. Tout ce qui n'était pas écrit tombait dans les droits de gérance de l'employeur.

Les exécutifs de ces deux syndicats sont assistés par le même conseiller syndical qui a toujours cherché à respecter la façon de faire et la culture de chacune des unités. Toutefois, durant l'année suivant la fusion il tente de rapprocher les deux exécutifs en leur soulignant la nécessité entraînée par la fusion des trois anciens hôpitaux de tenter d'unifier leur démarche. Ses efforts furent couronnés de succès en 1981 par la fusion de gré à gré des deux unités syndicales.

3.2.1.3. Les acteurs de la relation d'emploi.

Cette volonté de collaborer avec la direction se manifeste également chez les représentants locaux des syndicats soient les agents mandatés pour voir à l'application des conditions

de travail négociées provincialement.

Ainsi, du côté syndical nous assistons à une fusion parallèle des deux unités CSN (visant les employés généraux et les infirmières auxiliaires), des unités regroupant des professionnels à l'exception des syndicats d'infirmières qui tiennent manifestement à conserver deux unités distinctes. L'employeur ne formule pas d'objection parce qu'à cette époque, les inconvénients liés à la faible mobilité étaient minimes et qu'il s'avérait impossible que les deux unités soient présentes en même temps sur un service donné puisqu'elles représentent des infirmières affectées à des clientèles différentes.

Toutefois, il en est tout autrement pour les deux syndicats affiliés à la CSN. Tel que mentionné précédemment, ils s'objectent d'abord à la fusion. D'une part, l'employeur veut les inciter à se fusionner en raison des problèmes de gestion occasionnés par la présence de deux unités d'accréditation pour représenter les employés d'un même titre d'emploi dans un service. Cette situation est susceptible de se reproduire dans tous les cas où les services étaient autrefois dispensés dans les deux établissements et pour lesquels ils sont regroupés aujourd'hui sous une seule unité administrative. Il s'agit notamment des services d'accueil, des archives, de l'entretien ménager, de la diététique, de la pharmacie, de la buanderie-lingerie, de radiologie et de laboratoire.

D'autre part, les syndicats veulent protéger les salariés désignés en surplus, contre une éventuelle perte d'emploi mais surtout conserver pour tous les membres les primes de psychiatrie et les congés mobiles reliés au travail dans un

établissement psychiatrique. Ici, il faut préciser que l'hôpital St-Charles détenant le statut d'hôpital psychiatrique, tout son personnel bénéficiait des avantages liés au travail de la psychiatrie, même s'il effectuait un travail dans un autre secteur d'activité. Avec la fusion, le CHRDL perd la désignation d'hôpital psychiatrique et devient un hôpital général avec un département de psychiatrie. Par conséquent, tout le personnel qui ne travaille plus auprès de cette clientèle perd les congés mobiles et la prime en psychiatrie.

Après de longues discussions, les parties ont convenu d'un protocole d'entente de fusion avec le syndicat des employés généraux dont les infirmières auxiliaires font aussi partie. Le protocole porte principalement sur les modalités d'intégration des salariés dans les services fusionnés, l'affectation des ressources humaines et la détermination de certaines conditions d'emploi dont les primes de psychiatrie et les congés mobiles.

Nous verrons que malgré la bonne foi des parties au moment de la signature du protocole celui-ci aura des répercussions dans les années subséquentes sur la qualité des relations patronales syndicales du CHRDL.

3.2.2. La période de mise en place (1980 à 1983)

3.2.2.1 Un nouvel hôpital en opération à Joliette

Une fois les travaux de construction d'une nouvelle aile et de rénovation terminés, c'est en novembre 1980 que fut amorcé le transfert des activités. Celles-ci débutèrent progressivement

dans les unités. Une période de rodage a permis d'opérationnaliser le fonctionnement des nouveaux services fusionnés mais également d'habiliter le personnel à travailler au sein d'équipes reconstituées.

Le Conseil d'administration et le Comité de direction avaient prévu le développement de deux nouvelles unités de soins physiques de courte durée dans le nouvel hôpital pour répondre à la demande croissante dans ce secteur d'activités. Celles-ci ont alors été développées dans les mois qui ont suivi le transfert des activités.

Enfin avant de procéder à d'autres activités de développement, la direction a cherché à consolider le fonctionnement afin de régler les problèmes liés à l'intégration des activités de plusieurs établissements. A ces difficultés, il s'est ajouté pour la direction l'obligation de préparer et de procéder à l'application d'un premier plan de compressions budgétaires.

3.2.2.2 Elaboration et mise en oeuvre d'un plan de redressement

Comme nous l'avons vu précédemment même si l'enveloppe budgétaire du CHRDL venait tout juste d'être approuvée par le ministère, la direction du CHRDL a dû à l'instar des autres établissements de santé du Québec, présenter et appliquer un plan de redressement budgétaire.

Ce plan s'est traduit par une réduction de 1.5 million du budget de fonctionnement. Concrètement, les mesures du plan visaient plus particulièrement le secteur de la psychiatrie. La direction annonce la fermeture complète d'une unité de

longue durée psychiatrique (5D) et la réduction des coûts aux unités de déficience intellectuelle et de courte durée psychiatrique. Ces mesures impliquent l'abolition de trois postes cadres, 61 postes à temps complet et 3.2 postes équivalent temps complet parmi le personnel syndiqué. Au total plus de soixante-huit personnes ont perdu leur poste.

Malgré l'obligation pour la direction de procéder à des mises à pied, celles-ci ont été de courte durée puisque les salariés impliqués ont été réassignés à des postes vacants permettant ainsi d'atténuer les effets négatifs de la décision.

Ces contraintes budgétaires n'ont pas empêché l'acteur syndical de collaborer à la réalisation de la fusion sur le terrain.

3.2.2.3. La collaboration de l'acteur syndical à la mise en place de la fusion

Deux approches différentes caractérisent cette période, l'une adoptée par le syndicat des employés généraux de la CSN et l'autre par l'ensemble des autres syndicats.

En ce qui concerne le syndicat de la CSN, ses représentants ont privilégié une participation directe et active à la réalisation de la fusion. Ils ont demandé et obtenu des libérations syndicales additionnelles afin d'aider à solutionner notamment des questions d'affectation permanente de ressources ou d'utilisation de la liste de rappel. La direction a également autorisé la tenue d'assemblée générale syndicale pendant les heures de travail pour assurer le suivi de la fusion. La direction démontre une ouverture pour

faciliter la fusion des deux unités affiliées à la CSN.

Cependant, une fois la fusion des syndicats réalisée, les représentants syndicaux se plaignent d'un changement d'attitude de la partie patronale qui devient moins réceptive à leurs demandes non conventionnées. La direction durcit sa position et répond de plus en plus souvent aux demandes en fonction de ce qui est prévu à la convention collective.

Ce changement d'attitude se reflète aussi au niveau des relations de travail. Le recours patronal à l'approche traditionnelle n'est pas sans effet sur l'acteur syndical qui finit par adopter la même attitude entraînant ainsi une détérioration progressive de leurs relations.

Avec ce changement d'approche, le niveau des relations du travail subit deux modifications importantes du côté patronal. D'une part, l'abandon de l'approche d'ouverture manifestée antérieurement par la partie patronale l'amène à modeler de plus en plus son rôle sur le modèle de type New-Deal en prenant elle-même les décisions et en reconnaissant le droit aux syndicats de les contester par le biais des moyens prévus à la convention collective. D'autre part, la Direction des ressources humaines devient de plus en plus l'interlocuteur principal des représentants syndicaux les forçant ainsi de cesser de s'adresser directement à la direction de l'hôpital comme ils en avaient pris l'habitude au cours des années précédentes. Les parties n'arrivent plus à s'entendre pour régler les problèmes qui finissent par s'accumuler. Les relations de travail deviennent difficiles voire même conflictuelles. Le syndicat des employés généraux se bat pour défendre notamment les droits des employés à temps partiel,

pour exiger la fusion des listes de rappel et pour obtenir une amélioration de la politique concernant le choix et l'attribution des vacances.

Le syndicat exerce des pressions sur la partie patronale mais sans succès. Pourtant il est bien organisé. Il dispose d'outils d'information dont un journal interne permettant de renseigner les membres, tient régulièrement des assemblées syndicales et a réussi à obtenir qu'un agent de grief soit libéré quotidiennement pour recevoir les employés.

Quant aux autres syndicats, ils ont eux aussi collaboré avec la direction à la mise en place de la fusion mais en exerçant une action beaucoup plus effacée comparativement à celle, très directe, de la CSN. Cette approche différente est imputable en grande partie à la situation des membres de ces syndicats qui ont tous été relocalisés dans le nouvel hôpital.

Cette collaboration se retrouve également au niveau des relations du travail. En effet, ces syndicats ne laissent pas les relations patronales-syndicales se détériorer; ils préfèrent adopter une approche de prévention et de discussion des problèmes avec l'employeur. Les parties se rencontrent régulièrement pour solutionner les problèmes.

Toutefois, ces syndicats notent que la qualité des relations de travail est fonction des valeurs des acteurs patronaux. Ainsi, leur perception dépend de l'attitude de leur vis-à-vis patronal. Mais, dans l'ensemble, il faut retenir qu'avec ces syndicats, le climat est généralement bon puisque de part et d'autre l'approche adoptée est peu conflictuelle.

3.2.2.4 Les réactions dans le milieu du travail

La direction savait que la fusion des établissements allait avoir un impact dans le milieu du travail, mais elle n'a pu prévoir que les deux cultures organisationnelles cohabiteraient aussi longtemps.

Dans les mois qui ont suivi le transfert des activités, le personnel des deux établissements ne se mêle pas ni dans les équipes de travail ni même à la cafétéria. Les deux entités sont encore très présentes au sein du CHRDL.

Il est bon de rappeler que la clientèle de l'hôpital St-Eusèbe était fort différente de celle de St-Charles qui traitait des patients présentant des problèmes de santé mentale et pour lesquels l'hôpital constituait la résidence permanente. Les employés anciennement rattachés à l'hôpital St-Eusèbe n'étaient pas familiers avec ce type de patients et exprimaient des craintes envers eux. Certains nous ont avoué que ce facteur ne les avait pas incité à se rapprocher de leurs nouveaux collègues de travail anciennement rattachés à l'hôpital St-Charles.

Cette persistance du rattachement subjectif des salariés à leur ancien milieu de travail, constaté durant les premières années ayant suivi la fusion allait exiger plusieurs années pour s'estomper. C'est l'une des raisons d'ailleurs, (faciliter l'homogénéisation des mentalités et l'unification des cultures organisationnelles) qu'allait, comme nous le verrons plus loin, invoquer la direction en 1990 pour lancer son important projet d'entreprise.

3.2.3. La période de consolidation (1983 à 1990)

3.2.3.1. Les grandes orientations de l'acteur patronal.

Cette période se caractérise par deux orientations, l'une concernant l'extension de services à la population et l'autre, la gestion interne qui demeure centralisée et traditionnelle.

Pendant cette période, la direction procède au développement de nouveaux services pour la population Lanaudoise dont une unité de gériatrie de courte durée et un service d'hémodialyse. Egalement, elle ajoute des lits additionnels aux soins intensifs. Sur le plan de la technologie spécialisée, la direction acquiert des équipements sophistiqués notamment dans les secteurs de la tomographie axiale et de la médecine nucléaire.

A ces développements de services s'ajoute l'arrivée de médecins spécialistes supplémentaires au sein de l'organisation. Tous ces éléments entraînent une augmentation du taux de rétention de la population passant ainsi à plus de 70%, ce qui crée une pression sur les dépenses de fonctionnement de l'hôpital.

Notons ici que plusieurs de ces développements ont été réalisés sans l'apport de financement du ministère et, par conséquent, à même l'enveloppe budgétaire du CHRDL ou avec l'utilisation de quelques surplus accumulés au cours des années antérieures.

Sur le plan de la gestion, cette période se caractérise par une gestion en vase clos et dite traditionnelle. Alors que la

direction amorce une phase importante d'harmonisation des politiques et pratiques de gestion et de solutions aux problèmes d'organisation et de fonctionnement, elle prend seule toutes les décisions importantes. Elle ne démontre pas d'ouverture envers la consultation et la participation des syndicats. Elle ne fournit pas toutes les informations nécessaires aux syndicats pour comprendre le contenu de ses décisions.

Egalement, le style de gestion se reflète dans les unités de travail où c'est le gestionnaire qui décide et les employés qui exécutent. Cette approche traditionnelle contribue à maintenir au niveau le plus bas la motivation du personnel.

Enfin, quant à la qualité de vie au travail nous avons remarqué que la direction démontrait peu de préoccupation à cet égard. Les contrôles de productivité sont rigides et la direction investit peu en équipement pour la prévention des accidents du travail. Nous verrons que ces décisions ont eu des répercussions importantes sur le nombre et les coûts des accidents du travail.

3.2.3.2 Les réactions de l'acteur syndical

Le comportement de l'acteur patronal est décrié par les syndicats qui reprochent à leur vis-à-vis sa gestion trop traditionnelle et son manque de transparence. Tous auraient souhaité être consultés au moment de la prise de décision stratégique plutôt que de se faire imposer les décisions. Plusieurs évoquent cette sous-période en disant que la direction générale gérait de sa tour d'ivoire.

Ce comportement se reflète également au niveau de la relation d'emploi où les approches adoptées étaient encore traditionnelles.

3.2.3.3. Nomination d'un nouveau directeur des Ressources Humaines.

Durant cette période la nomination en 1984 d'un nouveau directeur des ressources humaines a des effets importants sur les relations entre l'employeur et les représentants syndicaux.

Globalement, celui-ci continue d'adopter l'approche traditionnelle de son prédécesseur. Deux décisions qu'il a prises concernant d'abord l'application du protocole de fusion et ensuite les statuts de travail du personnel ont envenimé les relations avec les organisations syndicales. Dans le cas du protocole de fusion, le changement vise l'interprétation du chapitre portant sur les primes, les congés mobiles et les droit acquis. Avant l'entrée en vigueur du décret de 1983, les dispositions de ce chapitre étaient appliquées en permettant à un salarié qui changeait volontairement de poste pour la première fois pour occuper un poste non visé par les privilèges (6), de conserver les avantages rattachés à son ancien poste. Toutefois, la deuxième mutation volontaire entraînait la perte automatique de ces avantages.

(6) Un poste non visé par les privilèges est défini comme un poste prévu à la structure et qui appartient à un secteur d'activités autre que celui de la psychiatrie comme les soins de courte durée physique ou les soins prolongés.

Quelques semaines après sa nomination, le nouveau directeur des ressources humaines applique une interprétation personnelle restrictive du protocole de fusion et du décret pour supprimer dès la première mutation la conservation des avantages rattachés à l'ancien poste occupé par un salarié.

Dans le cas des statuts de travail, la décision vise à augmenter le nombre de postes à temps partiel. Un an après son entrée en fonction, le nouveau directeur est frappé par les conclusions d'une étude effectuée par le secrétariat au développement culturel et social du Québec. Cette étude conclut à la supériorité du travail à temps partiel pour augmenter la motivation du personnel parce qu'il permet de concilier les exigences de l'organisation et les conditions de vie hors travail. De concert avec les chefs de service, la Direction des ressources humaines décide de procéder aussitôt à la création de postes à temps partiel de 6 à 7 jours répartis sur une période de 15 jours. Des nouveaux postes sont alors affichés à ce moment et durant l'année 1985 au fil de leur création. Comme plusieurs salariés démontrent leur intérêt en posant leur candidature, la Direction fait exécuter une enquête interne pour cerner les caractéristiques de la clientèle intéressée et pour servir éventuellement à la structure des postes dans chacun des services en fonction des désirs exprimés par les salariés.

La démarche débouche sur la transformation de postes à temps complet en postes à temps partiel. De plus, un grand nombre de postes à temps partiel sont créés dans les différents services, touchant toutes les catégories du personnel, y compris les employés généraux. Dans leur cas, 49 postes de préposés aux bénéficiaires de 7 jours sur une période de 15

jours furent créés en 1987 dans l'équipe volante.

3.2.3.4 La position des syndicats.

Tous les syndicats critiquent les initiatives patronales mais c'est la C.S.N., représentant les employés généraux, qui mène le bal en appuyant son opposition verbale par des procédures légales. La nouvelle interprétation du protocole de fusion fournit la première occasion. En effet 76 griefs, individuels et syndical, sont déposés. En 1984, une première audition concernant le grief d'un seul salarié a lieu et l'arbitre penche pour l'argumentation patronale en déclarant le protocole illégal. La décision est contestée par le syndicat en Cour Supérieure qui rejette la demande. Poursuivant sa contestation, l'affaire est poussée en Cour d'Appel qui maintient la décision de la Cour de première instance. Finalement, le syndicat dépose à la Cour Suprême une requête pour permission d'en appeler pour apprendre après quelques semaines que sa demande est rejetée. Comme le grief déposé initialement l'avait été au nom d'un seul salarié, l'échec du recours légal ne signifiait pas pour le syndicat que le litige était réglé pour autant.

En 1986, les parties ont tenté de régler définitivement ce litige. Alors qu'elles étaient près d'un règlement, la partie patronale a reculé parce qu'elle ne disposait plus de marge de manoeuvre financière lui permettant de maintenir des privilèges supérieures à ceux consentis dans la convention collective. Elle refusa de faire droit aux revendications des syndicats mais elle a formulé une proposition qu'elle a présentée comme finale. Elle donna un ultimatum aux syndicats de se positionner sur les offres mais le règlement a échoué.

Il faut se rappeler que nous sommes en période de négociation provinciale. La partie patronale demande aux négociateurs provinciaux d'inclure une lettre d'entente spécifique au CHRDL en annexe à la convention provinciale dans le but de régler le dossier. Une lettre a effectivement été insérée mais une confusion dans les numéros de primes indiqués a fait en sorte que très peu de griefs ont été réglés et, qu'en plus, une nouvelle mésentente est née de son application. Une nouvelle série de cent soixante-six griefs est alors déposée.

Les parties patronale et syndicale nous ont informé, qu'en 1998, plusieurs griefs ne sont toujours pas réglés. Toutefois, les parties discutent intensément et elles espèrent régler l'ensemble du dossier dans les mois qui viennent.

La politique de la création de postes à temps partiel constitue la deuxième occasion pour le syndicat CSN de manifester durement son opposition. Celle-ci commence à s'exprimer dans la contestation de la validité des résultats de l'enquête interne, réalisée par la Direction des ressources humaines. Des faiblesses méthodologiques sont identifiées entraînant par conséquent le rejet syndical de certains résultats. Le syndicat poursuit en reprochant l'incohérence de certaines décisions de l'employeur en rapport avec une des conclusions de l'enquête interne. En effet il apparaissait clairement que le travail à temps partiel était surtout souhaité, et ce dans une proportion très élevée, par la main d'oeuvre féminine qui y voyait la possibilité d'harmoniser la vie au travail et la vie en dehors du travail. Malgré cet important résultat, l'employeur créa des postes à temps partiel chez les employés généraux, à forte dominance masculine. L'opposition du syndicat franchit un pas supplé-

mentaire en décembre 1987 à l'occasion de l'affichage des 49 postes à temps partiel de l'équipe volante.

Pour communiquer de l'information aux salariés un des moyens utilisés par la Direction des ressources humaines était un tableau situé depuis plusieurs années au sous-sol près de l'horodateur de façon à être très accessible pour tous. Or quelques jours avant d'afficher les 49 postes à temps partiel conformément à la convention collective un nouveau tableau est installé sur un autre étage sans autre avertissement du changement qu'une feuille de carnet épinglée sur l'ancien tableau. On devine aisément les conséquences du procédé: plusieurs salariés, dont un bon nombre avec une ancienneté élevée, n'ont pas eu connaissance de l'affichage et n'ont pu poser leur candidature. Avec pour résultat qu'un nombre élevé des postes affichés furent octroyés à des salariés n'ayant que quelques semaines d'ancienneté. Le degré de mécontentement des salariés peut être évalué par la réaction du syndicat qui déposa 250 griefs pour contester non seulement les nouvelles nominations mais aussi le comportement de l'employeur lors du déplacement du tableau d'affichage.

Du côté des infirmières, l'initiative du directeur des ressources humaines de demander la fusion des unités d'accréditation entraîna aussi du mécontentement. Après la fusion des deux hôpitaux, l'employeur n'avait pas insisté pour unifier les deux unités d'accréditation des infirmières. Toutefois l'expérience des premières années démontra que ce dédoublement au niveau de la représentation des infirmières freinait considérablement leur mobilité tout en occasionnant des coûts d'opération supplémentaires. C'est pourquoi il s'adressa en 1987 au Commissaire du travail pour obtenir la

fusion des deux unités. La demande fut accordée en 1989 par une décision qui en mécontenta plusieurs dont celles faisant partie de l'équipe volante et de la liste de disponibilité qui se voyaient obligées d'aller travailler dorénavant dans tous les services de l'hôpital fusionné.

Le contexte de crise économique et budgétaire qu'à traversé le Québec durant la décennie 1980 s'est répercuté sur le fonctionnement du nouvel hôpital fusionné. Les décisions prises au niveau stratégique et les nouvelles orientations à celui des relations industrielles et des ressources humaines ont entraîné des effets assez négatifs sur toutes les catégories de personnes gravitant autour du fonctionnement de l'hôpital: la clientèle, les partenaire externes, les médecins, les syndicats et finalement le personnel non médical.

3.3 Les résultats pour la période 1980- 1990

Les résultats provenant des événements du contexte concernent plus particulièrement les syndicats et les travailleurs. En effet, cette période eut de profondes répercussions sur les syndicats et les travailleurs syndiqués des secteurs public et parapublic et plus particulièrement parmi eux, ceux du secteur de la santé. Les coupures importantes de salaires furent durement ressenties d'autant plus que ce secteur comprenait parmi les employés généraux, membres de la CSN, les salariés de l'Etat dont les salaires étaient les plus bas. En plus de ces baisses importantes de revenus, les salariés de la santé ont été durement éprouvés par la restriction du droit à la supplantation. Dans un secteur où l'exercice intégral du droit original à la supplantation accordait une certaine

discrétion aux salariés pour le choix de leur nouvelle assignation, la mesure implantée dès avril 1983 venait réduire considérablement la liberté qu'ils possédaient quant à la nature du travail et l'assignation à un horaire de travail préféré.

Du côté des organisations syndicales, elles se sont aussi montrées très insatisfaites des résultats des négociations. Dans les faits, elle n'ont réalisé aucun gain pendant cette période, mais ont plutôt subi d'importants reculs en regard d'avantages consentis antérieurement. Egalement, les lois adoptées concernant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé sont venues limiter considérablement l'exercice du droit de grève. Cette période a pris fin dans un climat d'affrontement entre l'Etat et les organisations syndicales.

En ce qui concerne les résultats obtenus au CHRDL, ils ont été fortement influencés par les événements survenus dans le contexte mais également par les décisions de la direction. Nous constatons qu'ils sont peu reluisants.

- 1) La population. La population est insatisfaite malgré le développement de nouveaux services spécialisés et l'acquisition de nouvelles technologies. Le nombre de plaintes passe de 142 en 1985 à près de 400 en 1989. La population semble généralement satisfaite de la qualité des soins mais elle témoigne d'attentes concernant: l'accueil, le temps d'attente à l'urgence, la coordination des services et la disponibilité des ressources-lits. Les clientèles des soins psychiatriques et des soins prolongés sont insatisfaites des conditions

de vie et des soins offerts par le CHRDL.

- 2) Les partenaires externes du réseau. Avec la fusion, le CHRDL est perçu par les partenaires de la région de Lanaudière comme envahissant, dominant et voulant s'approprier le développement de tout nouveau service sans égard aux caractéristiques socio-démographiques de la population desservie. La collaboration inter-établissements est alors réduite à son minimum. De plus, des rivalités naissent entre le CHRDL et le Centre Hospitalier Le Gardeur pour l'obtention de ces nouveaux services et de l'équipement de haute technologie. Une compétition malsaine prend forme plutôt qu'une complémentarité entre les établissements dans l'intérêt de la population Lanaudoise.
- 3) Les médecins. Les médecins sont insatisfaits du style de gestion traditionnel et déplorent la prise de décision très centralisée. Ils pointent de plus du doigt la faiblesse de la concertation entre médecins et administrateurs ainsi que la déficience des communications entre eux. Bref les relations entre la direction et les médecins sont difficiles.
- 4) Les relations patronales-syndicales. Ces relations se sont passablement détériorées au cours des dernières années. Au 31 mars 1990, plus de 1500 griefs sont en suspens dont 1098 par la CSN seulement sans compter les griefs découlant de la Loi 160 et les autres à caractère provincial. Plus de 400 griefs sont déposés annuellement concernant des problèmes internes. Egalement, des sorties publiques contre la direction, des articles

insidieux sur des gestionnaires dans le journal interne de la CSN reflètent l'état des relations patronales-syndicales. A noter que les relations avec le syndicat des employés généraux sont plus tendues qu'avec les autres syndicats.

