

Université de Montréal

Les fermetures de centres hospitaliers à Montréal:
L'impact de la réorganisation des services de santé et
des services sociaux sur la santé des cadres

par

Rachel Fournier

École de 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.)
en relations industrielles

Mars 1999

© Rachel Fournier, 1998

Université de Montréal
Faculté des Études Supérieures

Ce mémoire intitulé:

Les fermetures de centres hospitaliers à Montréal:
L'impact de la réorganisation des services de santé et
des services sociaux sur la santé des cadres

présenté par:

Rachel Fournier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Marcel Simard : Président du jury

Pierre Durand : Directeur de recherche

Stéphane Renaud : Membre du jury

Mémoire accepté le 8 avril 1999

Sommaire

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSM-C), telle que le prévoit la réforme de la santé et des services sociaux, a mis de l'avant toutes les dispositions nécessaires afin de rencontrer l'objectif d'un nouvel équilibre entre les besoins de la population, les services à offrir et les ressources disponibles. C'est dans cette perspective que le plan de la réorganisation des services sur le territoire de Montréal a débuté le 1^{er} avril 1996, amenant ainsi la fermeture de plusieurs centres hospitaliers et le changement de vocation de certains autres. Les ressources humaines ont été la cible privilégiée des coupures gouvernementales puisqu'elles constituent en moyenne pour 80% du budget des établissements (Conseil de la santé et du bien-être, 1995).

Nous nous sommes intéressés à l'intérieur de ce mémoire à ce que ressentent les cadres qui perdent leur emploi. À travers leurs perceptions et l'histoire personnelle de chacun, nous tenterons d'identifier l'impact sur la santé des cadres de l'hôpital Bellechasse et du Centre Hospitalier Reddy Memorial suite à la réorganisation des services dans la région de Montréal-Centre. Plus spécifiquement, notre question de recherche est la suivante : dans quelle mesure la réorganisation des services dans la région Montréal-Centre a-t-elle un impact sur la santé des cadres?

À l'aide d'une revue de la littérature pertinente, nous verrons que la réorganisation des services sur l'île de Montréal repose sur les principes de la décroissance (downsizing) et que des effets variables peuvent être anticipés sur l'ensemble du système de santé. En fait, nous verrons que bien que des impacts négatifs soient prévisibles lorsque l'on procède à des mises à pied et fermetures d'établissements, nous croyons que des interventions adaptées auraient pu atténuer ces effets sur la santé du personnel d'encadrement. Les résultats de notre étude le démontre, la qualité d'une part, du processus de communication et d'autre part, de la planification du déroulement des opérations menant à la fermeture ont une grande influence sur la réaction des personnes concernées. Nous avons constaté que les personnes ont besoin régulièrement d'écoute et d'information sur le déroulement des opérations pour adhérer au plan d'action de l'organisation.

Ainsi, cette recherche exploratoire a voulu démontrer que la façon dont est menée une opération de décroissance aura une incidence sur sa réussite en plus d'entraîner des conséquences non négligeables à plusieurs niveaux. Bref, nous savons que l'information et la participation des employés tout au long du processus de décroissance semblent déterminantes au succès d'une activité de cette envergure.

Table des matières

	<u>Pages</u>
Sommaire.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Chapitre 1: Objet et problématique de recherche.....	8
1.1 L'objet d'étude.....	8
1.2 La problématique.....	12
1.3 L'état de la littérature.....	21
Chapitre 2: Cadre conceptuel.....	36
2.1 Le cadre théorique.....	36
2.2 Le modèle de recherche.....	38
2.2.1 Hypothèses.....	39
2.2.2 Modèle conceptuel.....	40
2.2.3 Objectifs.....	43
Chapitre 3: Méthodologie de recherche.....	44
3.1 Le devis de recherche.....	44
3.2 La description des centres hospitaliers.....	45
3.3 La constitution de l'échantillon.....	49

Table des matières (suite)

	<u>Pages</u>
3.4 La méthode de collecte des données.....	52
3.5 L'opérationnalisation des variables.....	54
3.6 L'analyse des données	59
Chapitre 4: Résultats.....	61
4.1 Les caractéristiques individuelles des participants.....	61
4.2 Les principaux problèmes de santé des cadres.....	65
4.3 Les indicateurs de santé des employés du réseau.....	67
4.4 Le degré de satisfaction des cadres.....	72
4.5 Les suggestions proposées par les cadres.....	77
4.6 L'appréciation qualitative des données.....	80
Chapitre 5: Discussion et interprétation des résultats.....	83
5.1 Vérification des hypothèses.....	83
5.2 Les raisons associées aux difficultés d'adaptation des cadres.....	88
5.3 Les autres facteurs ayant un impact sur le niveau d'adaptation des cadres.....	90
5.4 Les limites des résultats.....	95
Conclusions.....	97
Bibliographie.....	101

Table des matières (suite)

	<u>Pages</u>
Annexes.	113
A. Tableau de comparaison des paramètres des études consultées.....	115
B. Questionnaire des participants version française.....	120
C. Questionnaire des participants version anglaise.....	132
D. Questionnaire des informateurs-clé.....	144
E. Formulaire de consentement version française.....	148
F. Formulaire de consentement version anglaise.....	151
G. Proposition de participation à la recherche.....	154
H. Les Dix Étapes de la Survie.....	156

**Pour alléger le texte du présent document, le générique masculin inclut le féminin.*

Liste des tableaux

	<u>Pages</u>
Tableau 1.1 Impact sur les ressources humaines.....	15
Tableau 2.1 Comparaison des paramètres des études consultées.....	115
Tableau 3.1 Établissements touchés par le plan de réorganisation.	45
Tableau 3.2 Sommaire comparatif des établissements participants.....	49
Tableau 3.3 Constitution de l'échantillon - Personnel cadre.	51
Tableau 3.4 Opérationnalisation des variables du modèle conceptuel.....	54
Tableau 4.1 Caractéristiques démographiques des participants.	63
Tableau 4.2 Principaux problèmes de santé perçus par les participants.....	66
Tableau 4.3 Congés-maladie et assurances-salaire de 1992-93 à 1994-95 Absences exprimées en heures.....	68
Tableau 4.4 Congés-maladie et assurances-salaire de 1992-93 à 1994-95 Coûts en absence.....	69
Tableau 4.5 Le niveau de satisfaction des cadres.....	73
Tableau 4.6 Le niveau de satisfaction des cadres face aux différentes instances décisionnelles.	76
Tableau 4.7 Suggestions des cadres.	78

Liste des figures

	<u>Pages</u>
Figure 1.1 Modèle de la dynamique du stress.....	27
Figure 1.2 Modèle de réaction des survivants.....	32
Figure 2.1 Modèle conceptuel de recherche.....	41

Remerciements

Le présent mémoire a nécessité un nombre considérable de démarches auprès de différentes instances et individus. C'est pourquoi je souligne ici l'aide précieuse de tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord je désire exprimer, ma gratitude à mon directeur de recherche, M. Pierre Durand, pour son appui, ses conseils et l'encadrement fourni.

Également ma profonde reconnaissance à Messieurs Michel Poissant et Neil Beauchamp, directeurs des ressources humaines, pour leur précieuse collaboration à la réalisation des entrevues dans leur centre hospitalier respectif.

Finalement, je tiens à remercier particulièrement les participants à cette étude qui ont bien voulu me rencontrer et partager avec moi ce qu'ils vivaient à quelques semaines seulement de la fermeture de leur établissement. Sans leur disponibilité et la confiance qu'ils m'ont accordées lors des entrevues, cette étude n'aurait pu se concrétiser.