- 5) Le personnel. Le personnel est démotivé et démobilisé suite aux nombreux plans d'équilibre budgétaire et à leurs effets sur les équipes. Mais, cette démotivation est principalement attribuable à des facteurs externes tels que les coupures de salaire, les sanctions imposées suite à l'application de la loi 160 et l'octroi de minces augmentations de salaire malgré l'accroissement des exigences des emplois. A ces facteurs externes s'ajoutent des facteurs liés à la gestion interne de l'hôpital dont le style de gestion traditionnelle, le manque de communication et le peu de reconnaissance.

Nous assistons donc à une détérioration du climat général dans l'hôpital ainsi que dans plusieurs unités de travail. Le nombre d'accidents du travail et les absences pour invalidité ont augmenté considérablement durant les dernières années plaçant le CHRDL parmi les centres hospitaliers les moins performants de la province.

En 1989, la Direction générale réalisa une étude préliminaire sur le climat général de l'hôpital qui lui permit d'identifier des lacunes importantes liées à la gestion. Ces résultats ont par la suite été confirmés par un diagnostic du climat de travail réalisé auprès des médecins, du personnel et des syndicats par des ressources externes. Globalement, les résultats se sont avérés très négatifs.

A la fin de cette période, les parties sont conscientes que la situation n'a jamais été aussi détériorée. Comme nous allons le montrer dans le chapitre suivant, la partie patronale allait être à l'origine d'une transformation profonde de l'organisation.

CHAPITRE IV

LA PERIODE 1990-1996: L'INTRODUCTION DES GRANDS CHANGEMENTS AU CHRDL.

La fin de la période précédente fût caractérisée par une prise de conscience par l'acteur patronal des résultats négatifs conséquents à des événements survenus dans le contexte mais également à des décisions de la direction. Comme nous le verrons dans ce chapitre, les résultats négatifs et l'anticipation d'une évolution dans le contexte ont amené la direction du CHRDL à adopter une décision stratégique importante qui a eu des répercussions sur les acteurs du système des relations industrielles.

La période 1990-96 a, en effet, été marquée par des événements majeurs qui ont transformé et bouleversé à certains égards le réseau de la santé et des services sociaux. Des événements comme la réforme de la santé, la commission parlementaire concernant le financement du système de santé et les compressions budgétaires importantes reconduites d'année en année ont contraint les établissements à prendre des décisions difficiles.

Dans la prochaine section, nous décrirons les principaux événements qui ont eu une influence déterminante sur la situation des établissements de santé ainsi que sur les décisions des directions.

4.1 Le contexte

Les grands changements survenus durant cette période de 1990-1996 peuvent être regroupés en deux grandes catégories, l'une reliée à la réforme de la santé et des services sociaux et l'autre aux compressions budgétaires et la transformation du réseau socio-sanitaire. Ce sont ces deux grandes catégories de changements que nous allons décrire dans les sections suivantes.

4.1.1 La réforme de la santé et des services sociaux. La Loi 120: "Une réforme axée sur le citoyen".

Cette loi précédée d'un livre blanc en décembre 1990 a été adoptée par l'Assemblée Nationale le 28 août 1991.

Quatre principaux facteurs sont à la base de la réforme décrite dans cette loi. Le premier facteur est relié à la situation économique du Québec et aux prévisions de son évolution au cours des prochaines années. Ces conditions économiques si elles ne sont pas corrigées empêcheront le réseau de la santé et des services sociaux de faire face au développement technologique dans les conditions actuelles de financement et de fonctionnement.

Le deuxième facteur est relié à l'évolution de la demande de soins. Depuis quelques années, on voit apparaître une demande de soins nouveaux notamment pour des problèmes en émergence liés au SIDA, à la violence et à l'itinérance, des maladies consécutives à la drogue, nouveaux soins aussi qui découlent de la transformation de la famille et du vieillissement de la population. Comme cette évolution de la demande de soins se

répercute directement sur l'offre de soins, le système de santé devra être en mesure au cours des prochaines années d'offrir de nouveaux soins pour répondre aux besoins de la population.

Ces deux premiers facteurs exerçaient donc une pression dans le sens d'un investissement plus élevé de la part de l'Etat dans les soins de santé.

Or, et ce sera le troisième facteur, l'Etat était dans une situation économique qui nécessitait pour lui de réduire obligatoirement ces investissements. Des pressions de plus en plus continues s'exerçaient sur lui pour freiner les dépenses au niveau du système de soins offerts à la population. De plus, pendant les années 80, le gouvernement fédéral avait commencé à diminuer sa participation au financement des programmes de santé. On craignait non seulement une poursuite en ce sens de sa part mais à la limite son désengagement total du financement des services de santé.

Le quatrième facteur est relié à la fonction exercée traditionnellement par les organismes du réseau de la santé. Deux aspects sont visés plus particulièrement. D'abord, on reproche aux organismes de trop axer leur fonction sur l'hospitalisation. On souhaiterait évidemment écourter les durées de séjour hospitalier et, en plus, réduire l'hospitalisation dans son ensemble. Le deuxième aspect concerne l'emphase mise sur les aspects curatifs plutôt que préventifs des soins offerts. Le réaménagement souhaité allait évidemment entraîner un réaménagement des rapports entre les différents organismes du réseau de la santé au sens où à l'intérieur des organismes de santé, on allait accorder

une plus grande importance dans l'avenir aux CLSC pour s'occuper plus particulièrement de l'aspect préventif et des soins connexes à l'hospitalisation.

Cette réforme des services de santé est axée fondamentalement sur le citoyen. L'objectif est de replacer le citoyen au centre du réseau de la santé et des services sociaux et vise le citoyen dans ses rôles de consommateur, de décideur et de payeur. Cette réforme repose sur neuf orientations principales. (7)

Nous n'en retiendrons que trois qui sont reliées successivement à chacun des rôles du citoyen. La première porte donc sur le citoyen comme consommateur, la seconde sur le citoyen comme décideur et la troisième sur le citoyen comme payeur.

(7) Pour replacer le citoyen au Centre du réseau, neuf orientations sont poursuivies.

. Pour le citoyen consommateur:

1. Des citoyens dont les droits sont reconnus et respectés.
2. Des citoyens qui bénéficient de services adaptés à leurs besoins.
3. Des citoyens qui reçoivent des services le plus près possible de leur milieu de vie.
4. Des citoyens accueillis, aidés et traités par un personnel dévoué et dédié à sa tâche.

. Pour le citoyen décideur:

5. Une prise de décision le plus près possible de l'action;
6. Des citoyens au coeur de la prise de décision.
7. Des citoyens imputables de leurs décisions.

. Pour le citoyen payeur:

8. Des citoyens qui en ont pour leur argent;
9. Des citoyens qui doivent assumer le coût des services.

Les trois orientations retenues sont les plus pertinentes pour les propos développés dans ce mémoire puisque ce sont d'elles que découleront des changements importants dans le réseau de la santé qui vont influencer les événements et les acteurs du système des relations industrielles au cours de la décennie 90. Les autres orientations sont davantage axées sur la population plutôt que sur les intervenants internes.

Le citoyen consommateur: les citoyens doivent être accueillis, aidés et traités par un personnel dévoué et dédié à sa tâche. Le problème de la situation actuelle est que le personnel est démotivé et mal préparé pour répondre à l'objectif décrit dans la réforme concernant le citoyen. En effet, le gouvernement prend progressivement conscience de certains comportements du personnel, par exemple, une proportion élevée qui quitte le réseau, l'absentéisme qui augmente de façon effrénée dans certains hôpitaux, les griefs surtout reliés à la qualité du milieu de travail qui sont déposés en plus grand nombre. Or, pour rehausser la qualité des services au citoyen, on se rend compte qu'il faut absolument intervenir au niveau du personnel au moyen de la gestion des ressources humaines.

La réforme énonce très clairement le principe de l'importance du service de la gestion des ressources humaines. Elle identifie de plus trois moyens très clairs pour permettre au personnel de l'hôpital d'améliorer la qualité des soins offerts à la population. Les trois moyens, sont les suivants:

- 1) Motiver le personnel: . en favorisant la participation du personnel dans la prise de décision concernant l'orientation générale de l'établissement (en

faisant siéger ses représentants au conseil d'administration).

. en faisant participer le personnel à l'organisation de son milieu de travail.

- 2) Valoriser le personnel: . en favorisant une plus grande autonomie professionnelle.

. en réduisant les conditions de travail difficiles (précarité du travail, les horaires de travail difficiles et la lourdeur des tâches).

- 3) Fournir au personnel l'opportunité de relever de nouveaux défis: . en faisant en sorte que le développement des ressources humaines devienne une préoccupation permanente (Obligation pour tous les établissements d'élaborer un plan annuel de développement du personnel avec la participation du personnel et des syndicats).

. en accroissant le perfectionnement.

. en augmentant la mobilité.

Le deuxième aspect concerne le citoyen comme décideur. Le citoyen est placé au coeur de la prise de décision et la réforme identifie trois objectifs précis sur ce plan. D'abord, confier des responsabilités, devoirs et pouvoirs aux conseils d'administration, favoriser l'expression du point de vue du citoyen au sein du conseil d'administration de chacun des organismes constitutifs du réseau de la santé et d'accroître la complémentarité entre ces organismes. Pour atteindre ces

grands objectifs, des moyens très précis sont prévus par la réforme.

Parmi eux, certains visent à unifier les conseils d'administration et d'autres prônent un réaménagement de la constitution des conseils d'administration de chacun des organismes du réseau de santé. Ces conseils d'administration unifiés auront pour conséquence le regroupement ou la fusion d'établissements par territoire de municipalité. Les intervenants de ces établissements subiront les impacts des changements puisque certains verront leur poste aboli et d'autres seront transformés ou transférés dans un autre établissement.

Le troisième aspect porte sur le citoyen comme payeur. Cette orientation vise à assurer aux citoyens que les ressources financières investies dans les services de santé et les services sociaux soient utilisées d'une façon rationnelle et judicieuse. Plusieurs moyens sont identifiés dans la réforme pour concrétiser cette orientation. Nous avons retenu quatre moyens pertinents au sujet développé dans cette recherche. D'abord, le gouvernement entend recentrer le réseau sur des objectifs de résultats, par la suite allouer les ressources en fonction des populations à desservir et de la performance des établissements, revoir périodiquement la gamme et l'étendue des services assurés et enfin ramener l'accroissement du nombre de médecins à un rythme compatible avec l'évolution socio démographique de la population. Ces moyens et plus spécifiquement ceux visant des gains d'efficience et d'efficacité auront des impacts importants dans les établissements puisque les directions seront appelées à comparer leurs résultats avec ceux des établissements comparables et à prendre

des décisions affectant souvent les ressources humaines pour réduire les écarts négatifs.

Nous constatons alors qu'aucune des orientations présentées jusqu'ici ne touche les principes de gratuité, d'équité et d'accessibilité aux soins de santé. Cependant, la neuvième orientation vise à faire partager une partie du coût des services par les citoyens puisque le gouvernement du Québec est forcé de trouver des revenus additionnels pour compenser entre autres le désengagement du gouvernement fédéral. Quelques moyens sont précisés dans la réforme sans pour autant être définitivement retenus. En effet, le ministre s'était engagé avant l'adoption de cette dernière à tenir des audiences publiques sur le financement du système de santé préalablement à l'imposition de quelques mesures que ce soit.

L'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux fût alors suivie d'une Commission parlementaire sur le financement du système de santé.

Un document de réflexion préparé par le ministère et intitulé "Un financement équitable à la mesure de nos moyens" a servi de prémisses aux consultations et aux audiences publiques tenues devant la sous-commission des affaires sociales en février 1992. Ce document proposait des orientations et des mesures dont certaines avaient déjà été précisées dans la réforme et d'autres étaient suggérées pour fins de discussions. Les conclusions dégagées de la sous-commission et reprises par le ministère de la santé se résument en six points.

- . Le problème de financement est structurel et non conjoncturel. En effet le problème ne résulte pas du niveau de dépenses per capita en soins de santé mais dans l'affectation d'un montant total de dépenses trop élevé par rapport au produit intérieur brut dans le contexte actuel de l'économie mondiale. A 9% du PIB en terme de dépenses totales en santé, le Québec se situe au niveau le plus élevé au monde après les Etats-Unis. Ce niveau ne peut donc être dépassé sans compromettre la compétitivité de notre économie et notre capacité à créer des emplois. La problématique du financement de la santé et des services sociaux ne peut donc pas être isolée de celle des finances publiques.
- . Lors des débats concernant la réforme de la santé il est clairement ressorti qu'il faut respecter notre capacité de payer.
- . Aux propositions concernant des investissements en amont dans les déterminants de la santé (pauvreté, éducation) et dans la prévention, le ministre répond par l'affirmative pour le futur mais à court terme l'évolution des dépenses excède la marge de manoeuvre du gouvernement.
- . Toutes les mesures d'efficience et d'efficacité sont appliquées en priorité. Le ministre ajoute que si la croissance des dépenses de santé est limitée à l'IPC + 1%, la problématique du financement serait résolue parce que cette croissance serait conforme à la politique budgétaire du gouvernement. La situation actuelle révèle non seulement un écart de 385 millions par année mais

aussi qu'il s'agit là d'un phénomène récurrent.

Des mesures telles que l'amélioration des pratiques professionnelles dont la pratique médicale, la gestion des établissements et la chirurgie d'un jour ne sont pas suffisantes pour combler l'écart à court terme.

- . Le désengagement du fédéral représente un manque à gagner de 1.2 milliard en 1991-1992. Si le Québec rapatriait les impôts payés au fédéral et consacrés par lui aux soins de santé, il n'est pas prouvé que la situation serait améliorée pour autant.
- . De nouvelles sources de financement sont requises qui impliquent une révision du panier de services et une contribution des patients (entre autres pour des services d'optométrie et de dentisterie). Le gouvernement ne pourra continuer indéfiniment à compenser le désengagement du fédéral en améliorant la performance du secteur de la santé et en demandant aux autres ministères d'accepter des compressions budgétaires.

Le ministre conclut que les mesures de contrôle et d'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité constituent la priorité. Cependant des choix collectifs devront être faits pour faciliter l'implantation de ces mesures.

Comme nous le verrons à la prochaine section, les propos du ministre de la santé seront repris lors du discours du budget suivant les travaux de la sous-commission.

4.1.2 Les compressions budgétaires.

La décennie 1990 est caractérisée par d'importantes mesures de rationalisation imposées au réseau de la santé et des services sociaux. Comme la situation financière du gouvernement se détériorait d'année en année, le gouvernement n'avait pas d'autre choix que de contrôler et comprimer les dépenses de la fonction publique et celles du réseau de la santé.

Dès le discours du budget de 1991-92, le gouvernement annonce son intention de contrôler les dépenses dans la fonction publique et de développer de nouvelles façons de faire qui puissent réduire les coûts et améliorer l'efficacité. Toutefois, aucune mesure concrète s'adresse spécifiquement au secteur de la santé. Elles visent plutôt l'administration gouvernementale.

N'atteignant pas les objectifs fixés vu la faiblesse de l'économie, le budget 1992-93 annonce des mesures de redressement plus sévères dont deux mesures visant le réseau de la santé:

- . une réduction de 350 Millions au titre des salaires des employés de l'Etat. Cette mesure a été concrétisée par l'adoption de la Loi 102 imposant un gel des salaires de 24 mois de juillet 1993 à juin 1995 et des négociations sur la réorganisation du travail afin de parvenir à une réduction de 1.0% de la rémunération globale pour la première année. Dans un décret adopté le 29 septembre 1993, le gouvernement indiquait comment il entendait s'y prendre pour récupérer le 1.0% si les parties ne parvenaient pas à s'entendre. Ce décret prévoyait l'impo-

sition d'ici le 31 mars 1994 de deux journées de congé sans solde et la réduction de 60% de la rémunération d'un congé férié. Le gouvernement espérait ainsi récupérer 171 Millions.

Pour la deuxième année de la convention collective le gouvernement considère la possibilité d'octroyer un montant forfaitaire si les gains de productivité dépassent 1.0%.

A ces mesures, s'ajoute l'intention de réduire les effectifs des ministères et des organismes de la fonction publique de 10.0% d'ici le 31 mars 1997 pour contenir la rémunération globale à son niveau actuel pour les cinq prochaines années.

Les syndicats visés par la Loi 102 avaient jusqu'au 15 décembre pour arriver à une entente négociée respectant les objectifs fixés par la Loi. Dans la majorité des cas, des ententes ont été conclues.

une réduction des coûts de la santé de 135 millions. L'approche retenue suite au rapport de la sous-commission des affaires sociales sur le financement est la suivante:

- 1) maintenir la couverture des services essentiels;
- 2) augmenter la productivité des établissements;
- 3) demander une contribution minime au patient pour des services complémentaires.

Les mesures d'accroissement de la productivité se sont traduites dans plusieurs cas par un gel des dépenses autres

que salariales à leur niveau de 1991-92.

De plus, dans ce même discours sur le budget le gouvernement prévoit déjà une réduction des dépenses de santé de 211 Millions pour l'année 1993-1994. Les coupures sont donc loin d'être terminées.

Au printemps 1993, le gouvernement annonce que malgré une gestion rigoureuse des finances publiques, le déficit pour l'année, 1992-93, se solde à 4,978 milliards, soit à un niveau encore beaucoup trop élevé. C'est pourquoi, il adopte des mesures plus contraignantes limitant ainsi la croissance des dépenses de tous les programmes à 1%. Cette mesure s'ajoute au gel des dépenses de fonctionnement.

Egalement, le gouvernement propose de demander au fédéral des assouplissements à la loi canadienne sur la santé pour gérer plus efficacement le réseau de la santé. Des discussions seront amorcées au cours des prochains mois.

Enfin, il réitère son intention de gérer de façon plus efficace les dépenses de l'Etat mais cette fois en articulant les rôles et les responsabilités des paliers d'administration et du gouvernement.

Dès le début de 1994, le ministère de la santé présente aux établissements du réseau le nouveau programme défi qualité-performance. L'un des principaux objectifs visé par ce programme est d'améliorer la performance des établissements en réduisant les coûts de fonctionnement notamment dans les services administratifs et de support. Le ministère avance quelques mesures qui seront étudiées par les établissements et

les régies régionales.

A ce programme se sont ajoutées des mesures de plafonnement des dépenses voire même dans certains cas une réduction des dépenses de fonctionnement, pouvant aller jusqu'à 30%.

Ni le programme défi qualité-performance ni les autres mesures budgétaires n'ont produit les résultats attendus. La situation des finances publiques continuant à se détériorer, le gouvernement est alors contraint d'imposer des coupures plus importantes dans les dépenses de programmes pour les prochaines années. En effet, lors du discours du budget de 1995-1996 le gouvernement maintient la mesure concernant le gel des dépenses et ajoute une réduction des dépenses de programmes de 500 Millions pour l'année 1996-97 et 500 Millions supplémentaires pour l'année 1997-98. A ce moment, il annonce que des mesures spéciales doivent être prises comme la réorientation de la vocation de certains hôpitaux, des fermetures de lits allant jusqu'à la fermeture complète de certains établissements, une augmentation du ratio de chirurgie d'un jour vers la moyenne nord-américaine et une diminution du taux d'encadrement dans les réseaux de la santé et de l'éducation.

Cette période se termine par des décisions majeures du gouvernement imposant au réseau de la santé des mesures de redressement sévères et sans précédent. La direction du CHRDL avait toutefois anticipé de telles décisions lorsqu'en 1991 elle adoptait son projet d'entreprise visant un changement organisationnel profond.

4.2 La décision stratégique de l'acteur patronal.

Comme la direction constatait des résultats négatifs pour la fin de la période 1980-1990 et qu'elle anticipait des changements importants dans le contexte pour les années à venir, elle avait pris l'initiative d'amorcer une démarche de réflexion visant à approfondir la situation réelle du CHRDL, à identifier ce qu'il fallait faire pour améliorer la situation difficile dans laquelle l'organisation se trouvait tout en demeurant réaliste en regard des perspectives conjoncturelles, des finances publiques, des exigences de la population et des attentes des intervenants du réseau.

Un diagnostic sur le climat de travail révèle des insatisfactions tant chez le personnel que chez les médecins à l'égard de la gestion globale de l'hôpital, du style de gestion et des communications. Egalement, une analyse de l'environnement interne et externe fournit des informations sur la qualité de vie au travail, la capacité de répondre à la demande de services, l'évaluation des activités par secteur et un bilan de l'évolution des ressources humaines et matérielles. Dans le cadre de cette analyse, un sondage est réalisé auprès de la population Lanaudoise et il ressort que celle-ci est insatisfaite des services offerts.

En résumé, pendant cette démarche de réflexion, un diagnostic, des analyses et un sondage viennent confirmer les résultats négatifs pressentis jusqu'alors par la direction. Une décision majeure s'imposait donc pour améliorer le niveau de satisfaction de la population, la qualité de vie au travail et le climat général de l'hôpital en tenant compte des perspectives budgétaires sombres qui pointent à l'horizon. La

direction propose l'adoption d'un projet d'entreprise.

4.2.1. L'adoption du projet d'entreprise (1991)

Le projet d'entreprise vise essentiellement l'implantation de nouvelles valeurs dans le but d'instaurer un changement culturel que l'acteur patronal cherchera à introduire par des mécanismes d'un type nouveau. Cette section décrira la démarche entourant ce projet en se concentrant d'abord sur sa description, sur les valeurs et les mécanismes de fonctionnement et ensuite sur les réactions de l'acteur syndical. Quelques résultats fragmentaires seront présentés en conclusion.

A l'automne 1991, le Conseil d'administration adopte le rapport de planification stratégique comprenant un portrait de la situation actuelle, une mission redéfinie, des nouvelles valeurs, des grandes orientations et des objectifs à long terme permettant à l'organisation d'atteindre la situation désirée.

Le rapport précise d'abord la mission du CHRDL.

"Le CHRDL dispense des soins et des services généraux et spécialisés de courte et de longue durée, tant en santé physique que mentale, des soins et des services d'hébergement ainsi que des services de réadaptation adaptés aux besoins et aux conditions des diverses clientèles de la région de Lanaudière. Le CHRDL participe activement aux programmes de prévention et accroît l'importance de ses

activités actuelles dans ce domaine". (8)

Le choix des grandes orientations devait permettre au CHRDL de réaliser pleinement sa mission et de corriger les faiblesses identifiées dans les analyses en misant sur le potentiel de l'organisation.

Pour les fins de cette recherche, nous retenons uniquement la première grande orientation puisque c'est d'elle que découle le projet d'entreprise et le processus de changement culturel.

Cette orientation est définie de la façon suivante:

"Conformément à l'énoncé de sa mission, le CHRDL adopte une philosophie de gestion organisationnelle fondée sur le concept de la gestion intégrale de la qualité, concept qui:

. fait du client ultime (le patient) et de ses besoins, l'argument déterminant de tout le processus de mise en disponibilité des services de santé;

. fait du client intermédiaire (le médecin, l'employé, les gestionnaires et les partenaires sociaux) la pierre angulaire de tout le processus de production et d'accès aux services de santé". (9)

(8) Réflexion stratégique, un changement culturel s'impose, CHRDL, mars 1992, p. 48

(9) *ibid*, p. 63

Ce concept de la gestion intégrale de la qualité ou de l'amélioration continue consiste à maximiser la satisfaction des besoins des clients au moindre coût avec la participation active de tous les intervenants.

L'opérationnalisation de ces orientations passe par l'adoption d'une série d'objectifs à long terme dont l'un concerne spécifiquement le programme de développement des ressources humaines. En adoptant cet objectif la direction s'est engagée à prendre les moyens pour redéfinir ses rapports avec les syndicats et également modifier le style de gestion traditionnel en implantant la gestion participative dans toutes les équipes de travail.

Toutes ces orientations et cette nouvelle philosophie de gestion ont été élaborées par la direction après consultation des médecins, celle-ci n'ayant pas jugé bon d'associer les syndicats à la démarche préférant les faire adhérer a posteriori.

4.2.2 La définition du projet

L'adoption du projet d'entreprise (appendice B) avait pour principal objectif de rallier tous les intervenants à un but commun c'est à dire la réalisation de la mission du CHRDL qui s'inscrivait, on l'a vu plus haut, dans le cadre d'un processus de changement culturel.

Le projet a pour but de réaliser la mission c'est à dire de dispenser des soins et des services de santé spécialisés de la plus haute qualité à la population des quatre MRC du Nord de Lanaudière. Ces soins et services doivent répondre aux

attentes et aux besoins de la clientèle et ce au moindre coût (Berlinguet, 1997).

Pour évaluer la réalisation de sa mission, le CHRDL s'engage à mesurer la satisfaction de sa clientèle et à prendre les actions nécessaires pour améliorer la qualité des services.

Dans cette démarche, l'organisation identifie quatre moyens pour atteindre ses buts:

- 1) associer étroitement les partenaires internes et externes ainsi que la clientèle.
- 2) utiliser les ressources financières de la manière la plus pertinente et la plus efficiente en se comparant aux hôpitaux les plus performants.
- 3) s'engager à diminuer les dépenses administratives au profit des investissements cliniques, à gérer les risques et à minimiser les coûts par la prévention.
- 4) élaborer un plan de développement des ressources humaines et des politiques visant à assurer le bien être de chacun au travail. Mobiliser et engager ses membres dans la prise de décision et dans l'action. Confier à chacun un niveau de responsabilité et de pouvoir correspondant à son niveau d'intervention dans l'action concrète.

A ce projet sont associées de nouvelles valeurs de gestion qui guideront tous les intervenants dans l'action.

4.2.3 Des nouvelles valeurs

Ces nouvelles valeurs organisationnelles sont orientées vers le respect et le développement des individus et devront guider tous les rapports avec les bénéficiaires, les collègues de travail, les clients intermédiaires et les partenaires externes. Au nombre de sept, ces valeurs sont définies de la façon suivante:

- . Le respect de la personne humaine:

Le CHRDL préconise le respect des valeurs, des croyances et des caractéristiques personnelles de chacun de ses clients ainsi qu'une adhésion pleine et entière aux droits et libertés de la personne.

- . La promotion de l'autonomie:

Les employés et les cadres jouiront de la plus grande autonomie possible dans les limites des fonctions qu'ils occupent. Ils accepteront de prendre les décisions qui leur reviennent, se porteront garants de leurs actions et communiqueront clairement les résultats.

- . L'esprit d'équipe:

Le CHRDL valorise le développement d'un esprit d'équipe de façon à regrouper les efforts et les forces vers un but commun.

. La confiance

Le CHRDL reconnaît le potentiel de ses ressources humaines et leur vitalité. Les employés, les cadres, les médecins sont les principaux artisans du CHRDL.

La contribution de chacun est essentielle et doit être reconnue.

. La transparence et l'honnêteté:

Le CHRDL croit que la transparence et l'honnêteté sont à l'origine d'un climat de travail sain et productif.

. La volonté de se surpasser:

Le CHRDL favorise et valorise la créativité et les actions novatrices qui permettent d'aller au-delà des besoins du client.

. Le droit à l'erreur:

Au CHRDL, l'erreur est une occasion d'apprendre plutôt qu'une occasion de blâmer. (10)

Ces nouvelles valeurs organisationnelles constituent un élément essentiel du projet d'entreprise. Ainsi, la direction souhaite à la fois améliorer la qualité des services à la clientèle tout en améliorant la qualité de vie au travail du personnel.

(10) *ibid*, p.54-55

Les concepts étant définis abstraitement, il restait à les implanter concrètement dans l'organisation. Ce processus sera réalisé par l'adoption de nouveaux mécanismes de fonctionnement dont les principaux seront décrits dans les pages suivantes.

4.2.4 Vers la création d'une nouvelle culture: l'implantation de nouveaux mécanismes de fonctionnement (1991 -1992)

Cette nouvelle philosophie de gestion impose à la direction de prendre les moyens pour faire circuler toutes les informations pertinentes, d'améliorer les communications, d'assurer aux intervenants leur participation à la prise de décision et de reconnaître leur contribution. En ce sens, elle amorce des actions à l'intention du personnel comme de la clientèle telles que l'élaboration d'un nouveau processus de sélection permettant de s'assurer que le personnel recruté répondra aux nouvelles exigences, la mise en place de programmes visant l'amélioration continue de la qualité (la gestion des plaintes et des risques) ainsi que la conception d'instruments de vérification à l'intention du contribuable.

Cette sous-période est consacrée surtout à l'instauration de mécanismes pour tous les types d'intervenants ou clients impliqués dans le fonctionnement de l'hôpital: le personnel, les médecins, les syndicats, les clients. Ces mécanismes, au nombre de 9, se situent principalement au niveau stratégique. Les autres acteurs interviendront aux autres niveaux du système pendant les périodes subséquentes.

4.2.4.1 La diffusion du projet d'entreprise.

L'adhésion du personnel, des syndicats et des médecins étant devenue essentielle pour réaliser le projet, la direction élabore une stratégie de diffusion. Celle-ci se divise en deux volets, l'un concernant les intervenants de l'interne et l'autre les partenaires externes et la population.

Pour les intervenants internes, la direction amorce la diffusion en organisant une rencontre avec en premier lieu, les gestionnaires. A la fin de la rencontre, les gestionnaires devaient saisir toutes les dimensions du projet puisque ce sont eux qui devaient l'expliquer à leur personnel. Des rencontres au niveau de chacun des quarts de travail ont été tenues pour rejoindre l'ensemble du personnel. Aussi, la direction avait enregistré sur bande vidéo les explications du projet que les gestionnaires pouvaient utiliser lors de ces rencontres. Quant aux syndicats et aux médecins, la direction a tenu des rencontres particulières à leur intention.

En ce qui concerne les partenaires du réseau, les partenaires socio-économiques et la population, des activités publiques ont été réalisées telles qu'une journée porte ouverte avec des kiosques et conférences sur les nouvelles orientations, des conférences de presse et des présentations entre autres au Conseil de développement économique de Lanaudière, à la chambre de commerce de Joliette ainsi qu'à quelques dirigeants des établissements du réseau.

4.2.4.2 La formation d'un comité qualité:

En octobre 1991, un comité qualité formé de gestionnaires

provenant de chacune des directions, du coordonnateur de la qualité et du directeur responsable est créé. Son mandat est d'assurer la réalisation et le suivi des activités d'amélioration de la qualité, la promotion du projet et les activités de formation. Ce comité sera dissout à l'été 1994 suite à des compressions budgétaires. Toutefois cette suppression conjoncturelle cache la raison principale de remplacer ce comité central par l'intégration de la culture qualité dans chacune des directions pour la rendre plus opérationnelle.

En effet, cette structure centralisée était jugée nécessaire pour amorcer les activités d'amélioration de la qualité mais était devenue moins appropriée étant donné la prise en charge de cette responsabilité par les directions.

4.2.4.3 Un plan directeur des communications.

Un plan est conçu à l'intention de publics cibles tels que la population, les bénéficiaires, les partenaires du réseau, le personnel et les médecins pour qu'ils comprennent les changements profonds générés par les orientations stratégiques et les objectifs liés à la gestion intégrale de la qualité, qu'ils soient en mesure d'influencer les actions et qu'ils se responsabilisent par rapport à celles-ci.

Ce plan directeur vise principalement à définir les orientations en matière de communication au CHRDL. Ainsi, des activités seront réalisées à chaque année mais seront définies dans un plan annuel de communication de façon à produire une image cohérente des interventions. Ce plan annuel est élaboré une fois que les priorités organisationnelles sont fixées.

4.2.4.4 Un nouvel organigramme

Au printemps 1992, le CHRDL crée une nouvelle direction nommée Direction de la gestion intégrale de la qualité. Cette direction a entre autres la responsabilité de coordonner l'ensemble des activités reliées à la qualité dans l'organisation. Le directeur est redevable au directeur général et pour signifier l'importance accordée à la gestion de la qualité il occupe dans l'organigramme (figure 4) une position de même niveau que la direction générale adjointe. De plus, un nouveau poste de conseiller responsable de la mise en place et de la coordination des programmes d'amélioration continue de la qualité est aussi créé.

Cet organigramme sera modifié deux ans plus tard en raison des compressions budgétaires. Toutefois les responsabilités liées à la qualité seront confiées à une direction conseil.

4.2.4.5. Embauche d'un directeur des ressources humaines

Au cours de la période 1991-92, la direction embauche un nouveau Directeur des ressources humaines prônant une approche différente de celle adoptée depuis dix ans et orientée vers la gestion en ressources humaines et la concertation patronale-syndicale. Le développement des programmes inspirés de cette approche sera une priorité pour la nouvelle Direction des ressources humaines (figure 5).

4.2.4.6 La création de comités du conseil d'administration

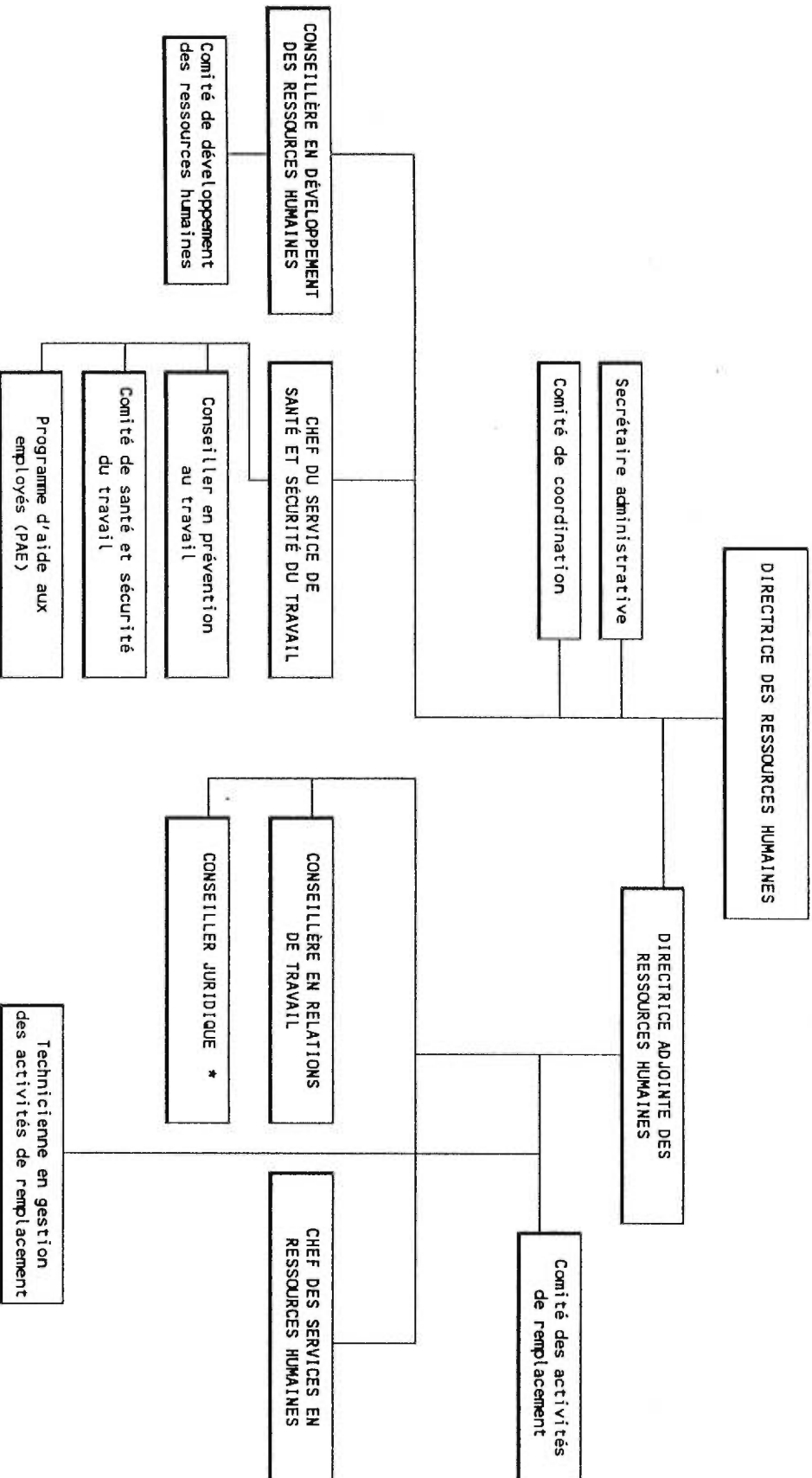
Un règlement du Conseil d'administration du CHRDL institue des comités du conseil autres que ceux prévus à la Loi sur les

FIGURE 5



ORGANIGRAMME
EN VIGUEUR AU 96-04-01

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES



* Transfert effectif en septembre 1996

services de santé et services sociaux. Le mandat de ces comités est clair: il vise à assurer la réalisation et le suivi du projet d'entreprise. Deux comités sont créés et désignés respectivement: le Comité sur l'amélioration continue de la qualité et le Comité sur l'utilisation efficiente des ressources humaines. Le premier a pour principale fonction d'analyser des rapports sur les plaintes, les risques, les incidents et accidents pouvant causer préjudices aux patients ou aux visiteurs. Il prend connaissance des plans d'action et assure les suivis selon une formule qu'il a retenue. Quant au second, il s'acquitte des responsabilités prévues à la Loi sur les services de santé relatifs au personnel et concernant le plan de développement des ressources humaines. Il s'assure avant tout que les unités de travail prennent les moyens pour améliorer la satisfaction des clients par une utilisation efficiente des ressources humaines. Il suit avec intérêt les données concernant l'absentéisme et le temps supplémentaire. Le projet relatif à la gestion participative fait l'objet de discussions et d'un suivi régulier.

4.2.4.7 Un système d'information de gestion.

A partir du moment où le CHRDL confie à chacun de ses membres un niveau de responsabilité et de pouvoir correspondant à son niveau d'intervention et qu'il rend imputable chaque intervenant, la reddition de comptes se fait alors par le suivi des résultats. Des indicateurs significatifs sont développés dans les domaines comme le clinique, les finances et les ressources humaines pour suivre les résultats périodiquement. Les données sont regroupées selon des ensembles plus ou moins grands en fonction des groupes à qui elles sont acheminées. Ainsi, un service reçoit les données de son unité, les

analyse, détecte les écarts positifs ou négatifs et apporte les correctifs qui s'imposent. La direction pour sa part reçoit les données de l'hôpital lui permettant d'orienter ou de justifier ces décisions.

4.2.4.8 Des comités permanents: santé et sécurité du travail et développement des ressources humaines.

Jusqu'en 1991, la direction et les syndicats ne se rencontraient pas, ni formellement, ni informellement. Après 1991, le comité de développement des ressources humaines voit le jour suite à l'adoption par le Conseil d'administration d'une nouvelle politique conforme aux orientations ministérielles. De plus, un comité paritaire en santé et sécurité du travail est créé. Les représentants syndicaux participent maintenant aux décisions concernant la prévention des accidents du travail ainsi que le développement des compétences et des habiletés du personnel. Une concertation patronale-syndicale au sujet des besoins de l'organisation et des attentes des employés commence à prendre forme.

4.2.4.9 Des groupes d'amélioration de la qualité.

Ces groupes sont formés d'intervenants provenant de différents services et travaillent sur des problématiques ou des processus de production concernant plusieurs services tel que le processus de cheminement d'une ordonnance médicale ou le processus de transmission et de traitement des données de la paie. Ces groupes qui se sont réunis à plusieurs reprises sont supprimés. Ils réapparaîtront toutefois sous une nouvelle forme dans le cadre de la gestion participative.

4.2.5 Les réactions des syndicats

Nous avons cherché à comprendre les réactions des syndicats en regard du projet d'entreprise et des grandes orientations. Deux tendances se dégagent: l'une pour les deux principales unités affiliées à la CSN soit celle des employés généraux et celle des infirmières auxiliaires, l'autre pour l'ensemble des autres syndicats.

4.2.5.1. Les syndicats CSN

Rappelons que, pendant la période 1980 à 1990, ces syndicats furent échaudés par le comportement de l'employeur. Ils lui reprochaient surtout la discordance entre le discours et l'action. A certaines occasions, ils sont allés jusqu'à souligner les contradictions de l'acteur patronal. Par exemple, concernant la Loi 160 ils jugent contradictoires la rigidité avec laquelle l'employeur applique la Loi et la grande importance qu'il déclare accorder à la gestion des ressources humaines. Dans ce contexte, les syndicats demeurent sceptiques. Ils observent et attendent des manifestations non seulement tangibles mais durables, en somme une continuité entre le discours et l'action.

Ils se questionnent sur la portée d'une philosophie de gestion orientée vers l'amélioration continue de la qualité dont les actions ont impliqué l'encadrement sans octroi d'argent au niveau des lieux de travail pour aider les équipes.

Toutefois, avec les nouveaux comités ils disposent d'un forum pour transmettre et discuter des priorités et des besoins de leurs membres. Leur participation à ce nouveau mécanisme porte

des fruits puisqu'ils deviennent moins réticents et commencent à collaborer avec l'autre partie. On peut même considérer que le changement produit au niveau de sa perception et de ses attitudes envers l'employeur est l'amorce de l'instauration de la collaboration patronale syndicale.

4.2.5.2. Les autres syndicats

En ce qui concerne ces syndicats, ils ne disposent pas d'informations suffisantes sur le projet pour leur permettre de convaincre leurs membres d'y adhérer. Des clarifications sur les impacts du projet pour les membres auraient été utiles et nécessaires. Dans cette situation, ils adoptent une attitude d'écoute mais ne formulent pas d'opposition au projet.

Les représentants de ces syndicats considèrent qu'à ce jour, ils ont peu de pouvoir et d'écoute pour influencer les choix stratégiques de la direction.

4.2.6 Les premiers résultats

Les premières initiatives patronales commencent à porter fruit. Un des signes les plus évidents est la diminution des critiques publiques contre la direction.

La direction rencontre régulièrement les syndicats pour les informer des priorités de l'organisation et pour leur fournir des informations à caractère financier tel que les suivis budgétaires. Elle démontre une ouverture et une volonté de changer la façon de gérer mais également la qualité des rapports avec les syndicats.

Toutefois, les syndicats ne perçoivent pas encore de changements dans les services. Les activités se déroulent comme auparavant. De plus, les groupes d'amélioration de la qualité ne fournissent pas les résultats attendus et les membres des comités démontrent peu d'enthousiasme.

Les syndicats auraient préféré que le discours se transforme plus rapidement en action dans le quotidien. Nous verrons que ces actions seront amorcées dès le début de la prochaine période.

4.3 Application des orientations stratégiques (1992-1996)

Le début de cette période est marquée par l'adoption d'une nouvelle philosophie de gestion des ressources humaines. Celle-ci annonce un changement clair au niveau des orientations envers les ressources humaines préconisées par la direction.

4.3.1. Une nouvelle philosophie de gestion des ressources humaines.

En effet, en décembre 1992, la direction adopte une nouvelle philosophie de gestion des ressources humaines structurée autour de six principes généraux liés à la participation du personnel. Comme la description suivante des six principes permet de le constater, chaque énoncé est formulé de façon à impliquer l'engagement de la direction et la responsabilité de l'employé instaurant ainsi une philosophie très différente de la précédente dans le centre hospitalier.

- 1) les communications: la circulation des informations est une responsabilité partagée. Les communications ascendantes et descendantes sont directes, honnêtes et basées sur une confiance mutuelle.
- 2) Le développement du personnel: l'organisation en fait une priorité. Le personnel a l'opportunité de se développer en fournissant un travail qui correspond à son potentiel et l'organisation a la préoccupation d'agir sur la qualité de vie au travail.

Des programmes en gestion de ressources humaines sont mis en application pour accentuer l'autonomie professionnelle et pour permettre de développer le sens de l'auto-contrôle c'est-à-dire la capacité d'évaluer ses actions et de les corriger.

- 3) La participation aux décisions: les employés participent à la gestion et à la prise de décision. L'organisation favorise le travail d'équipe et l'employé s'y engage. Chaque membre de l'équipe a droit au respect de ses collègues et les membres développent un sentiment d'appartenance à leur équipe et au CHRDL.
- 4) Une stratégie vers une collaboration inter-services: le personnel contribue au décloisonnement des services en participant à la gestion des processus de travail.
- 5) La performance: l'organisation reconnaît la performance d'un individu et celle des équipes de travail. Le personnel reçoit de la rétroaction sur son travail et l'organisation l'appuie dans la réalisation des

objectifs. Elle tend à promouvoir la contribution de son personnel mais celui-ci en demeure le principal responsable.

- 6) La reconnaissance des efforts: les activités d'amélioration de la qualité sont encouragées et les efforts individuels et collectifs sont reconnus. L'organisation valorise son personnel et celui-ci est fier d'appartenir au CHRDL.

Cette nouvelle approche à l'endroit des ressources humaines vise le développement d'une nouvelle culture qui nécessite fondamentalement une redéfinition du rôle des cadres. En effet, la direction parle plutôt d'encadrement ou de "coaching" que de supervision. Progressivement, le profil de compétence des gestionnaires devra s'apparenter à celui d'un "coach". Des fonctions d'animation de petit et grand groupes, de communication, de formation et de développement des habiletés des équipes, de soutien, de rétroaction et de reconnaissance constitueront l'essentiel de leur rôle. Leur compétence en ressources humaines deviendra alors une exigence à laquelle les gestionnaires du CHRDL ne pourront échapper et l'organisation s'est engagée à les soutenir dans ce changement.

4.3.2. La concrétisation des orientations stratégiques envers les ressources humaines.

Au delà du discours, la Direction des ressources humaines adopte une série de moyens permettant d'actualiser cette nouvelle philosophie.

Pour les fins de cette recherche, nous les avons regroupés en quatre catégories:

- . La décentralisation de la gestion des ressources humaines au niveau des chefs de services;
- . L'application plus souple de certaines dispositions des conventions collectives;
- . L'harmonisation des pratiques internes de gestion à la Direction des ressources humaines;
- . Vers l'élaboration conjointe de politiques de gestion des ressources humaines axées sur la qualité de vie au travail.

Vu l'importance et le caractère innovateur de certains moyens reliés au changement de culture, nous avons choisi de les présenter d'une façon plus détaillée dans les quatre sous-sections suivantes.

4.3.2.1 La décentralisation de la GRH vers les chefs de service.

Au cours de la période précédente, la Direction des ressources humaines avait amorcé la décentralisation de quelques activités de gestion des ressources humaines telles que l'autorisation d'une demande de personnel et l'administration de mesures disciplinaires autrefois centralisées sous sa responsabilité. Avec la concrétisation de cette nouvelle philosophie, cette décentralisation s'accélère et est jumelée à un assouplissement des contrôles de la Direction des

ressources humaines sur les décisions des gestionnaires concernant la gestion de leur personnel. Ainsi, les gestionnaires contrôlent les absences maladie de courte durée, autorisent des congés sans solde de court terme non conventionnés et ont la discrétion pour augmenter le nombre de salariés pouvant prendre leur congé annuel à la période estivale si le remplacement peut être effectué par des étudiants sans nuire à la qualité des services.

Graduellement, d'autres responsabilités sont transférées aux gestionnaires en matière de développement des compétences du personnel et de prévention des accidents du travail.

4.3.2.2. Une application plus souple de certaines dispositions des conventions collectives.

La Direction des ressources humaines consent à assouplir certaines dispositions des conventions collectives en autant que leur application ne génère pas de coûts additionnels pour l'organisation. Deux types de demandes peuvent être accueillis: celles bénéficiant au syndicat et celles bénéficiant directement à l'employé. Les demandes du syndicat portent généralement sur une demande de libération syndicale à la dernière minute, l'ajout d'un officier libéré sans salaire, la production de listes informatisées non conventionnées ou autre demande spéciale. Quant aux demandes des employés, elles concernent principalement une permission d'absence en vertu d'une entente convenue avec les syndicats sur les congés sans solde partiels ou toute autre forme de congés non autorisés à la convention collective.

4.3.2.3 L'harmonisation des pratiques internes de gestion à la Direction des ressources humaines.

En effet, l'adoption d'une nouvelle approche en gestion des ressources humaines amène les intervenants de la Direction des ressources humaines à revoir leurs pratiques internes. Cependant, la coexistence de la nouvelle et de l'ancienne culture crée des tensions entre les tenants de l'une et de l'autre . Tous les membres de la direction déploient des efforts pour que quel que soit l'interlocuteur de la Direction des ressources humaines les réponses aux demandes formulées découlent de la nouvelle culture.

Pendant cette période, la Direction des ressources humaines a également procédé à la reconstitution de son équipe. Pour appuyer son adhésion à la nouvelle philosophie elle a choisi à la surprise générale l'ancien président du syndicat CSN pour occuper le poste de conseiller à la prévention en santé et sécurité du travail. Il est inutile d'ajouter que cette décision eut beaucoup d'écho dans toute l'organisation.

4.3.2.4 Vers l'élaboration conjointe d'une politique de GRH axée sur la qualité de vie au travail.

De nouvelles politiques de GRH visant plus spécifiquement l'amélioration de la qualité de vie au travail sont élaborées et implantées graduellement dans l'organisation. L'élaboration de ces politiques fut l'occasion pour les syndicats de commencer à participer concrètement aux décisions concernant certains aspects de la gestion des ressources humaines. Leur implication n'a cessé d'augmenter à un point tel que nous

allons le montrer dans les pages suivantes, certaines politiques sont implantées au moyen d'un scénario qui s'apparente à la cogestion.