Je remercie par la même occasion les Drs. Grace Tan et Patricia Boston de l'université McGill pour leur contribution au concept initial du projet et leurs suggestions lors de l'élaboration du questionnaire.

Enfin, un merci profond à mon conjoint ainsi et à ma famille pour leur support continu ainsi qu'à Madame Marie-Andrée Lavoie ma précieuse amie pour ses connaissances sur le réseau de la santé et la pertinence de ses commentaires.

Introduction

Comme plusieurs pays occidentaux, ainsi que toutes les provinces canadiennes, le Gouvernement du Québec a entrepris depuis 1990 le projet de réformer son système de services de santé (Conseil de la santé et du bien-être, 1995). Après plusieurs travaux, dont la Commission Rochon (1988), l'idée progressait que les finances publiques ne pouvaient plus maintenir un pareil système de services universels et le financer, principalement à même les fonds publics, sans qu'il n'y ait une révision en profondeur de l'organisation des services dans ce réseau.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSSM-C), telle que le prévoit la réforme de la santé et des services sociaux, entend prendre toutes les dispositions nécessaires afin de rencontrer l'objectif d'un nouvel équilibre entre les besoins de sa population, les services à offrir et les ressources disponibles. Ce défi est d'envergure puisque le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) demande à la Régie régionale de faire l'exercice d'estimer les besoins actuels et futurs de la population en lui rendant accessible une gamme complète de services sur le plan de la qualité et de la quantité et ce, de façon abordable au plan des ressources humaines, financières et matérielles. En fait, le mandat de la RRSSSM-C est de revoir l'ensemble des services offerts sur son territoire en vue de rechercher ce nouvel équilibre tout en poursuivant l'objectif de diminuer les dépenses récurrentes de 190 M\$ sur

une période de cinq (5) ans.

C'est dans cette perspective que le plan de mise en oeuvre de la réorganisation des services sur le territoire de Montréal a débuté le 1er avril 1996, amenant la fermeture de plusieurs centres hospitaliers et le changement de vocation de certains autres. À l'intérieur de cette vague de bouleversements majeurs, les ressources humaines ont fait l'objet d'une attention particulière. Elles ont toujours été considérées au cœur des services de santé, tant sur le plan humain que sur le plan financier. Elles ont été la cible privilégiée des coupures gouvernementales du fait que les ressources humaines constituent en moyenne 80% du budget des établissements (Conseil de la santé et du bien-être, 1995). On comprend alors que l'économie substantielle envisagée par la réorganisation des services, par la fermeture et la conversion de mission des établissements, a entraîné des mouvements et une diminution significative de la main-d'oeuvre notamment chez les cadres.

Ainsi, la gestion de la décroissance motivée par la RRSSSM-C pour procéder au redressement des dépenses sur son territoire, laisse présager des impacts de différentes intensités, et de différents ordres sur la santé de l'ensemble des employés de ce réseau dont les cadres. On peut aussi se demander si le fait d'oeuvrer dans le secteur de la santé et des services sociaux où la fermeture éventuelle du milieu de travail était peu probable, a contribué à une relation de dépendance plus grande des cadres intermédiaires et supérieurs envers leur

établissement-employeur. Quoiqu'il en soit, les cadres des établissements visés par une fermeture doivent affronter la perte de leur emploi. C'est pour eux une catastrophe tout comme pour ceux et celles qui ont survécu aux suppressions de postes. Ainsi, on peut présager que ce personnel souffrira de symptômes similaires à ceux des survivants puisqu'il devra passer à travers le même processus de deuil. Il devra faire face à la perte d'un emploi tout comme les survivants devront s'adapter aux changements apportés à un environnement de travail qui leur était familier.