. La mise en place d'un concours annuel des méritas: Ce concours vise à reconnaître de façon particulière et publiquement les équipes qui ont contribué par un projet à l'amélioration de la qualité des soins et services aux patients ou à la qualité de vie au travail ou encore à l'augmentation de la performance. Un comité temporaire formé d'intervenants représentant différents groupes dont les infirmières, les médecins, la population sélectionne les gagnants.

. La politique sur le développement des ressources humaines: Cette politique s'inscrivait à l'origine dans le cadre des dispositions de la Loi sur les services de santé et services sociaux et incluait des mesures favorisant notamment l'accueil et l'intégration des employés, la valorisation, le maintien des compétences et le perfectionnement. Au CHRDL, elle inclut en plus la mise sur pied d'un comité permanent de développement des ressources humaines, lequel comité a d'ailleurs fait l'objet d'une présentation antérieurement. Ce comité siège régulièrement depuis plusieurs années et, au besoin, les membres créent temporairement des sous comités de travail qui discutent et approuvent le contenu de nouveaux programmes tel que le programme d'évaluation du rendement et le guide d'intégration des employés. Enfin, à chaque année, le comité discute de la priorisation des besoins de formation de l'ensemble du personnel et approuve le plan annuel de développement

des ressources humaines.

. La politique concernant la gestion de la santé et sécurité du travail adoptée par le conseil d'administration à la fin de l'année 1994. Cette politique détermine les orientations, les principes et définit les rôles et les responsabilités des intervenants notamment en matière de prévention. Autant l'employeur que les représentants syndicaux et les employés sont appelés à collaborer à l'élimination à la source des dangers et des risques pour la santé et la sécurité du personnel. En plus de contenir des dispositions sur le comité paritaire permanent en santé et sécurité, dont nous avons déjà parlé, cette politique inclut la mise sur pied de comités de prévention au niveau de chaque unité de travail. Les premiers comités ont vu le jour en 1995 dans les unités de soins et leur développement dans l'organisation progresse bien. Enfin, les efforts réalisés en vue d'éliminer les accidents du travail et les coûts afférents sont récompensés par l'achat d'équipement visant à maximiser la sécurité du personnel et des bénéficiaires comme l'achat de lève-patient sur rail.

. La politique sur la prévention du harcèlement en milieu de travail et, plus particulièrement le harcèlement sexuel. Cette politique origine d'une demande du syndicat CSN à laquelle la partie patronale a adhéré. Son contenu n'a pas été élaboré en vase clos, mais par un comité formé temporairement de représentants du personnel et des médecins ainsi que d'une conseillère de la Direction des ressources humaines. Cette politique revêt un caractère novateur en incluant des conciliatrices, sélectionnées en concertation avec des représentants syndicaux. Celles-ci interviennent dans des situa-

tions d'harcèlement. Ce sont aussi ces mêmes personnes qui forment un comité dont le mandat est d'organiser annuellement des activités de prévention et d'information.

. Le programme d'aide aux employés.
Les syndicats souhaitent comme la direction que ce programme soit offert au personnel. Toutefois, ils ne s'entendent pas entre autres sur son rattachement à la Direction des ressources humaines. Un comité tripartite est formé pour convenir non seulement des principes et du fonctionnement du programme mais aussi de son rattachement. Après avoir surmonté des difficultés et vaincu plusieurs réticences, le comité a fait consensus autour à la fois du contenu et du rattachement du programme à la Direction des ressources humaines. Suite à son implantation, un sous comité permanent analyse périodiquement les données portant sur son utilisation et propose à la direction des actions ou des activités de prévention.

S'ajoutent au programme individuel d'aide aux employés des activités de soutien de groupes offertes de façon ponctuelle à des équipes vivant une problématique émotionnelle.

En plus de ces politiques, de nouvelles règles régissant la gestion et l'attribution des remplacements du personnel furent élaborées conjointement avec les représentants des syndicats concernés. Ces discussions ont été longues, puisque comme mentionné au chapitre précédent, les questions concernant la liste de rappel constituaient une source importante d'insatisfaction du personnel.

Essentiellement on peut dire que la nouvelle approche a été structurée autour de la création successive de comités de façon à répondre adéquatement aux besoins et aux attentes du personnel. Nous constatons qu'elle a permis de faire évoluer la culture à un tel point qu'une expérience vécue s'apparente à une forme de co-gestion. C'est ainsi qu'en 1995, au moment de procéder à un redéploiement des ressources humaines dans un contexte de transformations organisationnelles majeures entraînées par le virage ambulatoire dont nous décrirons les principales mesures dans l'une des sections suivantes, la direction s'associe étroitement aux syndicats concernés pour réaliser l'opération avec succès.

La Direction des ressources humaines et les représentants syndicaux des trois syndicats visés soient celui des infirmières, des infirmières auxiliaires et des employés généraux discutent et après avoir fait des concessions de part et d'autre, conviennent d'ententes particulières complétant ainsi la réalisation du mandat à l'intérieur de l'échéancier prévu de deux mois.

Mais, l'élément significatif de cette expérience marquant le changement dans les relations avec les syndicats est le partage de responsabilités normalement dévolues à la Direction des ressources humaines. En effet, seul ou conjointement avec la Direction des ressources humaines ou la Direction des soins infirmiers, les représentants syndicaux ont effectué des tâches afin d'accélérer le processus et de réduire toute forme de contestation. Ils ont en l'occurrence procédé à l'octroi de postes vacants, contribué à l'analyse de l'expérience des dossiers de leurs membres visés par une réaffectation et

participé à la détermination de critères internes d'admissibilité à des incitatifs de départ; enfin, ils ont accompagné tous les salariés visés lors de leur choix de suppléance.

Tout au long de la réalisation de ce mandat, les communications entre les acteurs ont été franches et transparentes et ont permis de régler des situations difficiles. Ce changement dans les communications eut pour effet le plus significatif de minimiser les impacts chez le personnel et d'éviter toute répercussion sur la qualité des soins aux bénéficiaires.

Au terme de cet exercice, plus de trois cents personnes ont changé de poste dans la même journée sans aucune plainte des bénéficiaires et sans baisse des indicateurs de la santé et de la sécurité parvenus à un niveau souhaité depuis peu. La seule note discordante, tout de même compréhensible vu l'ampleur des mutations, fut le dépôt de huit griefs par le syndicat CSN.

Enfin, nous constatons que dans un contexte difficile et exigeant pour tous les intervenants, il a été possible en conjuguant les efforts de la direction et ceux des représentants syndicaux de traverser cette situation sans bouleversement majeur pour l'organisation, les employés et les bénéficiaires. Toute l'opération a été réalisée dans le respect des individus.

4.3.3. Les syndicats s'engagent

Avant l'adoption du projet en 1991, les décisions étaient

prises en vase clos autant par la direction de l'hôpital que celle des ressources humaines. Il arrivait souvent que les syndicats en soient informés de façon indirecte, voire fortuite, dans certains cas. Dans ce contexte, ils ont affiché une attitude de neutralité lorsque fut annoncé le projet d'entreprise.

Devant le caractère assez radical des changements prévus, ils demeurent sceptiques préférant juger des véritables intentions de la partie patronale plutôt par ses actions que par son discours. C'est pourquoi, ils ne s'opposèrent pas à la réforme mais préférèrent rester neutres en réservant leur initiative, d'autant plus que la nouvelle philosophie de gestion élaborée par la DRH ne fût pas diffusée avec une ampleur égale à la grandeur des principes et des valeurs préconisés.

L'attitude des syndicats contribua à pousser la Direction des ressources humaines à faire un examen de conscience et à apporter les correctifs nécessaires à l'implication progressive des principaux intervenants, notamment syndicaux, dans l'application des nouveaux principes au coeur du projet d'entreprise et de la nouvelle philosophie de gestion. On a montré plus haut que cette réflexion de la partie patronale avait porté fruit dès l'année suivante par la création de comités conjoints dont l'un des axes directeurs est de favoriser une participation et une mobilisation élargies pour permettre au nouvel hôpital fusionné de mieux remplir sa mission. La mise en oeuvre de ces nouvelles pratiques entraîna des résultats positifs non seulement pour les bénéficiaires mais aussi pour les salariés. C'est en grande partie ce qui explique qu'à partir de ce moment l'attitude des syndicats à commencer à changer. Devant la concrétisation des

principes contenus dans le projet et les retombées bénéfiques pour les travailleurs, les représentants syndicaux ont progressivement emboîté le pas et oeuvré dans le sens souhaité par la partie patronale.

Les syndicats évoluent lentement vers une concertation patronale-syndicale et commencent à participer réellement en 1995 au niveau stratégique.

4.3.4. Une approche renouvelée au niveau de la relation avec les syndicats.

Cette approche s'articule principalement au niveau des relations patronales-syndicales mais également au niveau stratégique.

Ainsi, à la fin de la période précédente, soit dans les années 1989-90 quelques mesures visant l'amélioration de la qualité des relations patronales-syndicales commençaient à prendre forme tel que des rencontres hebdomadaires pour discuter de problématiques pouvant générer un grief ainsi qu'un processus de demandes syndicales visant à régler, si possible, les problèmes avant le dépôt du grief. Aussi, un processus de conciliation et de médiation avec le syndicat CSN voit le jour mais prend réellement une vitesse de croisière pendant cette période-ci. Les parties démontrent une attitude d'ouverture et une volonté de régler les problèmes du passé. Ce changement d'attitude se reflète autant de part et d'autre; les parties étant conscientes que l'implantation de la gestion participative passe inévitablement par l'amélioration préalable des relations patronales-syndicales. Un climat de confiance entre les syndicats, les employés et l'employeur

constitue un ingrédient essentiel à l'établissement de relations interpersonnelles saines et un préalable à la décentralisation de pouvoirs dans l'organisation.

L'évolution positive survenue dans les relations avec les syndicats s'est répercutée au niveau stratégique. La détermination conjointe de programmes a aussi lieu à ce niveau.

Cependant, pour bien saisir le changement du côté syndical, il faut comprendre le contexte des quelques mois ayant précédé la création du comité de concertation qualité.

Depuis l'adoption du projet d'entreprise, rappelons que le gouvernement a imposé des compressions budgétaires importantes au réseau de la santé et des services sociaux. Bien que le CHRDL démontrait une performance relative pour certains de ses services, il devait à chaque fois, à l'instar des autres établissements de santé présenter un plan de redressement. Ce qu'il fit notamment en 1992 et 1994. Ces deux plans comportaient plusieurs mesures dont des réorganisations administratives, des fusions de services et des fermetures d'unités conséquentes à des modifications dans la façon d'offrir les services à la population.

La manifestation immédiate la plus visible de ces décisions fut l'abolition de plusieurs postes de cadres. En effet, au cours de ces années le CHRDL a aboli près d'une trentaine de postes d'encadrement sur 110 postes approximativement.

Cette issue défavorable trouva dans la réaction des syndicats de salariés la confirmation de l'adage bien connu qu'à quelque

chose malheur est bon. En effet, ceux-ci constatant que les transformations ne visaient pas uniquement leurs membres mais d'autres catégories du personnel et par ricochet l'ensemble de l'organisation augmentent leur confiance envers l'autre partie et deviennent peu à peu eux aussi des promoteurs du projet d'entreprise.

Ces changements concernant la structure hiérarchique ont sans aucun doute contribué à inciter les syndicats à participer à la réalisation du projet et à développer une concertation patronale-syndicale au niveau stratégique. Nous sommes à l'automne 1994 après cette deuxième vague de coupures gouvernementales et la direction propose à l'ensemble des syndicats de créer un comité permanent désigné "Comité de concertation qualité" auquel participeraient un représentant de chaque syndicat et l'équipe de direction. Le principal objectif est de créer un mécanisme permanent de concertation permettant aux représentants des employés (représentants syndicaux) d'influencer, à titre de partenaire, les décisions stratégiques relatives aux orientations présentes et futures de l'organisation. Ce comité a comme principal mandat de contribuer à la mise à jour des grandes orientations des objectifs à long terme et moyen terme ainsi que la détermination des priorités annuelles, d'assurer une représentation directe des syndicats lors de l'élaboration des programmes de nature administrative et organisationnelle et de soutenir les mécanismes de participation mis en place dans l'établissement.

Après des discussions sur la raison d'être et les mandats du comité, les syndicats acceptent de participer mais posent une

condition: les conventions collectives ne pourront faire l'objet d'aucune modification par les équipes de travail. Ils exigent alors un engagement ferme de la direction en ce sens. Le syndicat représentant les employés généraux quant à lui, pousse plus loin ses exigences. Il pose comme condition à sa participation: la transparence des informations et un pouvoir décisionnel équitable. Il demande également de s'intégrer dans chacune des équipes de travail ce que la direction refuse puisqu'il s'agit de la participation du personnel dans leur service.

La direction répond positivement à l'exigence des syndicats concernant les modifications aux conventions collectives et ne formule pas d'objection aux deux conditions de la CSN. Les parties s'entendent alors pour que celles-ci soient discutées au niveau des acteurs de la relation d'emploi et pour qu'ils soient les seuls à pouvoir convenir d'ententes modifiant la convention collective. Le comité est alors officiellement formé.

Le comité permanent de concertation qualité constitue donc un forum qui permet aux syndicats de rencontrer la direction et de transmettre leur opinion sur des questions de niveau stratégique. Les syndicats reconnaissent l'ouverture de la direction mais considèrent que leur pouvoir d'influence est encore limité. Par exemple, dans le cadre des rencontres du comité dont celle portant sur les objectifs à court terme et les priorités, une fois la présentation faite par la direction, les syndicats constatent qu'ils sont incapables de faire modifier une priorité retenue par la direction. C'est uniquement lors des discussions sur les principes et balises de la gestion participative que les syndicats constatent une

réelle ouverture à écouter les propositions syndicales, à les discuter et à les intégrer au texte s'il y a lieu.

La concertation patronale-syndicale a considérablement évolué au sein de l'organisation pendant ces dernières années suite au changement d'attitude des deux parties. Des discussions ouvertes et honnêtes sont maintenant possibles autant au niveau des acteurs de la relation d'emploi qu'au niveau stratégique ce qui prépare bien le terrain à l'intégration de la gestion participative dans les unités de travail.

4.3.5. Le virage ambulatoire.

La période 1990-1996 a commencé avec le projet d'entreprise et elle se termine avec d'importantes décisions concernant ce qu'il est convenu d'appeler le virage ambulatoire.

Au CHRDL, les décisions concernant le virage ambulatoire peuvent se résumer dans les six grandes mesures suivantes. Nous présenterons premièrement les principales mesures appliquées à la courte durée physique suivies des mesures concernant la santé mentale.

En ce qui concerne la courte durée physique, la direction a commencé par structurer ses rapports avec les quatre CLSC de la sous-région nord de Lanaudière. Les représentants de ces organismes ont travaillé ensemble au développement des services externes avant que le CHRDL ferme des lits. L'objectif recherché était que le patient reçoive les soins et services requis à domicile plutôt qu'à l'hôpital et que les intervenants des CLSC assurent une continuité dans le traitement. Notons que le développement de ces services a été

financé pour la majeure partie, par le transfert d'une enveloppe budgétaire du CHRDL aux CLSC.

Une deuxième mesure concerne la gestion des durées de séjour hospitalier. La direction a fixé, de concert avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et quelques médecins, des objectifs de réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier par spécialité médicale. Ces réductions de jours d'hospitalisation ont conduit aussi à la fermeture de quelques lits.

Une troisième mesure vise à accélérer le développement de la chirurgie d'un jour. La direction a donc choisi d'investir au bloc opératoire en allongeant les périodes de temps opératoire et en achetant de nouveaux équipements qui permettraient d'effectuer de façon différente certains types de chirurgie et de diminuer notamment la période de recouvrement de la santé chez les patients. A cette mesure est associée la gestion préopératoire des cas pour diminuer les délais entre le moment de l'hospitalisation et la chirurgie elle-même. L'enseignement et les examens requis sont donc effectués, autant que possible avant l'hospitalisation.

Enfin, une quatrième mesure concerne le développement de la médecine de jour tel qu'un centre pour les diabétiques et la clinique de pré-dyalise. Dans le premier cas, la direction a développé des services externes dans l'hôpital et les patients reçoivent leurs traitements le jour sans être hospitalisés comme auparavant. Le deuxième exemple consiste en la mise en place de nouveaux services visant à ralentir la progression de la maladie.

A ces mesures s'ajoute une gestion très serrée de la salle d'urgence pour respecter les normes du GTI (11). La direction prend les moyens pour limiter le nombre de patients couchés sur civière ainsi que la durée à moins de 24 heures. La réalisation de cet objectif était intimement liée à la gestion des lits de l'hôpital puisque la direction devait disposer de lits vacants pour hospitaliser lorsque la santé du patient le requérait.

Concernant la santé mentale, la principale mesure concerne le développement des hôpitaux de jour. Les patients sont traités à l'hôpital le jour et quittent pour leur domicile ou pour demeurer dans une résidence à proximité de l'hôpital si leur domicile est trop éloigné. Leur hospitalisation n'est alors plus requise.

Comme en santé physique, le département de la psychiatrie a aussi travaillé avec les psychiatres pour diminuer la durée des hospitalisations en santé mentale.

Toutes ces mesures ont entraîné la fermeture de lits en santé physique et en santé mentale, ce qui a permis à la direction de gérer une partie des compressions budgétaires exigées par le gouvernement et de développer de nouveaux services dans la région Lanaudière en dehors des murs de l'Hôpital.

(11) GTI: Groupe tactique d'intervention dans les salles d'urgence. Groupe de personnes désignées par le ministre de la santé et des services sociaux pour visiter les salles d'urgences du Québec évaluer le fonctionnement et formuler des recommandations en vue de l'améliorer pour atteindre les normes provinciales.

Cette transformation du réseau socio-sanitaire a contribué à mettre en place un réseau de services continus entre l'hôpital et les CLSC. Cependant, comme nous l'avons vu, elle a eu des répercussions importantes chez le personnel puisque plusieurs salariés ont perdu leur poste.

4.3.6 Les résultats

Cette période a produit des résultats à deux niveaux du système des relations industrielles: 1) au niveau stratégique et 2) au niveau de la relation d'emploi.

- 1) La direction s'est ouverte aux syndicats et les syndicats évoluent rapidement vers un partenariat. Un climat de confiance commence à s'installer mais il demeure encore fragile. La cohérence entre le discours et l'action est de mise. Les problèmes se règlent à l'intérieur du CHRDL et, non plus sur la place publique.

- 2) Les relations de travail sont devenues plus saines, moins judiciairisées et moins conflictuelles. Les parties recherchent des solutions aux problèmes actuels du personnel tout en réglant les dossiers du passé. Elles cherchent des solutions adaptées à l'employé, à son bien-être mais à l'intérieur des limites de l'organisation. Un climat de confiance s'installe aussi à ce niveau. Enfin, nous notons une diminution de plus de 50% du nombre de griefs déposés à la fin de cette période comparativement à la période précédente. En effet, ce ne sont plus quatre cents mais plutôt deux cents griefs qui sont déposés annuellement.

Pendant cette période, les parties ont travaillé conjointement à réaliser un projet de réorganisation majeure et à mettre en place des nouvelles pratiques de gestion, lesquelles ont sûrement contribué à faire évoluer positivement la relation entre les deux parties.

4.3.7 Conclusion

Cette période a été principalement consacrée à la mise en place de mécanismes au niveau stratégique, à l'introduction de nouvelles pratiques de gestion de ressources humaines et à l'instauration d'une collaboration patronale-syndicale en vue d'actualiser le projet d'entreprise et de préparer le terrain à l'expérimentation de la gestion participative.

Comme nous l'avons mentionné l'introduction de ces changements a produit des résultats positifs au niveau stratégique ainsi qu'à celui de la relation d'emploi nonobstant le contexte de compressions budgétaires et de transformations majeures du réseau de la santé.

Il faut toutefois retenir que pour atteindre ces résultats positifs au niveau de la relation d'emploi, les parties ont investi temps et efforts pour modifier le caractère de la relation patronale-syndicale. Cette évolution positive a produit des résultats favorables à l'organisation mais également bénéfiques pour le personnel.

Malgré les améliorations apportées au niveau des pratiques de gestion des ressources humaines, les employés sont de plus en plus nombreux à déplorer que les changements dans leur milieu de travail et au quotidien tardent à venir.

Comme nous allons le montrer dans le prochain chapitre, c'est au cours de la période suivante que leurs attentes seront satisfaites.

CHAPITRE V

LES ANNEES 1996-1997: LES PREMIERES TRANSFORMATIONS DU MILIEU DE TRAVAIL.

La décision stratégique de la direction d'adopter une nouvelle approche de gestion a des répercussions importantes jusqu'au niveau du milieu de travail. Nous avons vu dans le chapitre IV comment la nouvelle philosophie de gestion des ressources humaines visait la transformation du rôle des gestionnaires dans l'ensemble de l'organisation. Nous montrerons dans les sections suivantes que le changement amorcé se répercute jusqu'au niveau des milieux de travail par l'implantation d'une nouvelle forme d'organisation du travail dont l'un des effets fut d'étendre davantage la mobilisation et d'accélérer ainsi la diffusion de la culture de participation.

Cette intervention au niveau où le travail est réalisé est l'aboutissement des changements obtenus depuis le lancement du projet d'entreprise et de la nouvelle philosophie de gestion des ressources humaines au début de la décennie. L'un de ces changements, essentiel à la poursuite de la stratégie originale, fut de gagner progressivement la confiance de l'acteur syndical et de l'associer de façon active à la réforme projetée. Cette évolution rendit possible de donner à partir de 1996, une nouvelle impulsion au mouvement en faisant du milieu de travail, regroupant le chef de service et ses salariés, le champ privilégié des interventions. Cette décision avait fondamentalement pour objectif ultime d'implanter des groupes semi-autonomes dans les différents services. Comme cette cible est exigeante, la démarche fut, comme nous le verrons bientôt, scindée en deux volets. L'un

fut l'élaboration d'un plan d'orientation définissant les grands principes du projet et l'autre la réalisation d'un certain nombre d'expériences pilotes pour mieux contrôler les transformations profondes qu'on souhaitait idéalement généraliser à l'ensemble de l'hôpital.

5.1 Un choix stratégique: le document d'orientation sur la gestion participative.

Pour lancer le mouvement au niveau du milieu de travail, un document d'orientation (appendice D) est élaboré en 1996. Il est important de faire ressortir ici que l'élaboration de ce document est le résultat d'un processus reposant sur une valeur dont on cherche à assurer la diffusion dans l'organisation. En effet c'est par consensus entre la direction, les syndicats et les gestionnaires que furent proposés à l'ensemble des membres de l'organisation un certain nombre de principes qui allaient guider les expériences pilotes dans un premier temps et leur extension dans le reste de l'hôpital dans un second temps.

5.1.1. Les objectifs et les principes de la gestion participative.

Au CHRDL, la gestion participative s'inscrit dans la philosophie de gestion de l'amélioration continue de la qualité faisant de tout intervenant la pierre angulaire du processus de production et d'accès aux soins et services de santé. Elle est présentée comme le moyen par excellence pour actualiser les valeurs mises de l'avant quelques années auparavant et principalement parmi elles la confiance, l'autonomie des personnes et l'esprit d'équipe. On peut aussi faire

référence à la période précédente et plus précisément au projet d'entreprise au niveau des objectifs. En effet le document d'orientation précise que la gestion participative a pour objectifs de:

- 1) décentraliser le pouvoir décisionnel;
- 2) améliorer la qualité des soins et des services;
- 3) favoriser la satisfaction des besoins des patients au meilleur coût;
- 4) améliorer la productivité;
- 5) améliorer la qualité de vie au travail.

Or ces cinq objectifs sont le prolongement adapté à une forme concrète de réalisation, des trois objectifs poursuivis depuis l'élaboration en 1991 du projet d'entreprise, soit satisfaire les besoins du client, au moindre coût, en faisant participer le personnel.

Pour atteindre les cinq objectifs spécifiques, le document d'orientation définit d'abord la gestion participative et identifie ensuite 5 principes devant guider les interventions au niveau du milieu de travail.

La gestion participative c'est:

"Un mode de gestion qui permet aux intervenants de participer à la prise de décision concernant le fonctionnement et l'organisation de leur unité de travail (organisation du travail) et ce à l'intérieur des ressources disponibles et dans le respect du rôle des représentants syndicaux tel que défini dans les conventions collectives".

Cette définition précise donc la nature de la fonction des intervenants qui consistera dorénavant à s'impliquer davantage sur le plan décisionnel dans toute question concernant le fonctionnement et l'organisation du travail de leur service. Elle limite toutefois l'exercice de cette fonction à deux conditions très claires: que soient respectés les ressources (matérielles, humaines et financières) actuelles et le rôle des représentants syndicaux. En d'autres mots, l'introduction du changement devra se faire dans le contexte de la stabilité des ressources sur le plan organisationnel et du maintien des droits acquis, reconnus par la convention collective, sur le plan institutionnel.

Ce renouvellement du milieu de travail sera obtenu en adoptant les cinq grands principes suivants:

- 1) Instaurer une information de qualité et une communication continue;
- 2) Développer parallèlement à l'expérimentation pilote une mentalité participative dans l'organisation tant verticalement qu'horizontalement et tenir compte des liens avec les autres unités;
 - . pour toute décision ayant un impact sur la qualité des services ou sur la qualité de vie au travail, développer la préoccupation de faire participer les intervenants;
 - . pour toute décision ayant un impact sur la qualité des services ou sur la qualité de vie au travail, favoriser la concertation entre les directions et

les groupes d'intérêt concernés;

- 3) Développer une approche participative à tous les niveaux hiérarchiques;
 - . de la direction générale aux directeurs;
 - . des directeurs aux chefs de service;
 - . des chefs de service aux employés;
- 4) Miser sur une implantation progressive dans les unités pilotes pour procéder à long terme à la création d'équipes semi-autonomes. Cette approche préconise la responsabilisation des équipes tout en tenant compte de leurs liens avec les autres équipes avec lesquelles elles sont en relation.
- 5) Subordonner la gestion participative à la mission de l'organisation.

La gestion participative vise à responsabiliser le personnel. Toutefois cet objectif ne peut être atteint que progressivement par l'application d'une démarche à étapes multiples dont chacune contribue successivement à se rapprocher de plus en plus du résultat recherché. Cette évolution, précise le document devra se faire:

- a) en fonction de la maturité des équipes;
- b) en nécessitant, à l'occasion, des réaménagements de tâches, des modifications des systèmes de décision ou des révisions de rôles et de responsabilités;

- c) en respectant la structure hiérarchique et les conventions collectives;

Ces principes visent à la fois l'ensemble de l'organisation et les expériences pilotes projetées pour faciliter et mieux contrôler l'implantation du changement. Comme la démarche est progressive, et que l'évolution des expériences dans quelques services risque d'avoir une influence déterminante sur la diffusion éventuelle de la réforme dans le reste de l'organisation, le document d'orientation précise, dans un second volet, les modalités du fonctionnement des unités pilotes sur des bases nouvelles.

5.1.2. L'objectif des expériences-pilotes.

La décision d'implanter le renouveau dans quelques services avant de le généraliser vise essentiellement deux principaux objectifs. Le premier concerne la nature du changement lui-même. Le CHRDL, chef de file du changement organisationnel dans son secteur, est pratiquement en terrain méconnu. Il est le premier à tenter une réforme de cette envergure et à essayer de transformer assez radicalement le fonctionnement du milieu de travail. Comme il n'a à peu près pas de points de référence, il n'a d'autre choix que de miser sur l'action pour connaître par l'expérience ce que représente concrètement l'introduction du changement. En d'autres mots, l'expérimentation permettra de mieux connaître les caractéristiques du processus consistant à responsabiliser un groupe d'une trentaine de personnes fonctionnant antérieurement de façon traditionnelle sous l'autorité d'un chef de service. Le deuxième objectif est organisationnel et relié à la généralisation. En effet, l'expérimentation produira des résultats

dont l'évaluation permettra de mieux contrôler la diffusion éventuelle de la réforme dans le reste de l'organisation. Une meilleure connaissance du processus d'implantation graduelle du changement dans quelques services facilitera son extension éventuelle en identifiant les points forts et les points faibles ainsi que les aspects nécessitant une plus grande attention. Dans le contexte où l'hôpital est le premier à innover dans son secteur, les parties comprennent qu'un meilleur contrôle du processus est indispensable d'autant plus que le but ultime poursuivi de transformer les groupes de travail en équipes semi-autonomes représente un fossé assez large à franchir par rapport à la situation actuelle. Une fois ces deux objectifs définis, les modalités de l'expérimentation peuvent être précisées.

5.1.3. Les modalités de l'expérimentation.

Comme à cette étape, le lieu de la réalisation du travail est considéré comme le champ d'action privilégié pour introduire la gestion participative, des modalités plutôt largement définies sont imposées pour faire de ces expériences dans un petit nombre de services une grande réussite qui risquait d'avoir un impact considérable sur le fonctionnement futur de l'organisation. Les modalités concernent les équipes elles-mêmes et le cadre immédiat dans lequel elles sont appelées à évoluer.

Au niveau des équipes, la démarche repose sur une forte délégation envers les salariés des responsabilités assumées antérieurement par le chef de service. Ainsi ce dernier conservera le contrôle de la qualité des activités cliniques, la planification des ressources, et la discipline mais

déléguera à ses subalternes les responsabilités reliées à l'organisation du travail, le processus de travail et le climat de travail. Les membres des équipes appelés à fonctionner à partir de principes nouveaux sont incités à identifier des opportunités d'amélioration, à soumettre des idées et à proposer des solutions. De son côté, le chef de service devra transformer son rôle et devenir l'animateur et le stimulateur de son équipe. Pour permettre aux membres d'évoluer vers la responsabilisation, il devra leur fournir l'information pertinente et les aider dans la recherche d'une solution.

En ce qui concerne la prise de décision dans les domaines confiés dorénavant aux équipes, le principe avancé est la prise de décision collective dont il appartiendra aux membres et à leur chef de fixer la modalité à la condition expresse qu'il suscite l'adhésion du chef de service et au moins d'une majorité des membres de l'équipe. Le consensus est privilégié parce qu'il favorise l'expression, valorise la qualité des arguments et permet l'enrichissement des idées.

Dans leur évolution vers la responsabilisation, les équipes expérimentales profiteront d'un encadrement support faisant intervenir le comité directeur et quelques cadres supérieurs. Le comité directeur est le grand responsable de l'opération et est chargé de piloter non seulement l'expérimentation mais aussi la généralisation éventuelle. Il doit d'abord veiller au processus d'implantation en soutenant les initiatives et en faisant tout ce qui est possible pour assurer le fonctionnement des équipes conformément aux principes recherchés. Au terme d'un délai pré-établi d'expérimentation, il devra ensuite évaluer les retombées de la nouvelle approche

testée au sein des unités pilotes et proposer les corrections nécessaires avant de la diffuser ailleurs dans l'organisation. Il est prévu que durant la phase d'évaluation, les syndicats agiront comme partenaires et joindront leurs efforts à ceux du comité directeur pour présenter un bilan commun des services fonctionnant à partir des principes nouveaux.

Cette fonction générale de pilotage exercée par le comité directeur est complétée par celle plus opérationnelle de trois principaux niveaux de direction. L'un est le Directeur général qui doit assurer le leadership du projet, l'autre est celui des directeurs de chacune des directions visées par l'expérimentation, présenté comme la personne-clé du processus sur le plan opérationnel. Chacun chapeaute en quelque sorte une direction asymétrique à l'intérieur de laquelle des services fonctionnent de façon traditionnelle et un ou deux autres de façon nouvelle. Ce qui exige de la souplesse et un certain doigté du point de vue de la gestion sans compter que les équipes expérimentales feront apparaître des rôles nouveaux qu'il faudra assumer. C'est notamment le cas en ce qui concerne la prise de décision. Dans l'éventualité où le chef de service et la majorité des membres d'une équipe différent quant à une décision, il reviendra au comité de direction présidé par le directeur, de trancher pour conférer un peu plus de neutralité au résultat et faciliter son application par l'équipe dans de telles circonstances.

5.2. L'expérimentation au niveau des unités de travail.

Une fois les modalités identifiées, il ne restait plus qu'à choisir les unités où allait se dérouler l'expérimentation. C'est pourquoi au début de l'année 1996 un appel fut lancé à

la grandeur de l'hôpital pour solliciter la participation volontaire des services à l'expérimentation des nouveaux principes de fonctionnement. Cette démarche connut un certain succès puisque 7 services se montrèrent disposés à être les précurseurs du renouveau dans l'organisation. Pour exercer un meilleur contrôle sur l'évolution du processus de changement et offrir le meilleur encadrement possible, seuls quatre services furent choisis sur la base du secteur d'activités, de la qualité du soutien que pouvait exercer la Direction des ressources humaines et les dispositions à fonctionner sur une base plus collective. L'opération connut son aboutissement en mai 1996 avec le lancement officiel de la phase expérimentale qui allait s'échelonner sur une année, soit jusqu'en juin 1997.

Les quatre équipes retenues pour l'expérimentation sont l'unité de soins 7A (unité de médecine et de cardiologie), le département de la pharmacie, l'unité de soins au 3ième Centre St-Eusèbe (unité d'hébergement et de soins longue durée) et le service du Tremplin (centre de désintoxication et de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie).

Conformément au modèle retenu dans le cadre de cette recherche, le niveau du milieu de travail comprend trois aspects que nous décrirons successivement pour chacune des unités afin de comprendre les changements introduits. Ces trois aspects sont:

- 1) L'organisation du travail et les règles;
- 2) le style de supervision et la motivation;
- 3) la gestion des conflits;

Toutefois, pour bien saisir la situation particulière prévalant dans chaque unité au sujet de la gestion des conflits, il faut d'abord présenter le fonctionnement typique des relations patronales-syndicales dans un hôpital.

En effet, au Québec, les conventions collectives des employés des secteurs public et parapublic sont négociées au niveau provincial. Dans les hôpitaux, leur interprétation est centralisée au niveau de la Direction de ressources humaines et des exécutifs syndicaux; ce sont ces derniers qui déposent et discutent du règlement des griefs ou qui déterminent une condition de travail particulière. Les délégués de département n'ont aucun pouvoir à ce sujet. Leur rôle est plutôt axé sur l'information des salariés.

Au niveau du milieu de travail, il y a peu de participation dans la gestion des conflits, tout est centralisé au niveau de la relation d'emploi autant du côté patronal que syndical. Cette caractéristique institutionnelle des relations patronales-syndicales dans les centres hospitaliers a pour principale conséquence de structurer notre présentation autour des changements survenus dans l'organisation du travail et à l'égard du style de supervision.

Nous présenterons les résultats obtenus pour chacune des quatre unités de travail en terme qualitatif comme la qualité des communications, le travail d'équipe, la qualité de vie au travail et le style de supervision ainsi qu'en terme quantitatif soit des données sur la productivité de l'unité.

5.2.1. La phase d'expérimentation et son évaluation

5.2.1.1. La démarche suivie dans chacune des quatre unités.

La démarche suivie par les équipes consiste essentiellement à participer à deux activités de formation dont l'une tenue avant le démarrage du projet vise à sensibiliser les membres à la gestion participative et l'autre se déroulant quelques mois plus tard porte sur le travail en équipe.

Le premier atelier débute par une communication du directeur qui annonce son engagement à procéder au changement de style de gestion dans sa direction. Au cours de cette activité, les membres discutent notamment des irritants et des problèmes opérationnels à solutionner à court terme et identifient des moyens pour les corriger, lesquels seront mis en place pendant la phase d'expérimentation.

La deuxième activité de formation porte sur le travail en équipe et vise à créer une plus grande collaboration et entraide entre les membres de l'équipe par une meilleure connaissance des co-équipiers.

De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, les équipes bénéficieront d'un encadrement technique et d'un soutien professionnel adapté à leur équipe, afin de les aider à progresser vers des équipes semi-autonomes. Celui-ci est offert par la Direction des ressources humaines.

5.2.1.2. L'unité 7 A. Unité de soins de courte durée
physique

DESCRIPTION DE L'UNITE.

=====

L'unité 7A est une unité de soins de courte durée physique de quarante-huit lits qui regroupe des patients de médecine ayant des problématiques liées à la cardiologie et l'hémato-oncologie.

Dans cette unité, cinquante-quatre employés sont titulaires d'un poste à temps complet ou à temps partiel. La structure de postes comprend: 1 chef de service, 5 assistantes-infirmières chef, 1 chef d'équipe infirmière, 30 infirmières, 8 infirmières-auxiliaires, 8 préposés aux bénéficiaires et 1 secrétaire. Cette équipe est répartie sur les trois quarts de travail. Toutefois, le nombre de présences par quart de travail et par catégorie d'emploi varie en fonction du niveau de soins requis par les patients. Mentionnons qu'en début d'expérimentation, la réorganisation ne visait pas l'équipe médicale.

Il faut retenir également que trois syndicats représentent l'ensemble de ce personnel. Il s'agit du syndicat des infirmières, du syndicat des infirmières-auxiliaires et, de celui des employés généraux affilié à la CSN.

Cette unité où le travail est très intensif fonctionne vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine sans aucun arrêt de services.

Ces données décrivent les principales caractéristiques de l'unité où se déroule l'expérimentation de la gestion participative. Comme nous l'avons mentionné précédemment nous décrirons successivement les changements introduits pour les deux aspects du modèle et nous présenterons les résultats globaux obtenus.

ORGANISATION DU TRAVAIL

=====

Sous cet aspect, nous expliquerons premièrement l'organisation du travail proprement dite de l'équipe, et en second lieu, les six principaux irritants et les quatre moyens que les membres ont identifiés et sur lesquels ils ont travaillé pendant l'expérimentation.

Pour les fins de cette recherche, nous nous attarderons plus particulièrement à l'organisation du travail de jour puisque c'est pendant cette période que nous retrouvons la plus grande concentration d'activités.

Quatre équipes se répartissent les 48 patients. Chaque petite équipe de deux personnes (une infirmière et une infirmière-auxiliaire) donne des soins à douze patients. Dans la pratique, l'infirmière en a quatre sous sa responsabilité et supervise l'infirmière-auxiliaire pour les huit autres patients dont cette dernière à la charge. Cependant, l'infirmière dispense l'enseignement et exécute certaines tâches à l'ensemble des douze patients. Quant aux deux préposés ils collaborent avec les quatre équipes. Egalement, nous retrouvons au poste une infirmière pour s'occuper notamment des rapports avec les médecins et la pharmacie ainsi qu'une secrétaire.

Les quatre équipes font une rotation des chambres à chaque mois. Par ailleurs, l'infirmière et l'infirmière-auxiliaire changent aussi de collègues de travail mais pas simultanément pour ne pas affecter la continuité des soins. Mentionnons que le principe de la rotation existe également sur les quarts de soir et de nuit.

A partir des informations colligées lors de l'atelier de sensibilisation, nous avons relevé les six principaux irritants suivants:

- . au niveau des communications, les membres se plaignent d'un manque d'information et réclament une meilleure transmission des informations entre les quarts de travail pour assurer une meilleure continuité de soins.
- . un problème d'organisation lié au travail des médecins notamment en regard des visites médicales en soirée et des admissions en fin de journée.
- . un problème de répartition des tâches entre les quarts de travail notamment entre le quart de nuit et celui de jour et entre le quart de jour et celui de soir.
- . ils déplorent le peu d'esprit d'équipe. Les membres ne sont pas sensibilisés au travail effectué par les autres catégories d'emploi principalement les préposés aux bénéficiaires à l'égard des infirmières. Chacun travaille pour soi et on parle de responsabilité individuelle plutôt que collective.

- . le personnel se plaint d'une surcharge de travail principalement liée à l'alourdissement de la clientèle.
- . des difficultés à communiquer avec les autres services notamment avec la pharmacie mais également avec les médecins qui interviennent sur l'unité.

Préalablement à l'identification des moyens retenus, notons que certains des irritants ne pourront être solutionnés dans le cadre de la gestion participative puisqu'il s'agit d'une expérimentation pilote et, par conséquent limitée à quelques unités.

Nonobstant, ce qui précède, pour améliorer les communications l'équipe retient trois moyens:

- . le cahier des communications.
- . les réunions de personnel par quart de travail animées par l'assistante-infirmière chef en vue d'améliorer les interactions au jour le jour.
- . une rencontre hebdomadaire à laquelle participent le gestionnaire et les assistantes-infirmières de jour - soir - nuit. L'assistante fait alors le lien avec son équipe.

En ce qui concerne les irritants portant sur la répartition des tâches, la surcharge de travail enfin tout ce qui touche à l'organisation du travail et aux modes de fonctionnement (incluant le travail des médecins), l'équipe forme un groupe de travail sur la révision des pratiques professionnelles. Le

mandat inclut entre autres choses la révision et une redéfinition des tâches de toutes les catégories d'emploi, la répartition des tâches entre les quarts de travail, la révision du mode de distribution des médicaments et quelques outils de travail tels que le kardex, la grille d'évaluation des DRS (douleur rétro-sternale), les notes d'observation au dossier du patient.

Etant donné leur ampleur les travaux à réaliser par le groupe de travail se sont prolongés au-delà de l'expérience pilote. Toutefois, au terme de l'expérimentation, les changements suivants avaient été introduits:

- . des activités auparavant effectuées par le personnel de nuit sont maintenant effectuées de jour tels les examens de laboratoire du matin et les ponctions. L'enseignement se fait généralement le jour mais les suivis se font maintenant le soir et les admissions de patients s'effectuent la nuit.

- . en ce qui concerne la répartition des tâches, l'équipe a procédé à une nouvelle répartition en confiant à chaque catégorie d'emploi le maximum de responsabilités et d'autonomie sur son travail tout en respectant les limites fixées par les conventions collectives ainsi que la réglementation sur la délégation des actes professionnels. Des responsabilités, autrefois partagées entre tous les membres de l'équipe ont été confiées à une seule catégorie d'emploi accordant ainsi un meilleur contrôle sur le travail. Cet exercice a aussi été l'occasion de revoir les tâches de la secrétaire médicale pour dégager l'infirmière affectée au poste central de l'unité.

De plus, considérant le volume d'activités à réaliser à la fin du quart de jour, l'équipe a proposé que la secrétaire travaille de 12 heures à 20 heures plutôt que 8 heures à 16 heures pour dégager aussi le personnel de soir. Notons qu'après un essai de plus de six mois, au-delà de l'expérimentation, l'équipe a documenté un dossier pour demander l'ajout d'une ressource puisque malgré le changement le service était incapable de répondre à la demande. Cette ressource supplémentaire fut finalement autorisée par la direction.

- . la révision du mode de distribution des médicaments puisqu'avec le mode actuel, il en manque souvent. L'équipe a alors convenu de décentraliser le chariot de telle sorte que dorénavant chaque infirmière visitera ses patients avec un petit chariot qui ne comprendra que ce dont elle a besoin.

Comme mentionné préalablement, les travaux du comité se sont poursuivis et, à ce jour, les changements introduits sont beaucoup plus nombreux que ceux énoncés dans cette recherche.

STYLE DE SUPERVISION ET MOTIVATION =====

Le deuxième aspect du modèle réfère au style de supervision, le comportement et la motivation. En ce qui concerne cet aspect, nous avons dénombré les six principaux irritants suivants identifiés par l'équipe:

- . le processus de consultation n'implique pas tout le personnel de l'unité, ni des personnes mandatées par

l'équipe. Le chef cible les personnes qu'elle consulte. Or les membres notent que ce sont souvent les mêmes personnes. Une fois la consultation réalisée, le chef règle seul les problèmes.

- . la perception est à l'effet que les décisions sont imposées à tous les niveaux (chef de service, directeurs, organisation) par le niveau supérieur.
- . la circulation des informations est informelle et par conséquent ne rejoint pas tous les membres.
- . le personnel éprouve des difficultés à communiquer à la bonne personne, au bon moment, le bon message et les reproches montent en escalade; en conséquence, les membres sont sur la défensive et ce surtout en situation de surcharge de travail.
- . des difficultés au niveau des relations interpersonnelles entre les employés font en sorte qu'ils passent par le chef pour régler leur problème.
- . la démotivation de plusieurs membres de l'équipe provoque une démotivation de l'ensemble de l'équipe.

Quant aux moyens retenus par l'équipe, nous avons relevé les principaux ayant contribué à l'atteinte des résultats soient:

- . l'adoption d'une formule de participation par groupe de travail, représentatif de toutes les catégories d'emploi. La sélection des membres se fait par l'équipe lesquels sont mandatés par cette dernière. Ainsi, lorsqu'un

problème est soumis, le groupe déblaye les idées et en discute. Ils consultent l'équipe et reviennent en groupe pour décider. Le mode de prise de décision retenu est le ralliement. Un exemple concret réalisé par cette équipe consiste en la mise sur pied du comité de révision des pratiques professionnelles.

la formation sur le travail en équipe a été le moyen privilégié pour solutionner le problème lié aux difficultés à communiquer et aux relations interpersonnelles.

pour la question concernant la circulation des informations, nous avons identifié trois mécanismes de communication que nous avons décrits préalablement sous l'aspect de l'organisation du travail.

LES RESULTATS

=====

En mai 1997, alors que se terminait l'expérimentation pilote dans cette unité, l'équipe et le gestionnaire ont procédé à une évaluation. Nous avons donc tiré de cette évaluation les principaux résultats obtenus et examiné les impacts des changements introduits sur la performance de l'unité.

Les résultats recueillis auprès du personnel et du gestionnaire sont d'ordre qualitatif. Ainsi, ils notent une amélioration importante au niveau des communications entre les quarts de travail, moins de cloisonnement et le développement d'un esprit d'équipe sur 24 heures. Les communications interpersonnelles se sont aussi améliorées; les membres sont

capables de se parler franchement. Quant à la participation au processus de prise de décision, ils estiment avoir l'opportunité d'exprimer leur opinion et, d'être considérés lors de la prise de décision. Egalement, les membres rapportent avoir développé le goût d'identifier des problèmes mais surtout avoir développé un intérêt à rechercher des solutions.

Nous désirons signaler quelques résultats particulièrement intéressants dans le cadre d'une démarche d'implantation de la gestion participative. En effet, les membres mentionnent que le travail s'effectue plus en équipe ce qui eut pour conséquence de libérer les infirmières de certaines tâches et de leur permettre de dispenser de l'enseignement aux patients. De plus, ils constatent qu'il y a plus d'entraide entre collègues. En effet, lorsque l'état d'un patient se détériore, le personnel est capable de se répartir les tâches différemment, et d'aider leurs collègues. Ils estiment avoir plus d'autonomie et de contrôle sur leur travail.

Globalement, le climat de travail et la qualité de vie au travail se sont grandement améliorés malgré le contexte difficile de transformation du réseau de la santé qui a un impact majeur sur la lourdeur de la clientèle et l'intensité des soins.

Du point de vue du gestionnaire, la responsable a modifié son style de supervision et développé de nouvelles habiletés telles que l'animation de rencontres régulières, la circulation plus formelle de l'information et des attitudes nouvelles. Aussi, elle réussit à partager la responsabilité de trouver des solutions aux problèmes alors qu'avant elle

avait tendance à se donner comme objectif de régler tous les problèmes.

Quant aux résultats d'ordre quantitatif, nous pouvons affirmer que la performance de l'unité s'est améliorée pendant l'année 1996 - 1997, passant de 4.23 heures travaillées par jour-présence(12) en 1995-1996 à 4.03 heures en 1996-1997. N'eut été de l'alourdissement de la clientèle, l'augmentation de la performance aurait été encore plus significative pendant cette période. Cependant, en 1997-1998, la direction a dû autoriser l'ajout de 1,800 heures travaillées pour répondre à la demande croissante de soins et à la complexité des cas traités ce qui nous limite dans nos commentaires sur la performance de l'année 1997-98 par rapport à celle de l'année précédente.

5.2.1.3 La pharmacie

DESCRIPTION DE L'UNITE

=====

La pharmacie est un département qui relève administrativement de la direction des services professionnelles et hospitaliers et qui du point de vue clinique doit rendre des comptes au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens notamment quant au contrôle et à l'appréciation de la qualité. La pharmacie est avant tout un service en soutien aux unités de soins fournissant tous les services pharmaceutiques nécessaires au

12. L'indicateur heures travaillées par jour-présence est un indicateur reconnu par le ministère de la santé pour mesurer la performance d'une unité de soins. Il se définit comme la moyenne des heures travaillées requises sur l'unité de soins pour une journée d'hospitalisation pour un patient.

traitement des patients hospitalisés. Il distribue également des médicaments aux patients ambulatoires. Les heures d'ouverture du département sont de huit heures le matin à vingt-trois heures le soir.

Ce service regroupe 26 employés dont 24 titulaires d'un poste à temps complet et 2 à temps partiel. La structure de postes comprend: 1 chef de département, 8 pharmaciens, 14 assistantes-techniques, 2 commis sénior et un magasinier.

Le syndicat des employés généraux représente toutes les catégories d'emploi à l'exception des pharmaciens représentés par leur association professionnelle.

Nous décrirons les changements introduits concernant l'organisation du travail et le style de supervision et les résultats obtenus en suivant les mêmes étapes que pour l'unité précédente.

ORGANISATION DU TRAVAIL

=====

Nous allons expliquer premièrement le processus de travail et l'organisation sur le plan fonctionnel. En second lieu, nous présenterons les irritants ainsi que les moyens retenus par l'équipe lors de l'atelier de sensibilisation et mis en place pendant l'expérimentation.

C'est l'ordonnance médicale qui déclenche le processus de travail. Une nouvelle ordonnance médicale est acheminée à la pharmacie. L'assistant-technique entre les données à l'informatique et produit une étiquette indiquant notamment le profil

du patient. L'assistant complète l'ordonnance et le pharmacien vérifie le tout avant d'acheminer le médicament à l'unité de soins. S'il s'agit d'une ordonnance répétée, l'assistant-technique la complète immédiatement et le pharmacien vérifie ensuite l'ordonnance.

Dans la pharmacie, l'organisation du travail est structurée autour de trois secteurs soient le S.C.A.S (service central d'additif aux solutés), les soins de courte durée et les soins de longue durée.

Pour les fins de cette recherche, nous étudierons uniquement l'organisation fonctionnelle des neuf postes d'assistants-techniques présents dans les trois secteurs puisque les changements introduits concernent principalement ces postes.

Les secteurs de la courte et de la longue durée comprennent respectivement trois et quatre assistants-techniques qui font la rotation entre les postes sur une base hebdomadaire depuis plusieurs années. Cette particularité est rendue possible en vertu de la similitude des tâches exécutées dans ces deux secteurs. Il en va toutefois autrement dans le troisième secteur, le SCAS, où les deux assistants-techniques sont affectés en permanence et ne font ainsi pas de rotation dans les postes des deux autres secteurs. Cette situation est attribuable à la plus grande variété et la plus grande complexité des tâches qui sont effectuées comparativement aux deux précédents.

Trois problèmes principaux caractérisent ce service:

- les membres se plaignent d'un manque d'information, de

communication formelle et d'explication des décisions.

- . les assistants-techniques notent que les décisions sont prises par les responsables de projet soient les pharmaciens sans consultation auprès de ceux qui les exécutent.
- . enfin, l'affectation permanente des deux assistants-techniques aux postes du secteur SCAS constitue un irritant majeur parce qu'elle empêche les sept assistants-techniques des deux autres secteurs d'intégrer ces deux postes dans leur circuit de rotation.

L'équipe a alors retenu trois moyens pour améliorer la circulation des informations et les communications. Il s'agit :

- . d'installer un tableau d'information dans le département.
- . de tenir des réunions regroupant tout le personnel du département et produire un procès verbal résumant les discussions.
- . d'utiliser une boîte à suggestion pour inciter le personnel à faire part de ses idées.

Quant à l'irritant concernant le fonctionnement du S.C.A.S (service central d'additif aux solutés) l'équipe a confié à un groupe de travail l'étude de ce problème qui dure depuis des années à la pharmacie en raison d'objections formulées par quelques pharmaciens à l'égard de la rotation.

Après plusieurs discussions, le groupe de travail a soumis une proposition qui a été acceptée par l'ensemble du personnel visé. Le principe de la rotation pour les neuf postes d'assistants-techniques des trois secteurs de la pharmacie est maintenant acquis et tous les assistants seront formés aux nouvelles tâches. Cependant, puisque celles-ci s'avéraient plus complexes, il a été proposé de plus que les employés puissent bénéficier d'un léger supplément de salaire. Alors, tel que convenu avec les représentants syndicaux, ce dossier a fait l'objet de discussions et une entente est intervenue entre le syndicat des employés généraux et la Direction des ressources humaines.

Enfin, ce qu'il faut retenir c'est que l'organisation du travail a progressé à la pharmacie et, qu'à ce jour, tout le personnel a été formé et la rotation est complète sur tous les postes d'assistants-technique.

STYLE DE SUPERVISION ET MOTIVATION

=====

Nous étudierons maintenant les changements introduits pour le deuxième aspect de notre modèle soit le style de supervision et la motivation.

Le principal irritant soulevé par les membres concerne le mode de supervision qui diffère en fonction des catégories d'emploi. Ainsi, les pharmaciens ont la perception d'être consultés sur les décisions tandis que les assistants-techniques et les commis séniors estiment n'être qu'informés des décisions. Toutefois, les membres de l'équipe sont unanimes pour déclarer que le gestionnaire manque d'uniformité dans le suivi et de rigueur dans l'application des décisions.

Les membres de l'équipe ajoutent que ce dernier fait preuve d'impulsivité lors de la prise de décision et, qu'à l'occasion, il manque également d'objectivité.

Nous avons, de plus, constaté par les commentaires des membres que l'équipe de la pharmacie se divise en deux clans: les professionnels et les non-professionnels, phénomène qui crée des tensions dans l'équipe. Les représentants du syndicat nous ont même parlé de "pseudo-pouvoir" et de contrôle des pharmaciens sur les assistants-techniques.

C'est en raison de cette situation que l'exécutif du syndicat CSN a demandé et obtenu de la direction qu'un membre de l'exécutif participe à titre exceptionnel activement à l'expérimentation de la gestion participative dans cette unité et que l'expérience soit suivie conjointement par la Direction des ressources humaines et le syndicat. Cette collaboration a permis d'instaurer une forme de participation patronale-syndicale d'un type nouveau dans ce service.

Pour comprendre cette forme de participation, il faut préalablement connaître le principal moyen proposé pour corriger les problèmes relatifs au style de supervision et la motivation. Celui-ci consiste en la mise en place d'une structure de participation. En effet, des groupes de travail sont créés pour étudier une problématique ou une situation et proposer des solutions à l'ensemble de l'équipe. Les participants aux groupes de travail sont sélectionnés en fonction de leur expertise et de leur intérêt mais tout en s'assurant d'une représentativité de toutes les catégories d'emploi. Le premier groupe s'est penché sur le dossier de la rotation dans le secteur SCAS qui, comme nous l'avons mentionné précédemment

à fait l'objet d'un dénouement plus que satisfaisant.

Avant l'expérimentation de la gestion participative le syndicat n'intervenait pas directement dans l'unité mais était au courant du caractère négatif du climat de travail et des problèmes existant entre les pharmaciens et les assistants-techniques. Ce climat détérioré de travail a incité les représentants syndicaux à demander qu'un membre de l'exécutif fasse partie du groupe de travail.

Des personnes nous ont affirmé que la représentante du syndicat a collaboré à décristalliser les positions des deux groupes et a contribué à solutionner le dossier du S.C.A.S (service central d'additif aux solutés). Autant l'attitude de la représentante syndicale que celle du gestionnaire ont permis de développer une approche patronale-syndicale constructive à la pharmacie.

Même s'il s'agit d'un problème ne découlant pas de la convention collective, les parties patronale et syndicale ont travaillé ensemble à le solutionner.

Le gestionnaire nous a aussi mentionné que la formation sur le travail en équipe a contribué à décroïsonner les deux clans et à développer un esprit d'équipe.

Nous examinerons à la prochaine section les résultats obtenus par l'équipe de la pharmacie.

LES RESULTATS

=====

A la fin de la période d'expérimentation, le personnel et le gestionnaire ont complété une évaluation qui fournit plusieurs résultats d'ordre qualitatif.

Le personnel constate une amélioration sensible au niveau du climat de travail et de la qualité de vie au travail. L'information circule mieux et est plus accessible. Les membres du personnel du département communiquent bien entre eux; en ce sens, la relation entre le gestionnaire et les employés s'est aussi améliorée.

L'ensemble de l'équipe mentionne avoir maintenant l'opportunité de participer au processus de prise de décision. Les membres expriment d'autant plus leur opinion qu'ils se sentent écoutés. Ils considèrent avoir plus d'autonomie au niveau de leur travail et avoir développé une plus grande confiance en eux.

Cependant, ils constatent peu d'amélioration quant à l'entraide entre collègues. A ce sujet, des personnes interrogées ont signifié qu'elles auraient aimé s'entraider davantage mais qu'elles ne peuvent le faire vu la quantité de travail.

Nonobstant l'intérêt pour les résultats ci-haut décrits, mentionnons que le résultat obtenu dans le dossier de la rotation dans le secteur SCAS est sans aucun doute le plus significatif. Le gestionnaire nous a avoué qu'il aurait été impossible de régler à l'amiable ce problème sans la gestion

participative. L'organisation du travail actuelle des assistants-techniques les a amenés à se responsabiliser et les commentaires recueillis nous permettent de confirmer qu'ils trouvent un plaisir à exécuter leurs nouvelles tâches.

Quant au gestionnaire, il nous a confirmé avoir modifié son style de gestion et avoir développé de nouvelles habiletés telles que le sens de l'écoute et les communications. Il avoue qu'il accepte maintenant de se laisser influencer lors de la prise de décision mais également s'est défait de certains préjugés notamment à l'égard des représentants syndicaux.

Nous constatons donc que les changements introduits dans le cadre de la gestion participative ont eu un impact positif sur le climat de travail mais que celui-ci demeure fragile étant donné la situation qui prévalait dans le département depuis des années.

Quant aux impacts des changements sur la performance de l'unité, nous préférons ne pas nous prononcer sur les résultats obtenus puisque d'autres facteurs, hors de contrôle, ont pu avoir une influence, notamment, le développement de nouveaux services. De plus, des personnes nous ont rapporté que l'indicateur "jours-présence de l'hôpital" n'est pas significatif pour évaluer la performance de la pharmacie depuis la transformation du réseau et l'augmentation importante de la clientèle externe. A ce jour, aucun autre indicateur n'a été développé (13).

(13) Ce commentaire explique l'absence de données concernant la productivité dans ce service à l'appendice E.

5.2.1.4 L'unité 3ième CSE - Unité d'hébergement et de soins de longue durée

DESCRIPTION DE L'UNITE

=====

L'unité 3ième CSE est une unité d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes âgées et compte quarante lits. Notons que cette unité s'est graduellement transformée d'une unité d'hébergement en une unité d'hébergement et de soins longue durée avec l'arrivée de patients nécessitant trois heures de soins et plus. L'unité n'est pas située à l'hôpital mais dans le centre d'accueil localisé au centre ville de Joliette.

L'équipe régulière est composée de vingt-trois employés dont cinq sont titulaires d'un poste à temps complet et dix-huit d'un poste à temps partiel. La structure des effectifs se répartit comme suit: 1 chef de service, 4 assistantes-infirmières chef bachelières, 6 infirmières-auxiliaires et 12 préposés aux bénéficiaires.

Nous retrouvons comme sur la plupart des unités de soins, trois syndicats pour représenter le personnel soient le syndicat des infirmières, des infirmières-auxiliaires et des employés généraux.

Cette unité est ouverte vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine. Bien qu'il n'y ait pas d'arrêt de service, le personnel de l'unité profite de la rencontre quotidienne sur les plans de soins pour discuter des autres sujets.

Nous allons expliquer les changements introduits sur cette unité en regard de l'organisation du travail et du style de supervision. Nous aurons l'occasion de constater que le mode de supervision du gestionnaire s'apparentait à un style de gestion participatif bien avant l'expérimentation pilote.

ORGANISATION DU TRAVAIL =====

Nous examinerons plus spécifiquement l'organisation du travail sur le quart de jour puisque c'est pendant cette période que nous retrouvons le plus grand volume d'activités. En second lieu, nous regarderons les irritants soulevés par l'équipe et les changements introduits pour les corriger.

Premièrement, nous constatons que l'organisation du travail est davantage individuelle. Ainsi, trois préposés aux bénéficiaires et une infirmière-auxiliaire prennent sous leur responsabilité dix patients chacun. Ils s'occupent seuls des patients dits légers mais s'entraident pour les patients plus lourds. Il y a peu de travail d'équipe puisque la présence de deux personnes dans une même chambre n'est pas requise. L'organisation du travail est demeurée la même pendant et après la période d'expérimentation.

Pour identifier les irritants, nous avons aussi consulté les documents produits lors de l'atelier de sensibilisation. Nous n'avons relevé qu'un seul irritant soit la circulation des informations entre les quarts de travail et, entre le personnel à temps partiel notamment en raison des demi-postes (8 heures à 11 heures 30).

Préalablement à la description des moyens retenus notons que le personnel a aussi proposé d'améliorer le processus de participation à la prise de décision en mettant en place une structure institutionnalisée où un délégué par quart serait désigné pour étudier et rechercher des solutions à une problématique. A notre connaissance, cette formule n'a pas été mise à l'essai pendant l'expérimentation.

Nonobstant ce qui précède, l'équipe a privilégié deux moyens pour améliorer la circulation des informations soient:

- . un tableau de communication pour diffuser des informations, et pour consulter les membres de l'équipe qui n'ont pu être présents à une rencontre.

- . un cahier de communication pour assurer le suivi entre les quarts de travail et avec les salariés à temps partiel.

Dans le cas de cette unité, il ne faut certes pas négliger l'importance des rencontres de jour puisque celles-ci ont permis de discuter et de revoir des processus de travail dans un contexte où la clientèle s'alourdissait progressivement, tels que l'horaire des bains, la distribution des collations, les heures de lever des patients ainsi que les heures de repas. Dans le cadre de ces discussions, le personnel a accepté volontairement une polyvalence au niveau de ses tâches, et a démontré une plus grande ouverture à la discussion. Régulièrement, les membres reviennent ensemble la planification du travail en fonction des besoins évolutifs des patients.

Enfin, nous retenons que malgré que l'organisation du travail soit demeurée la même, l'équipe a progressé vers une plus grande maturité et une autonomie dans l'organisation quotidienne du travail durant une période où la clientèle requérait plus de soins.

STYLE DE SUPERVISION ET MOTIVATION:

=====

Comme nous l'avons mentionné lors de la description de l'unité, le mode de supervision adopté par le gestionnaire est déjà participatif. Dans les faits, elle consulte son personnel, écoute leur point de vue et ne laisse jamais une question sans réponse. Les membres ont la perception qu'ils influencent les décisions et que les problèmes se règlent rapidement.

Le climat de travail est bon; il existe une confiance et un respect mutuel entre le gestionnaire et les employés. Il règne un bon esprit d'équipe et une entraide entre les collègues.

Cet aspect de notre modèle n'a donc pas fait l'objet de changements importants puisqu'aucun irritant ou problème n'a été identifié. Toutefois, les membres nous ont signalé que la formation sur le travail en équipe les a aidés à développer davantage le sentiment d'appartenance au groupe.

LES RESULTATS

=====

Nous présenterons quelques résultats qualitatifs mais également les impacts des changements introduits sur la performance de l'unité.

Les membres de l'équipe constatent que malgré l'alourdissement de la clientèle et le contexte de compressions budgétaires, la qualité des soins et services aux patients s'est maintenue et qu'ils ont réussi à développer une plus grande polyvalence.

L'équipe considère qu'elle a progressé vers une plus grande autonomie puisque la participation du chef aux rencontres de jour n'est plus requise. L'assistante anime ces rencontres et le personnel participe à la recherche de solutions aux problèmes. Les membres sont capables d'échanger positivement.

L'équipe a aussi développé une plus grande maturité. Elle a commencé à gérer des processus de travail simples pour progresser vers des projets plus complexes tels que la rénovation des chariots à médicaments et la gestion du lit d'hébergement du CLSC.

Enfin, nous avons noté que malgré un alourdissement important de la clientèle la performance de l'unité s'est améliorée passant d'un taux de productivité de 2.15 (heures travaillées par jour présence en 1995-96 à 2.00 (heures travaillées par jour-présence) en 1996-1997. Cette performance comme l'indique l'appendice E s'est également maintenue en 1997-1998.

Les résultats obtenus par cette unité témoignent d'une volonté réelle du gestionnaire à faire participer le personnel aux décisions qui concernent leur travail et d'une équipe qui a su prendre en main des responsabilités dans un contexte difficile.

5.2.1.5 Le Tremplin

DESCRIPTION DE L'UNITE

=====

Le tremplin est un centre de désintoxication et de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie. C'est un service externe situé à l'extérieur de l'hôpital dans deux petits établissements. Une équipe est située à Joliette et l'autre à Mascouche soit à 50 kilomètres de l'hôpital. Ces équipes interviennent auprès d'une clientèle de tous âges présentant des problèmes de mésadaptation sociale.

Ces équipes sont multidisciplinaires et regroupent dix-sept employés auxquels s'ajoutent un coordonnateur médical en désintoxication. Le personnel se répartit comme suit: un seul chef de service est responsable des deux équipes. Elle partage son temps de façon à être présente au moins une journée par semaine dans chaque centre. Une secrétaire à temps partiel assure le secrétariat administratif du service. L'équipe de Joliette comprend un psychologue, deux agents de relations humaines, une infirmière, un éducateur et une secrétaire pour le secrétariat clinique. L'équipe de Mascouche se compose de quatre agents de relations humaines, une infirmière, un éducateur et une secrétaire pour le secrétariat clinique.

Enfin, trois syndicats représentent le personnel soit le syndicat des professionnels, affilié à la CSN, le syndicat des infirmières et celui des employés généraux.

Des changements ont été introduits pendant l'expérimentation de la gestion participative. Nous procéderons à leur description selon les deux aspects du modèle et nous présenterons en terminant les résultats obtenus.

ORGANISATION DU TRAVAIL

=====

Nous débuterons la présentation par une description du processus de travail à compter de l'accueil du patient jusqu'à son premier rendez-vous avec un thérapeute. Mentionnons que le fonctionnement décrit ci-après est le même pour les deux équipes. Par la suite, nous présenterons les irritants et les changements introduits pour les corriger.

Les personnes rencontrées nous ont expliqué que 90% de la clientèle qui se présente au service vient d'elle-même et l'autre 10% est référée par un CLSC ou un autre organisme. L'accueil se fait en groupe une fois par semaine. Le thérapeute présente les services et repère les personnes qui nécessitent avant tout des services de désintoxication. Ces dernières sont alors référées au médecin et à l'infirmière. S'il n'y a pas de sevrage le patient est référé à un thérapeute pour une première rencontre d'évaluation.

Cependant, la répartition de ces nouveaux patients posait un problème dans les équipes. Les professionnels considéraient que la détermination de la charge de travail était de leur ressort exclusif ce qui entraînait une distribution inégale des cas et de la charge de travail. Certains thérapeutes adhéraient à une norme individuelle souvent en deça de la norme collective. La répartition des nouveaux patients se

faisait lors des rencontres cliniques selon la disponibilité des thérapeutes.

Nous allons traiter des deux équipes simultanément puisque le processus de consultation, les irritants et les moyens proposés par les membres sont similaires.

Le principal irritant concerne la structure de rencontres. En effet, avant l'expérimentation de la gestion participative, les deux équipes s'étaient dotées d'une structure de rencontres. Toutefois, ces rencontres étaient davantage axées sur des discussions d'ordre clinique en petit groupe. Les rencontres dites administratives revêtaient un caractère informatif plutôt que participatif. De plus, les membres déploraient que les rencontres d'équipe n'incluent pas tous les membres d'une équipe et qu'il n'y ait pas non plus de rencontre de service.

Les membres proposent de revoir la structure des rencontres, de définir leur raison d'être et les objectifs visés autant pour les rencontres cliniques qu'administratives. Les rencontres ne porteront plus seulement sur des discussions d'ordre clinique mais sur des sujets variés. De plus, l'équipe ajoute une rencontre de service au deux mois.

Les thérapeutes nous ont confirmé qu'avec la gestion participative, la répartition des nouveaux patients est discutée ouvertement lors des rencontres et que la charge de travail est plus égalitaire. Cette nouvelle répartition a eu pour effet d'augmenter l'accessibilité aux services.

Soulignons qu'après quelques mois d'expérimentation, des membres se sont plaints de l'absence de certains collègues aux rencontres. Les équipes estiment devoir prendre des moyens pour stimuler l'intérêt et la participation des membres.

Enfin, ce que nous retenons pour l'aspect organisation du travail concerne la répartition plus équitable de la charge de travail entre les thérapeutes rendue possible grâce à des discussions plus ouvertes pendant les rencontres d'ordre clinique.

STYLE DE SUPERVISION ET MOTIVATION

=====

Quant à cet aspect du modèle, nous avons remarqué une situation quelque peu paradoxale pour ce service, en ce sens que le chef de service estime avoir adopté un style de gestion participatif alors que des témoignages contradictoires nous ont été formulés lors de nos rencontres.

En effet, le gestionnaire consulte son personnel, va chercher des informations mais souvent auprès de quelques membres seulement. De plus, lors de ces consultations, le personnel a le sentiment d'avoir à se positionner rapidement en raison d'un manque de temps. Ces aspects du processus de consultation irritent les membres.

En regard de la circulation des informations et des communications dans le service plusieurs membres ont relevé une place importante à l'informel. Les plus entreprenants vont eux-mêmes au source quérir l'information en questionnant directement le chef alors que les autres la recevront plus

tard par un moyen ou un autre.

Enfin, les membres ont noté un manque de constance au niveau du processus de prise de décision; ils le qualifient parfois d'expéditif et parfois de consultatif. Ils estiment que lorsqu'il s'agit d'orientation administrative d'équipe concernant l'ensemble du service, le gestionnaire prend seule la décision.

Les changements introduits pour corriger ces irritants concernent la révision de la structure des rencontres. Ainsi, les rencontres mensuelles portant sur la vie de l'équipe au quotidien prennent un caractère participatif. C'est l'équipe qui détermine l'ordre du jour, un membre fait l'animation et le chef participe au même titre que les autres membres.

Les équipes ont retenu le ralliement comme mode de prise de décision et, dans les situations pressantes, elles procèdent par vote majoritaire. Des dossiers importants tels qu'une prise de position régionale en regard de l'alco-toxicomanie et des propositions relatives à des coupures budgétaires ont fait l'objet de ralliement au sein des équipes.

LES RESULTATS

=====

Pour identifier les résultats d'ordre qualitatif, nous avons procédé de la même manière que pour les autres unités soit à partir de l'évaluation du personnel et du gestionnaire.

En effet, les membres des deux équipes ont constaté que l'expérimentation de la gestion participative leur a permis de consolider un fonctionnement participatif et d'y apporter des améliorations notamment à l'égard du processus de consultation et du travail d'équipe. Les rapports entre les membres des équipes sont meilleurs et il y a plus d'échanges.

Ces équipes ont progressé vers une plus grande responsabilisation, ont développé une autonomie et les membres considèrent avoir une plus grande discrétion face à l'organisation de leur travail. Dans ce sens, les membres ont rapporté que leur rythme de progression vers le changement de mentalité est plus rapide que celui de leur direction et ils ajoutent qu'ils doutent même de la volonté réelle des dirigeants du CHRDL à effectuer le virage. Ces commentaires font suite à des situations vécues au cours de l'année d'expérimentation et impliquant d'autres directions.

Enfin, quant aux communications entre les membres, ils les caractérisent de franches et ouvertes et avouent être en mesure de se dire les vraies choses entre autres au sujet de la charge de travail et de la disponibilité pour des nouveaux cas.

Lors de nos rencontres, des personnes nous ont signalé que l'équipe de Mascouche avait vécu plusieurs déplacements de personnel, ce qui avait ralenti l'évolution de l'équipe du point de vue de la participation.

Relativement aux résultats d'ordre quantitatif nous avons noté une augmentation importante du nombre d'entrevues passant de 7,638 en 1995-1996 à 10,441 en 1996-1997. Le taux de

productivité se situe respectivement pour ces deux années à 3.63 et 2.64 (14), soit une diminution significative (de presque une heure) du nombre d'heures travaillées moyen dans le service par entrevue. Cette amélioration de la performance a eu pour conséquence de diminuer le délai de réponse pour une demande de consultation, et d'augmenter l'accessibilité aux services pour les patients. La performance du service s'est également accrue en 1997-1998 passant à 11,640 entrevues pour un taux de productivité de 2.50 (heures travaillées du service/nombre d'entrevues) (appendice E).

Enfin, il faut retenir que ce service connaît une augmentation importante de sa performance suite à l'implantation de la gestion participative et que ses équipes ont progressé vers une plus grande responsabilisation et autonomie.

5.2.2 conclusion

Après avoir décrit en détail le déroulement de chacune des expériences, les changements introduits et les résultats obtenus, nous regarderons quelles grandes caractéristiques se dégagent de ces expériences. Nous en avons retenu huit.

La première caractéristique est à l'effet que dans les quatre unités, il y a eu amélioration de la communication entre le gestionnaire et son équipe ainsi qu'entre les membres de l'équipe. Cette dernière s'est avérée particulièrement importante dans le cas des équipes réparties sur trois quarts de travail car elle a permis d'améliorer la continuité des

(14) L'indicateur est défini comme le nombre d'heures travaillées moyen dans le service (incluant le secrétariat et l'encadrement) par entrevue.

soins et la qualité des services offerts. Néanmoins, les mécanismes favorisant ces communications ont varié d'une équipe à l'autre selon la nature des activités exercées et le fonctionnement de l'unité.

La deuxième caractéristique qui se dégage de nos observations est le fait que l'expérimentation d'une nouvelle forme d'organisation du travail a permis aux équipes d'évoluer d'une situation où la participation était réduite à un très petit nombre d'employés, la plupart du temps des professionnels, vers une situation où la participation a tendance à impliquer l'ensemble du personnel de l'unité.

Une troisième caractéristique réfère à l'accroissement de la responsabilisation du personnel à l'égard de la qualité des services offerts à la population. Cet accroissement de la responsabilisation est attribuable à une opportunité pour les salariés de participer au processus de prise de décision. Avant l'expérimentation, cette responsabilisation face à la qualité des services était surtout présente chez les professionnels alors qu'aujourd'hui, elle s'étend à tous les salariés.

La quatrième caractéristique concerne l'amélioration de la qualité de vie au travail. En effet même si plusieurs changements peuvent expliquer l'amélioration de la qualité de vie au travail, c'est principalement par la participation à la prise de décision que le personnel se déclare plus satisfait de la qualité de vie au travail. Les travailleurs évoquent le plus souvent le fait que le gestionnaire prenait seul les décisions après avoir parfois consulté quelques personnes alors que maintenant tous les membres intéressés participent

au processus de prise de décision.

La cinquième caractéristique réfère aux concepts de travail d'équipe et de formation. Ainsi, avant l'expérimentation, le travail dans les unités était plutôt individuel. Avec les changements introduits au niveau de l'organisation du travail, on parle alors de travail d'équipe. Toutefois, ce changement à l'égard de la manière d'exécuter le travail a pour corollaire la formation. Auparavant, les formations étaient surtout axées vers des besoins d'ordre technique ou clinique alors que maintenant elles évoluent vers le développement d'habiletés au travail d'équipe et mettent l'accent sur le volet humain.

La sixième caractéristique concerne les gestionnaires. Ainsi, dans une organisation où le style de gestion est qualifié de traditionnel, les gestionnaires sont sélectionnés en fonction de leur compétence technique et de leur connaissance dans la spécialité. Cependant, dans une organisation qui évolue vers des nouvelles formes d'organisation du travail valorisant la participation le rôle du gestionnaire n'est plus le même. Il s'apparente alors à celui d'un "coach" face à son équipe. Ainsi, nous avons constaté chez les équipes qui ont connu un succès pendant l'expérimentation que celui-ci était en grande partie attribuable aux gestionnaires qui ont volontairement procédé à une remise en question de leurs façons de faire et de leur façon d'être et, qui ont développé de nouvelles habiletés de gestion. Le succès est également attribuable à la capacité du gestionnaire à faire progresser son équipe vers une plus grande autonomie.

Une septième caractéristique réfère au corps médical. En

effet dans le cadre de l'expérimentation les médecins ont été peu impliqués dans les expériences de réorganisation malgré l'impact de leur travail sur l'organisation du travail du personnel. Cette situation a été soulevée à quelques reprises lors des évaluations. La direction doit se pencher avec les responsables du corps médical pour trouver des moyens d'intéresser les médecins à la participation.

Finalement, une huitième et dernière caractéristique qui se dégage de nos observations est le fait que la Direction des ressources humaines a modifié sa façon de rendre des services à ses clients. Dans ce sens, elle adoptait auparavant une approche unique de type universel alors qu'elle se dirige maintenant de plus en plus vers une approche particularisée de façon à s'adapter aux besoins réels et évolutifs de ses clients.

Ces expériences pilotes devaient donner lieu à une extension dans l'hôpital. Cependant, l'impulsion donnée à la réforme a été freinée pour quelques considérations. En effet, les 285 départs à la retraite à l'été 1997 dans le cadre du programme provincial ont provoqué des mouvements de main d'oeuvre sans précédent et même déstabilisé plusieurs équipes. Aussi, un essoufflement généralisé chez les gestionnaires et le personnel en raison des transformations du réseau de la santé et des compressions budgétaires a poussé la direction à ralentir le rythme de diffusion mais sans toutefois perdre de vue l'objectif ultime de transformer le milieu du travail.

Enfin, nous avons terminé notre étude du cas du CHRDL avec le départ de l'hôpital de la Directrice des ressources humaines, soit au début de l'année 1998.

CONCLUSION

Au cours des deux dernières décennies, des changements importants se sont produits dans l'environnement des entreprises. La mondialisation des marchés, l'explosion de la technologie, la variation dans la demande des produits ont forcé les entreprises à transformer les milieux de travail en innovant dans les pratiques de gestion des ressources humaines et de relations de travail mais principalement en accordant plus de responsabilités et d'autonomie aux employés en regard de leur travail, pour demeurer compétitives.

En même temps, que nous assistons à ces changements, la situation des finances publiques du Québec et du Canada se détériorait à un rythme accéléré à un tel point que les gouvernements devaient adopter des mesures sévères qui allaient affecter non seulement les employés de l'Etat et les droits qui leur avaient été reconnus antérieurement comme le droit de grève mais la population par des changements dans la façon d'offrir les services en procédant à une réforme globale du système de santé et des services sociaux.

C'est dans le contexte d'une fusion imposée par le gouvernement qu'en 1980, le Centre hospitalier régional de Lanaudière amorçait ses activités. A peine quelques mois plus tard, le gouvernement du Québec imposait déjà une première vague de rationalisation. Les employés de l'Etat ont alors subi une baisse importante de salaire. Malgré ce contexte difficile et exigeant, les syndicats ont contribué à la mise en place de la fusion.

Suivit la période de consolidation des activités où l'acteur syndical constate que les décisions stratégiques affectant l'organisation sont prises en vase clos.

De plus, des décisions concernant l'application et l'interprétation des conventions collectives et du protocole de fusion durcissent les positions et les relations patronales-syndicales deviennent de plus de plus conflictuelles. Parallèlement, l'application des mesures adoptées par le gouvernement du Québec à l'endroit des salariés les démobilisent et affectent grandement le climat de travail dans l'hôpital. Les médecins, travailleurs autonomes ne sont guère plus satisfaits de la façon dont la direction gère l'hôpital et des relations qu'elle entretient avec eux.

Enfin, malgré le développement de nouveaux services, la population demeure insatisfaite des services notamment en regard de l'accessibilité. Constatant ces résultats négatifs, la direction du CHRDL ne pouvait demeurer insensible. En plus, elle anticipait une évolution dans le contexte qui viendrait compliquer davantage la gestion en raison de l'état des finances publiques. C'est alors que la direction adopte en 1991 le projet d'entreprise ou projet qualité visant la mobilisation de tous les intervenants autour d'un objectif commun: la satisfaction optimale de la clientèle au moindre coût avec la participation du personnel. Ce projet allait déboucher sur des valeurs et sur l'implantation d'un certain nombre de mécanismes favorisant son actualisation dans le milieu. Ces mécanismes n'ont toutefois pas apporté de changements concrets au niveau du milieu de travail ce qui incite les représentants syndicaux à adopter une attitude qualifiée d'attentiste.

Les années qui suivirent ont été marquées de changements importants au niveau des pratiques de gestion des ressources humaines et de relations de travail. Plusieurs comités permanents et ad hoc ont été créés pour faciliter la concertation patronale-syndicale et, par la même occasion, s'assurer que les nouveaux programmes et politiques répondent aux besoins des employés. Ces nouvelles pratiques ont porté fruit: les griefs diminuent et la qualité de la relation patronale-syndicale s'améliore malgré que cette période ait été frappée de lourdes compressions budgétaires et de plusieurs abolitions de postes. Cette période a également servi à la préparation du terrain pour l'expérimentation d'une NFOT dans les unités.

Après un long préambule, le CHRDL amorce en 1996 l'expérimentation de la gestion participative dans quatre unités de travail. Cette expérience-pilote devait permettre la diffusion progressive de ce nouveau mode de gestion dans l'ensemble de l'hôpital. Au terme de ces expériences, la direction a constaté des résultats positifs autant à l'endroit du personnel que de l'organisation et des patients. Les employés ont développé le goût de participer à la prise de décision, de communiquer, de s'entraider et la productivité des unités a augmenté.

Alors, pourquoi le cas du CHRDL a-t-il été possible malgré les contraintes que nous avons vues. Serait-ce en raison de ces dernières que très peu de cas sont publiés concernant les hôpitaux et que le secteur hospitalier accuse un retard sur le secteur privé en regard des nouvelles formes d'organisation du travail. Rappelons quelques-unes de ces contraintes.

Premièrement, nous avons vu que les conventions collectives sont négociées provincialement et qu'elles prévoient des conditions mur à mur rendant plus difficiles les initiatives locales de réorganisation du travail. Aucune pression n'est exercée sur la partie syndicale pour convenir de modalités particulières puisqu'en cas de mésentente c'est le texte de la convention collective qui s'applique. Il y a donc peu d'intérêt à rechercher des modalités qui facilitent la gestion locale de l'hôpital.

Une deuxième contrainte freinant les NFOT est l'impossibilité pour des unités de soins d'interrompre les services pour permettre la tenue de rencontres sur les heures de travail ou de libérer le personnel et de les remplacer pour leur permettre de travailler à la résolution de problèmes; la marge de manoeuvre financière des établissements est maintenant quasi nulle avec toutes les compressions budgétaires imposées au réseau de la santé.

Enfin, puisque les salaires sont négociés provincialement, les organisations hospitalières ne sont pas autorisées par la loi à négocier et à octroyer des conditions monétaires plus avantageuses que celles prévues aux conventions collectives qui pourraient amener les employés à participer comme c'est le cas dans l'entreprise privée.

Mais, comment le cas du CHRDL a-t-il été possible avec toutes ces contraintes? Deux principaux motifs peuvent fournir une explication. Premièrement, le CHRDL vivait une situation de crise: des clients insatisfaits, des relations de travail conflictuelles, des employés démobilisés et que dire des médecins. La situation s'était détériorée à un point tel que

la direction ne pouvait continuer à gérer de la même façon. Des changements importants s'imposaient à tous les niveaux et la direction s'est engagée à les réaliser.

En second lieu, la direction anticipait une évolution importante dans le contexte qui devait avoir des impacts sur l'hôpital. En effet, les changements ont aussi été attribuables aux événements survenus dans l'environnement de l'hôpital. La réforme de la santé, la situation des finances publiques allaient, peu de temps après l'adoption du projet créer des pressions supplémentaires sur la direction, les représentants syndicaux, le personnel et les médecins pour que les changements se produisent rapidement. Malgré ce contexte difficile la direction a poursuivi avec acharnement ses actions pour transformer le milieu de travail.

Nous présentons ce qu'il faut retenir du cas du CHRDL. Premièrement, comme nous l'avons vu la direction s'est engagée en définissant les paramètres du projet d'entreprise, en le vendant aux médecins d'abord, au personnel et représentants syndicaux par la suite et en amorçant les changements à son niveau. Elle a démontré qu'elle y croyait fermement et a multiplié les occasions pour transmettre des informations au personnel, aux médecins, aux représentants syndicaux et à la population. La cohérence du discours et de l'action dans l'hôpital constituait une priorité. Les changements ont alors commencé par le niveau stratégique pour se répercuter rapidement sur le niveau de la relation d'emploi et par la suite au niveau du milieu de travail.

En second lieu la direction du CHRDL a défini de nouvelles valeurs qui ont précédé les changements. En effet, ces

nouvelles valeurs ont guidé les décisions et les changements introduits dans l'organisation. Ces valeurs basées sur l'autonomie, le respect, le travail d'équipe ont été véhiculées par la direction et les gestionnaires des unités de travail pour concrétiser les orientations au niveau des équipes de travail.

Ces valeurs ont également guidé la Direction des ressources humaines dans l'établissement des nouvelles pratiques de gestion et dans les rapports quotidiens avec les représentants syndicaux. De façon implicite, elles ont favorisé la recherche de solutions humaines et respectueuses comme à l'occasion des fermetures de lits où plusieurs employés ont perdu leur poste. Graduellement des actions concrètes ont reflété un changement de culture et de façon de faire dans l'organisation.

Un troisième élément à retenir concerne l'importance de l'acteur syndical dans le processus de changement. Il est ressorti que de développer une approche de concertation et de collaboration patronale-syndicale facilite l'introduction des changements dans l'organisation et conduit à des résultats positifs pour les clients et les employés.

Egalement, l'établissement d'une relation de confiance entre l'acteur patronal et syndical est un préalable à l'implantation des NFOT dans les unités de travail pour diminuer entre autres les craintes sur des ententes particulières qui pourraient être convenues entre le gestionnaire et ses employés pour faciliter la gestion interne du service.

Un quatrième et dernier élément concerne l'importance du rôle et du leadership de la direction dans l'introduction de changements organisationnels majeurs et de celui des gestionnaires dans l'implantation des NFOT. En effet, la direction a été le porteur et le défenseur du projet d'entreprise mais elle s'est associée dès le départ les gestionnaires comme multiplicateur au niveau des équipes de travail. Elle n'a pas ménagé les rencontres visant à sensibiliser les gestionnaires à la transformation de leur rôle au sein des équipes de travail et à leur fournir toutes les informations nécessaires pour actualiser les changements.

En conclusion, le cas du CHRDL nous enseigne quelques leçons que les organisations ne peuvent contourner pour transformer le milieu de travail. La première concerne l'importance de l'implication de la direction. Que l'initiative provienne de la direction ou d'un accord patronal-syndical, la direction doit participer activement au processus de changements. Elle ne peut déléguer cette responsabilité à un autre niveau en pensant que la culture organisationnelle se transformera uniquement par des actions au niveau du milieu de travail.

La deuxième porte sur l'importance des communications formelles de nature organisationnelle. La direction doit structurer les communications pour s'assurer que tous les intervenants disposent des informations nécessaires à la réalisation de leurs nouvelles responsabilités. La transparence et la diffusion des informations devient maintenant inévitable.

Enfin, la troisième leçon concerne la sensibilisation et la participation de l'acteur syndical au processus de transformations. En effet, les entreprises syndiquées ne peuvent transformer le milieu du travail sans développer une approche de concertation patronale-syndicale où les deux parties collaborent à la réalisation d'objectifs communs.

BIBLIOGRAPHIE

AUBREY, II, C.A., FELKINS, P.K., Teamwork: Involving people in quality and productivity improvement, Quality Press, Milwaukee, 1988, 176 pages.

AUDET, M., LAROUCHE, V., "Paradigmes, écoles de pensée et théories en relations industrielles", Relations Industrielles, vol. 43, no 1, 1988, pp.3-30.

AUDET, M., Paramètres structurels et pratiques de gestion des ressources humaines dans les entreprises innovatrices du Québec, Ecole des relations industrielles 1992, 589 pages.

BACHARACH, P., Power and empowerment: a radical theory of participatory democracy, Temple University Press, Philadelphia, 1992, 211 pages.

BETCHERMAN, G., McMULLEN, K., Leckie, N. et Caron, C. The Canadian Workplace in Transition. Kingston, IRC Press, 1994.

BLAIS, R., "Perception et attitudes à l'égard des ressources humaines", Relations industrielles, vol. 42, no 2, 1994, pp.336-354.

BOUTEILLER, D., GUERIN, G., "La philosophie de gestion des ressources humaines: un outil de gestion" Gestion, vol. 14, no 2, mai 1989, pp.20 à 29.

BROSSARD, M., "Les limites du modèle-type du fonctionnement des cercles de qualité", Relations industrielles, vol. 44, no 3, 1989, pp. 552-566.

BROSSARD, M. SIMARD, M., Groupes semi-autonomes de travail, et dynamique du pouvoir ouvrier: l'évolution du cas Steinberg Les Presses de l'Université du Québec, Québec, 1990, 138 pages.

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LANAUDIÈRE, Evaluation du processus d'amélioration et recommandations, Perrier, Beaudry, Savard Inc., 1990.

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LANAUDIÈRE, La place des syndicats, Direction des ressources humaines, Joliette, 1995.

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LANAUDIÈRE, Les principes et balises de la gestion participative, Direction des ressources humaines, Joliette, 1996.

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LANAUDIÈRE, Philosophie de gestion des ressources humaines, Direction des ressources humaines, Joliette, 1992.

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LANAUDIÈRE, Le rôle du gestionnaire par le Groupe CFC, Joliette, avril 1997.

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LANAUDIÈRE, Réflexions stratégiques: Un changement culturel s'impose, Direction générale, Joliette, 1992.

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LANAUDIÈRE, Sondage sur le travail à temps partiel, Direction des ressources humaines, 1986.

CHAYKOWSKI, R. et Verma, A. Industrial Relations in Canadian Industry. Toronto, Holt, Rinehart and Winston, 1992.

COLLERETTE, P., Le changement planifié: une approche pour intervenir dans les systèmes organisationnels, Editions Agence d'Arc, Montréal, 1982, 213 pages.

DESLAURIERS, J.P., Recherche qualitative guide pratique, McGraw - Hill, Montreal, 1991, 142 pages.

DOUVILLE, G., Allocution du Directeur général du CHRDL présenté à l'occasion du Congrès de l'Association des hôpitaux du Québec, 1982.

DUNLOP, J.T. Industrial Relations Systems, Southern University Press, 1958. pp.62 à 93.

EKOS RESEARCH ASSOCIATES. 1993b. "Ontario Worklace Reorganization Survey", document de travail produit pour le projet de gestion des ressources humaines, non publié Ottawa.

ETHIER G., La qualité totale nouvelle panacée du secteur public. Les presses de l'Université du Québec, Québec, 1994, 220 pages.

FEDERATION DES AFFAIRES SOCIALES (FAS), "Le réseau de la santé et des services sociaux est-il mûr pour la gestion participative?", Congrès de la FAS, 1992, pp. 155-165.

GRANT, M., BELANGER, P.R., LEVESQUE, B., Nouvelles formes d'organisation du travail - études de cas et analyses comparatives, l'Harmattan, Montréal, 1997, 332 pages.

GRANT, M. LEVESQUE, B., "Aperçu des principales transformations des rapports du travail dans les entreprises: le cas québécois", dans Grant & al., 1997, pp. 221 à 277.

GUERIN, G., WILS, T., "L'harmonisation des pratiques de gestion des ressources humaines au contexte stratégique: une synthèse", dans Rodrigue Blouin (dir.) Vingt-cinq ans de pratique en relations industrielles au Québec, Québec, Ed. Yvon Blais inc., 1990, pp. 669-715.

HEBERT, G. Traité de négociation collective, Gaétan Morin Editeur, Québec, 1992, 1242 p.

ICHNIEWSKI, C. Kochan, T.A, Levine D., Olson, C., Strauss, G., What works at work: Overview and Assessment, Industrial Relations, vol.35, no.3, juillet 1996, pp. 299-333.

JORON, P. "Les nouvelles formes d'organisation du travail dans le réseau hospitalier québécois". La réorganisation du travail, efficacité et implication. Congrès des relations industrielles de Laval, 1995, pp.117 à 125.

Journal des débats, Commissions parlementaires, Assemblée Nationale du Québec, 1er session 34ième législature, 1992, pp.515 à 520.

KELADA, J., Comprendre et réaliser la qualité totale, édition Quajec, Montréal, 1991, 386 pages.

KETCHUM, L.D. TRIST E., All teams are not created equal, Sage publications, United States, 1992, 318 pages.

KOCHAN, T.A., KATZ, H.C. An introduction to collective bargaining and industrial relations, McGRAW - Hill, New-York, 1992, 538 p.

KOCHAN, T. A., KATZ, MCKERSIE R.B., The transformation of American industrial relations, New-York, Basic Books, c. 1986, viii, 287 pages.

KOCHAN, T. A., MCKERSIE, R.B., CAPPELLI, P., "Strategic choice and Industrial Relations Theory", Industrial relations, vol.23 no.1, 1984, pp.16 à 38.

LAPOINTE, P.A., "La réorganisation du travail - continuité, rupture et diversité". La réorganisation du travail, efficacité et implication. Congrès des relations industrielles de Laval, 1995, pp.3 à 43.

LAPOINTE, P.-A, PAQUET, R., "Les syndicats et les nouvelles formes d'organisation du travail", Relations industrielles, vol 49, no 2, 1994, pp. 281-302.

LAWLER III, E.E., High involvement management, 1st ed, San Francisco, 1986, 252 pages.

LAWLER III, E.E., The ultimate advantage: creating the high involvement organization, 1st ed., 1992, 371 pages.

LEMELIN, M., RONDEAU, A., "Pratiques de gestion mobilisatrices", Gestion, février 1991, pp. 26-32.

LES NOUVELLES PRATIQUES EN MILIEU DE TRAVAIL AU QUEBEC, Marché du travail, Ministère du travail du Québec, juillet-août 1995, pp. 68, 87-93.

LES NOUVELLES PRATIQUES EN MILIEU DE TRAVAIL AU QUEBEC, Marché du travail, Ministère du travail du Québec, septembre 1995, pp. 95-115.

LES NOUVELLES PRATIQUES EN MILIEU DE TRAVAIL AU QUEBEC (2e tranche), Marché du travail, Ministère du travail du Québec, octobre 1995, pp. 9-10, 81-99.

LES NOUVELLES PRATIQUES EN MILIEU DE TRAVAIL AU QUEBEC (3e tranche), Marché du travail, Ministère du travail du Québec, novembre 1995, pp. 9-10, 70-81.

Loi concernant la rémunération dans le secteur public, 1982, L.R.Q. c.35.

Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public, 1982, L.R.Q., c.45.

Loi concernant l'adoption des c.35 et 45 des lois de 1982 et modifiant certaines conditions de travail dans le secteur public, 1983, L.R.Q., ch. 17.

Loi modifiant les régimes de retraite et diverses dispositions législatives, 1983, L.R.Q., c.24.

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux, 1986, L.R.Q., c.74.

MASCHINO, D. Les changements de l'organisation du travail dans le contexte de la mondialisation économique (1ière partie), Marché du travail, no.7 Ministère du travail du Québec, juillet 1992, pp. 6-8, 73-80.

MASCHINO, D. Les changements de l'organisation du travail dans le contexte de la mondialisation économique (2e partie), Marché du travail, no.8 Ministère du travail du Québec, août 1992, pp. 6-10, 73.

MELTZ, N.M., "Industrial Relations Systems as a Framework for Organizing Contributions to Industrial Relations theory, Industrial Relations Theory", Institute of Management and Labor Relations Series, No. 4. IMLR Press/Rutgers University and the Scarecrow Press, Inc. London, 1993, pp.161 - 179.

Ministère de la santé et des services sociaux. Une réforme axée sur le citoyen, Québec, 1990, 91 pages.

Ministère de la santé et des services sociaux, Un financement équitable à la mesure de nos moyens, Québec, 1991, 128 pages.

NEWMANN, J.E., HOLTI, R., STANDING, H., Change everything at once!, the Tavistock Institute, Management Books 2000 Ltd, Oxfordshire, 1995, 296 pages.

Participative management, Harvard Business Review, Boston, 1991, 115 pages.

PERRON, G., La gestion participative: Mobilisez vos employés, Ed. Transcontinental, Montréal, 1997, 208 pages.

QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, Paris, 1988, 271 pages.

Revue de la négociation collective (remplacée depuis mars 1998 par la Gazette du travail) tous les numéros publiés de janvier 1990 au printemps 1999 (vol.2, no.1) Développement des ressources humaines, Canada, Ottawa.

RONDEAU, A., LEMELIN, M., LAUZON N., "Les pratiques de mobilisation: vers une typologie d'activités favorisant l'implication au travail et l'engagement organisationnel", Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Montréal, 1993.

RONDEAU, A., LEMELIN, M., "Implantation et impact des pratiques de gestion mobilisatrices au Québec", Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Montréal, 1990.

RONDEAU, A. LEMELIN, M., TREMBLAY, M. LAUZON, N., "Les stratégies de mobilisation des ressources humaines". Ecole des Hautes Etudes commerciales, Montréal, 1991.

ROULEAU, L. La participation des travailleurs dans l'entreprise: un état de situation, Gouvernement du Québec, 1986, 210 pages.

SCOTT, C.D., Le nouveau concept du management: l'empowerment: comment dynamiser l'entreprise en déléguant les pouvoirs, Editions Agence d'Arc, Québec, 104 pages.

SERIEYX, H., Le big bang des organisations: quand l'entreprise, l'Etat, les régions entrent en mutation, Paris, Calmann - Lévy, 342 pages.

TETREAUULT, BENOIT, L'intégration de la productivité et de la gestion intégrale de la qualité au Centre hospitalier régional de Lanaudière, Rapport d'intervention, Montréal, 1997, 128 pages.

TRIST, E., "The evolution of socio-technical systems, a conceptual framework and an action research program", Paper presented at the Conference on organizational design an performance, 1980, 61 pages.

YIN, R.K., Case study research: Design and Methods, Newbury Park, Cal., Sage pub., 1984;

A P P E N D I C E "A"

LISTE DES SYNDICATS

A P P E N D I C E "A"
LISTE DES SYNDICATS

NOM DES SYNDICATS	AFFILIATION	NOMBRE DE MEMBRES
- Syndicat des employé(e)s généraux du CHRDL	FAS-CSN	1,128
- Syndicat des infirmiers & infirmières auxiliaires	FAS-CSN(1)	248
- Syndicat des infirmiers & infirmières de Joliette	FIIQ	662
- Syndicat des techniciennes & techniciens médicaux	FAS-CSN	6
- Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec	CPS	73
- Association professionnelle des inhalothérapeutes du Québec	CEIQ	34
- Syndicat professionnel des techniciens en radiologie médicale du Québec	CPS	37
- Association des techniciennes en diététique du Québec	CPS	29

(1) En 1980, le syndicat des infirmiers et infirmières auxiliaires était intégré au syndicat des employés(e)s généraux du CHRDL. En 1983, les infirmières auxiliaires se sont désaffiliées et ont formé leur syndicat en s'associant avec l'APIIAQ. En 1989, les infirmières auxiliaires se sont dissociées et ont formé un syndicat autonome affilié à la FAS-CSN.

- Syndicat des professionnels & professionnelles des affaires sociales du Québec.	FAS-CSN	67
- Association professionnelle des physiothérapeutes du Québec	CPS	19
- Syndicat professionnel des diététistes du Québec	CPS	14
- Syndicat des personnes salariées du CSS Laurenti- des Lanaudière.	FAS-CSN	23

A P P E N D I C E "B"
LE PROJET D'ENTREPRISE DU CHRDL

LE PROJET D'ENTREPRISE DU CHRDL

Le CHRDL a pour mission de dispenser des soins et des services de santé spécialisés, de la plus haute qualité, à la population des quatre MRC du nord de Lanaudière de manière à assurer l'autosuffisance de la région. Ces soins et services doivent répondre aux attentes et aux besoins de la clientèle et ce au moindre coût.

Le CHRDL a la responsabilité de vérifier la réalisation de sa mission en mesurant la satisfaction de la clientèle, en gérant efficacement les plaintes et consécutivement en prenant toutes les actions internes et externes nécessaires à l'amélioration de la qualité des services.

Dans cette démarche, le CHRDL s'associe étroitement à sa clientèle et à ses partenaires pour remplir sa mission. L'établissement responsabilise chacun de ses partenaires internes afin d'optimiser son action. À l'externe le partenariat recherche une continuité de soins.

Le CHRDL considère sa clientèle collectivement et individuellement. À cet égard il veut éliminer la surqualité individuelle pour distribuer équitablement les ressources ; il veut utiliser les ressources de la manière la plus pertinente et la plus efficiente, en se comparant aux hôpitaux les plus performants pour offrir le plus de services possible, à l'intérieur de ses limites budgétaires ; il vise la plus grande accessibilité et la plus grande équité des soins.

Toujours dans le but d'offrir le plus de soins possible, le CHRDL s'engage à diminuer au minimum ses dépenses administratives au profit des investissements cliniques, à gérer efficacement les risques, à minimiser les coûts par la prévention et à maximiser ses revenus.

Comme les employés, les gestionnaires et les médecins constituent la force et le moyen d'agir du CHRDL, celui-ci élabore un plan de développement des ressources humaines et des politiques visant à assurer le bien-être de chacun au travail.

Dans l'optique de produire des services de haute qualité à moindre coût, le CHRDL mobilise et engage chacun de ses membres dans la prise de décision et dans l'action. Il confie à chacun un niveau de responsabilité et de pouvoir qui correspond à son niveau d'intervention dans l'action concrète. La reddition de comptes se fait par l'énoncé d'objectifs et le suivi des résultats.

Chacun est évalué sur la qualité des services qu'il rend, son niveau de performance et le respect de l'enveloppe budgétaire dont il est responsable.

Le respect, l'autonomie, l'initiative, la créativité, la reconnaissance, la compassion, la confidentialité sont les valeurs qui guident chacun dans l'action. Elles sont présentes dans nos rapports avec les clients ultimes, les collègues, les clients intermédiaires et nos partenaires externes.

SOURCE : JEAN-CLAUDE BERLINGUET, DSPH-CHRDL.

A P P E N D I C E "C"

LA PHILOSOPHIE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

MANUEL DE GESTION (TOME 2)

DIRECTION: DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

UNITÉ ADMINISTRATIVE: _____

DATE: Décembre 1992 RESPONSABLE: Michèle Côté - DRH

LA PHILOSOPHIE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Au CHRDL, les ressources humaines sont plus que la ressource la plus importante de l'entreprise, elles constituent l'entreprise elle-même. Les ressources humaines sont mobilisées et fières d'offrir aux usagers des services de haute qualité.

Chez nous, gérer les ressources humaines c'est assurer à l'organisation des ressources aptes à réaliser sa mission et ses objectifs.

Ce faisant, au CHRDL, les gestionnaires et les employés partagent les informations qu'ils détiennent afin que chacun se sentent concernés par la réalisation des objectifs communs. La circulation des informations est une responsabilité partagée entre tous les intervenants du CHRDL. L'employé parle ouvertement. Les communications dans l'organisation sont directes, honnêtes et basées sur une confiance mutuelle.

Au CHRDL, le développement de notre personnel est une priorité. Le personnel a l'opportunité de se développer en fournissant un travail qui correspond à son potentiel. Pour les atteindre, l'organisation a sans cesse la préoccupation d'agir sur la qualité de vie au travail. Des programmes en gestion de ressources humaines sont élaborés et mis en application afin d'accentuer l'autonomie professionnelle et le cheminement de chacun dans l'organisation. Ceux-ci permettront de développer chez le personnel le sens de "l'autocontrôle", c'est-à-dire la capacité d'évaluer ses actions et de les corriger, si nécessaire.

Au CHRDL, les employés participent à la gestion et à la prise de décision selon le modèle de gestion participative retenu. L'organisation leur présente des défis et ils partagent les risques avec elle. L'organisation favorise le travail d'équipe et l'employé s'y engage. Chaque membre de l'équipe de travail a droit au respect de ses collègues et chacun développe un sentiment d'appartenance au CHRDL, à sa direction et enfin à son équipe de travail. Tout le personnel travaille à la réalisation des orientations et des objectifs de l'organisation.

Au CHRDL, le personnel est impliqué dans la gestion des processus de travail et contribue au décloisonnement des services notamment par la collaboration interdirections.

Au CHRDL, on reconnaît la performance d'un individu et celle d'une équipe de travail. Le personnel reçoit de la rétroaction sur son travail et il est appuyé dans la réalisation des objectifs. La direction tend à promouvoir la contribution de son personnel mais ces derniers en demeurent les principaux responsables.

Au CHRDL, les activités d'amélioration de la qualité sont encouragées et les efforts individuels et collectifs sont reconnus et récompensés. L'organisation valorise son personnel et celui-ci est fier d'appartenir au CHRDL.

Date: Décembre 1992

Signature du directeur général



Maurice Blais

A P P E N D I C E "D"
**LES PRINCIPES ET LES BALISES DE LA GESTION
PARTICIPATIVE**



Centre
Hospitalier
Régional
De Lanaudière

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

***LES PRINCIPES ET LES BALISES
DE LA GESTION PARTICIPATIVE***

FÉVRIER 1996

(Mise à jour : 1996-04-15)

■ INTRODUCTION

La gestion participative s'inscrit dans le cadre de la philosophie de gestion du CHRDL basée sur l'amélioration continue de la qualité.

Conformément à l'énoncé de sa mission, le CHRDL adopte une philosophie de gestion organisationnelle fondée principalement sur le concept de l'amélioration continue de la qualité, concept qui :

- *Fait du client ultime (l'utilisateur) et de ses besoins, l'argument déterminant de tout le processus de mise en disponibilité des soins et des services de santé compte tenu de la mission du centre hospitalier;*
- *Fait du client intermédiaire (le médecin, l'employé, et les partenaires sociaux et économiques) et des attentes du client ultime (l'utilisateur), la pierre angulaire de tous les processus de production et d'accès aux soins et services de santé.*
- *Fait du «citoyen payeur» la mesure réelle de la capacité collective de financer des soins et services de santé.*

Pour permettre l'actualisation de cette philosophie de gestion, quelques valeurs fondamentales sont mises de l'avant dont les suivantes :

- ▶ *La responsabilisation des producteurs de soins et services, et des gestionnaires;*
- ▶ *L'autonomie des producteurs de soins et services, et des gestionnaires;*
- ▶ *L'obligation de rendre compte de son autonomie dans la prise en charge de ses responsabilités;*
- ▶ *L'esprit d'équipe.*

Dans ce contexte, l'implantation de la gestion participative s'avère être un objectif prioritaire du CHRDL et est partie intégrante de l'objectif long terme suivant :

«Pour assurer et consolider sa mission (offre de services) en accord avec les données de l'environnement externe, le CHRDL aura d'ici cinq ans, relevé de façon significative et irréversible le défi-client, le défi-économique et le défi-participation.»

Les buts visés:

1. *Décentraliser le pouvoir décisionnel*
2. *Améliorer la qualité des soins et des services*
3. *Favoriser la satisfaction des besoins des clients à meilleur coût*
4. *Améliorer la productivité*
5. *Améliorer la qualité de vie au travail*

■ **DÉFINITION DE LA GESTION PARTICIPATIVE :**

La gestion participative est un mode de gestion qui permet aux intervenants de participer activement à la prise de décision concernant le fonctionnement et l'organisation de leur unité de travail (organisation du travail) en vue d'améliorer la qualité des soins ou des services, le niveau de satisfaction de la clientèle et la qualité de vie de l'ensemble du personnel qui y oeuvre, et ce à l'intérieur des ressources disponibles et dans le respect du rôle des représentants syndicaux tel que défini dans les conventions collectives.

■ **LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA GESTION PARTICIPATIVE AU CHRDL**

1. *Une information de qualité et une communication continue entre tous les intervenants sont une conditions essentielle à l'implantation de la gestion participative au CHRDL.*
2. *En parallèle à l'expérimentation de la gestion participative dans quelques unités pilotes, développer une mentalité participative dans l'organisation (vertical et horizontal, tenir compte des liens sur les autres unités, consulter les autres groupes) :*
 - *Pour toute décision ayant un impact sur la qualité des services et sur la qualité de vie au travail, développer la préoccupation de faire participer les intervenants en contact direct avec les clients (peut mandater une personne responsable de la consultation).*
 - *Pour toute décision ayant un impact sur la qualité des services et sur la qualité de vie au travail, favoriser la concertation entre les directions concernées, les groupes d'intérêt concernés (syndicats, médecins, autres corporations, etc.)*

3. *Pour assurer une cohérence et une continuité dans l'implantation de la gestion participative, il sera important de démontrer une approche participative à tous les niveaux hiérarchiques :*
- ▶ *de la direction générale aux directeurs*
 - ▶ *des directeurs aux chefs de service et d'unité*
 - ▶ *des chefs de service et d'unité aux employés*
4. *L'approche visée par le CHRDL consiste essentiellement à relever le défi-participation en favorisant d'abord une implantation progressive de la gestion participative dans les unités pilotes mais en favorisant à long terme la création d'équipes semi-autonomes. Plus précisément, cette approche préconise la responsabilisation des équipes de base (sur le terrain) tout en tenant compte des liens avec les autres équipes qui gravitent autour (vision organisationnelle). (Pour plus de détails concernant la notion d'équipes semi-autonomes, nous vous référons à l'annexe I).*
5. *Même si l'objectif ultime est la création d'équipes semi-autonomes, il est important de reconnaître que la responsabilisation est un processus évolutif. Dans le contexte actuel, nous nous situons dans une structure hiérarchique, et il faut donc accepter comme principe qu'on ne peut imputer aux équipes des résultats sur lesquels elles n'ont pas de contrôle. «Il ne peut y avoir de pouvoir réel sans imputabilité, ni imputabilité sans pouvoir*».*

** (Par pouvoir, nous voulons dire «pouvoir faire» en terme de marge de manoeuvre, capacité à faire des choses, capacité d'influencer).*

Cependant, en aucun cas, la gestion participative ne pourra mettre en péril la mission de l'organisation.

- *Évolution du processus participatif devra se faire dans le respect de la structure hiérarchique et des conventions collectives.*
- *Évolution du processus participatif devra tenir compte de la maturité des équipes.*
- *Évolution du processus participatif pourra impliquer des réaménagements de tâches, des modifications des systèmes de décision, des révisions de rôles et de responsabilités.*

6. *L'implantation de la gestion participative exige un changement de mentalité chez les directeurs et les cadres intermédiaires ainsi qu'une remise en question importante des modes de fonctionnement.*

■ **DÉFINITION DE L'EXPÉRIMENTATION PILOTE :**

À partir de principes généraux, de balises et de quelques modalités, favoriser au sein des unités pilotes la responsabilisation progressive des membres dans le processus de prise de décision. Évaluer avec les équipes les conditions facilitantes et les irritants à l'implantation de la gestion participative.

L'expérimentation pilote nous permettra d'identifier plus précisément les conditions facilitantes à la création d'équipes semi-autonomes.

■ **MODALITÉS ET BALISES DE L'EXPÉRIMENTATION PILOTE :**

1. **Les balises à la participation** (il s'agit d'un point de départ)

• **Les limites organisationnelles :**

Dans la structure actuelle, le chef de service conserve comme pouvoir :

- ▶ *le contrôle de la qualité des activités cliniques*
- ▶ *la planification des ressources*
- ▶ *le contrôle et la discipline*
- ▶ *le processus de délégation*

Dans la structure actuelle, le chef de service délègue comme pouvoir :

- ▶ *l'organisation du travail*
- ▶ *les processus de travail*
- ▶ *le climat de travail*

• **Le processus de participation :**

- *Chaque unité décide des modalités afin de permettre aux idées ou opportunités d'amélioration ou solutions de problèmes qu'elles puissent s'intégrer au processus de décision.*

- *Toute idée, opportunité ou solution à un problème pourra être soumise au chef qui, en collaboration avec l'équipe, enclenchera le processus de participation à la décision. Toute idée pourra provenir d'une personne ou d'un groupe de l'équipe, d'une autre équipe ou d'autres directions.*

- **Les rôles spécifiques :**

Les employés des unités pilotes ont la responsabilité de faire part des idées, opportunités d'amélioration, solutions de problèmes parce qu'ils sont partie intégrante de l'équipe et sont concernés par tout ce qui concerne la vie de l'équipe.

- **Le chef de service :**

Il est responsable de stimuler son équipe dans l'identification des idées, opportunités d'amélioration, solutions de problèmes.

Dans le processus de résolution de problèmes, de formulation d'idées, il a la responsabilité d'informer l'équipe des principaux éléments à considérer dans la prise de décision.

Aider l'équipe à établir des priorités.

Faciliter les interactions au sein de l'équipe :

- ▶ *Encourager une participation équilibrée*
- ▶ *Susciter la créativité*

Pratiquer l'écoute active

Partager son leadership

Responsabiliser les membres de son équipe.

- **Animateur et secrétaire :**

Lorsque des rencontres d'équipe sont requises, les rôles d'animateur et de secrétaire demeurent essentiels mais pourraient être exercés sur une base rotative et volontaire.

- **Délégué de l'équipe :**

Lorsqu'une idée, opportunité d'amélioration ou solution à des problèmes, a des impacts sur d'autres unités ou à un niveau supérieur dans la hiérarchie, un délégué de l'équipe accompagne le chef de service pour présenter l'idée, l'opportunité d'amélioration ou la solution à des problèmes. (Le délégué pourrait être différent en fonction des dossiers).

- **Le mode de prise de décision :**

- *Le consentement est suggéré puisqu'il favorise l'expression de tous ceux qui ont travaillé ou toute l'équipe, selon le cas, valorise la qualité des arguments et vise l'enrichissement de l'idée, l'opportunité d'amélioration ou la solution proposée.*

Le consentement consiste à demander aux individus participant à une prise de décision s'ils ont des objections face à l'idée, l'opportunité d'amélioration ou la solution de problème proposée et si oui, quels sont les arguments qui appuient leurs objectifs. En conclusion, ces objections peuvent enrichir l'idée initiale ou la rejeter en fonction de la qualité des arguments entendus.

- *Ce mode de prise de décision n'en exclut aucun autre tels le consensus, le vote pondéré, etc.*
- *Dans la mesure où une idée, opportunité d'amélioration ou solution a été discutée de bonne foi par les parties et qu'une majorité de l'équipe adhère à une solution et que le chef de service ou d'unité s'y oppose, la proposition sera évaluée au Comité de direction supérieur. Ce processus permettra aux deux parties de bénéficier d'un éclairage neutre et avec une perspective plus globale.*

■ **LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES INSTANCES IMPLIQUÉES :**

• **Directeur général**

- ▶ *Responsabilité hiérarchique et stratégique*
- ▶ *Porte-étendard du projet qualité*
- ▶ *Maître d'oeuvre de l'implantation du projet*
- ▶ *Leadership du projet.*

• **Directions impliquées**

- ▶ *Responsabilité opérationnelle*
- ▶ *Soutenir les démarches concrètes*
- ▶ *Réduire les barrières bureaucratiques*
- ▶ *Maître d'oeuvre de l'implantation du projet dans sa direction.*

• **Comité directeur**

- ▶ *Initier, implanter, concerter, soutenir, évaluer les expériences pilotes.*
- ▶ *Tout au long de l'expérimentation, sera appelé à prendre les décisions qui s'imposent en fonction des résultats obtenus, des problèmes rencontrés, des ajustements requis.*
- ▶ *Évaluation des résultats et réajustements au modèle.*

• **Direction des ressources humaines**

- ▶ *Encadrement technique, formation et soutien professionnel reliés à l'implantation de la gestion participative au CHRDL.*
- ▶ *Fournit les outils, ressources nécessaires à l'implantation de la gestion participative.*
- ▶ *Évaluation rigoureuse de l'expérimentation.*

• **Membres des unités pilotes**

- ▶ *Participent de façon volontaire à l'expérimentation*
- ▶ *Leur rôle est déterminant quant au feed-back qu'ils fournissent à l'égard de l'expérimentation : ce qui marche bien, ce qui marche moins bien.*

- **Les syndicats**
 - ▶ *Sont des partenaires au niveau de l'évaluation de l'expérimentation*
 - ▶ *À partir des informations fournies et recueillies, fournissent au Comité directeur leurs commentaires d'enrichissement, de réajustement, etc.*
 - ▶ *Mise en place d'un mécanisme d'information continue : Favoriser l'échange et le feed-back tout au long de l'expérimentation.*

- **Évaluation du projet pilote :**
 - *Le processus d'évaluation continue tout au long du projet pilote visera à faire ressortir les modalités facilitantes, les irritants afin d'ajuster les balises à l'implantation de la gestion participative.*
 - *Le processus d'évaluation continue visera à identifier les conditions d'implantation à la gestion participative dans l'ensemble de l'organisation.*
 - *Le processus d'évaluation continue visera à recueillir les résultats obtenus, et leurs impacts et faire connaître ces derniers à l'ensemble de l'organisation.*
 - *Enfin, en parallèle à l'évaluation du projet pilote, il s'agira de documenter les expériences participatives déjà existantes au CHRDL afin d'enrichir notre compréhension des conditions facilitantes à l'implantation de la gestion participative. (Le Service de stérilisation a été un secteur clairement identifié comme exemple d'équipe semi-autonome).*

■ **DÉFINITION DES ÉQUIPES SEMI-AUTONOMES**

«Groupe d'employés responsables d'un produit ou d'un service qui avec des outils, des systèmes de gestion et un minimum de supervision accomplit de façon autonome certaines tâches jusqu'alors effectuées par la direction.»

■ **LES PRINCIPES À LA BASE DES ÉQUIPES SEMI-AUTONOMES**

1. *La structure de l'organisation est aplanie afin de favoriser les liens horizontaux (les liens entre les équipes sont renforcés mais sans perdre de vue la perspective organisationnelle).*
2. *Dans ce contexte, le rôle du gestionnaire consiste essentiellement à gérer les frontières entre les équipes (gestion des responsabilités et limites respectives).*
3. *Le principe de l'optimisation conjointe met de l'avant la maximisation de l'atteinte des résultats pour l'organisation ainsi que la maximisation de la satisfaction des employés. (Ces deux dimensions ne doivent pas s'opposer mais se rejoindre).*
4. *C'est l'équipe comme ensemble qui doit performer et rencontrer les résultats attendus par la direction.*
5. *Le principe précédent fait appel à la capacité d'auto-contrôle des membres de l'équipe.*
6. *Dans cette approche, les employés sont capables de détecter les écarts par rapport aux normes établies, tant au niveau de la qualité qu'au niveau de la quantité de la production des soins et des services et d'y remédier.*
7. *Le développement de la collégialité au sein de l'équipe et de la coopération entre les équipes permettront le fonctionnement harmonieux des équipes semi-autonomes (collégialité = éviter apparition de conflits liés aux jeux de pouvoirs, leaders naturels. La coopération = ne pas perdre de vue l'objectif commun, soit l'organisation et la clientèle).*
8. *Le développement de plusieurs habiletés est nécessaire à la mise en place des équipes semi-autonomes. Si l'on pense aux éléments de compréhension exigés,*

par exemple: compréhension du budget, des conventions collectives, etc. et de la polyvalence à développer.

9. *L'engagement de tous est essentiel compte tenu des changements et efforts demandés.*
10. *L'esprit d'innovation.*

Exemples de dimensions pouvant être déléguées aux équipes toujours en tenant compte de l'imputabilité des chefs de service concernant les activités clinico-administratives et considérant les possibilités et limites fixées par les conventions collectives.

Dimension administrative :

- *Les fiches de présence*
- *Les plaintes des clients*
- *Les problèmes de santé et sécurité*
- *Les budgets*
- *Les activités d'amélioration de la qualité*
- *Etc.*

Dimension opérationnelle :

- *Planifier les ressources*
- *Organiser le travail*
- *Planifier le temps supplémentaire*
- *Planifier les horaires*
- *Prioriser les équipements à réparer*
- *Planifier l'entretien préventif*
- *Etc.*

Dimension de gestion :

- *Participer à l'embauche*
- *Gestion de l'attribution des vacances*
- *Évaluer la performance de l'équipe*
- *Adresser les besoins de formation*
- *Adresser les exigences spécifiques des clients en relation avec les ressources disponibles et les priorités.*

Dimension équipe :

- *Développement d'équipe*
- *Animation de réunions*
- *Partage du leadership*
- *Gestion des conflits*
- *Etc.*

Rôle des gestionnaires - coach :

En plus des éléments mentionnés dans le document de base, voici quelques considérations spécifiques au contexte des équipes semi-autonomes :

- ▶ *Gérer les frontières de l'équipe*
- ▶ *Coordonner les activités de l'équipe en lien avec les autres équipes*
- ▶ *Former l'équipe aux habiletés reliées au travail et au développement d'équipe*
- ▶ *Former ou supporter la reconnaissance formelle et informelle*

Il faut également considérer que l'avènement des équipes autonomes implique des étapes précises de transfert des activités et des responsabilités. À titre d'exemples :

- ▶ *Identification des dimensions à transférer*
- ▶ *Informar l'équipe de la dimension à transférer (les balises)*
- ▶ *Nommer un représentant de l'équipe comme responsable du transfert de l'activité/responsabilité*
- ▶ *Préparer le transfert vers l'équipe (analyser le processus, étudier les impacts, définir les responsabilités, développer un système de mesure, établir un mode de gestion de l'activité, responsabilité transférée)*
- ▶ *Ensuite formation de l'équipe sur la dimension à transférer et transfert de l'activité/responsabilité puis suivi et mise sous contrôle de l'activité.*

A P P E N D I C E "E"
EVOLUTION DES TAUX DE PRODUCTIVITE

ÉVOLUTION DU TAUX DE PRODUCTIVITÉ

TREMLIN	1995-1996	1996-1997	1997-1998
HRES TRAV	27 703	27 573	29 084
UNITÉS DE MESURE	7 638	10 441	11 640
HRES TRAV. / UN.	3,63	2,64	2,50

7-A	1995-1996	1996-1997	1997-1998
HRES TRAV	65 805	66 638	68 436
UNITÉS DE MESURE	15 550	16 546	15 848
HRES TRAV. / UN.	4,23	4,03	4,32

3e CSE	1995-1996	1996-1997	1997-1998
HRES TRAV	31 203	29 130	29 186
UNITÉS DE MESURE	14 512	14 552	14 608
HRES TRAV. / UN.	2,15	2,00	2,00