À cet égard, plusieurs études traitant des implications au plan pratique de la gestion de la décroissance, témoignent du fait que l'étude des survivants est d'une grande utilité pour les organisations. Elle leur permet de prévoir et/ou diminuer les répercussions négatives que peuvent avoir les réactions de ce personnel sur la productivité et l'efficacité organisationnelle. Le chercheur Armstrong-Stassen (1989) nous fait part des raisons qui justifient selon lui la pertinence d'étudier l'impact des coupures de personnel sur les survivants:

"The investigation of the impact of work-force on those employees who remain in the organization has important theoretical and practical significance. Organizations are beginning to realize that layoffs and terminations are accompanied by hidden costs that in the long run may outweigh the short-term costs savings."(p.4)

Au plan individuel, le syndrome du survivant a été défini en psychiatrie clinique suite à la première guerre mondiale (Andreasen, 1980; 1985). Ce dernier a alors associé le stress post-traumatique que l'on retrouve chez les individus affectés par la perte de leur emploi à d'autres catastrophes: des tragédies naturelles (par

exemple, les tremblements de terre), des tragédies accidentelles (par exemple, les écrasements d'avion) ou des évènements reliés à la guerre (par exemple, les camps de concentration). Les catastrophes sont définies comme des évènements traumatiques qui affectent l'équilibre émotionnel ou les rapports interpersonnels et sociaux d'une ou de plusieurs personnes. Les survivants recouvrent alors la vie avec une empreinte de mort et un état de deuil profond lié à la perte d'êtres humains ou encore à la perte de l'état de santé globale qui prévalait avant l'évènement traumatique.

Les cadres tout comme les survivants font face à une situation extrême que l'on peut désigner comme «un ensemble d'évènements qui plongent les individus dans des conditions radicalement différentes de leur vie habituelle». Fisher (1994) la caractérise d'abord par une intensité qui sort de l'ordinaire par son aspect démesuré et insupportable; ensuite, elle fait référence à des expériences où sont atteintes les dernières limites de ce qui est considéré comme humainement acceptable et vivable poussant alors à bout les facultés d'adaptation; enfin, il s'agit d'une situation radicale qui bouleverse la vie et la précipite dans un abîme d'où il n'est pas facile pour les individus affectés de s'en sortir.

Ainsi, la fermeture de plusieurs hôpitaux et le changement de vocation de certains autres a eu l'effet de l'annonce d'une des pires catastrophes pour plusieurs cadres des établissements touchés. La souffrance des personnes

depuis les dernières années, se soldera-t-elle en dépression, en épuisement et en détresse importante face à une sorte d'impasse sociale, familiale et forcément individuelle? Dans un siècle où le travail prend une telle importance dans la vie des individus, qu'il devient pour plusieurs la source de leur identité personnelle, la perte de son emploi peut déclencher chez certains une chute de l'estime de soi et être vécue comme un échec personnel. Comme le soutient Aimé Hamann (1993), plus les personnes refuseront ou auront de la difficulté à s'accepter telles qu'elles sont ainsi que d'accepter les choses comme elles sont, plus le risque sera grand qu'elles développent des problèmes de toutes sortes, jusqu'à la maladie physique et psychique.

Nous nous sommes intéressés à l'intérieur de ce mémoire à ce que ressentent les cadres qui sont mis en disponibilité. À travers leurs perceptions et l'histoire personnelle de chacun, nous identifierons l'impact de l'annonce de la fermeture et/ou de la fermeture prochaine des hôpitaux sur la santé des cadres.

Le premier chapitre traite des aspects théoriques de la recherche. Nous y décrivons l'objet et la problématique de la recherche. À l'aide d'une revue de la littérature, nous verrons que la réorganisation des services sur l'île de Montréal repose sur les principes de la décroissance (downsizing) et que des effets variables peuvent être anticipés sur l'ensemble des effectifs du système de santé.

Le deuxième chapitre s'attarde à la présentation du modèle conceptuel, aux

hypothèses et à l'opérationnalisation des différentes variables sur lesquelles s'appuiera notre analyse.

Le troisième chapitre est consacré à la méthodologie de la recherche. Les méthodes de collecte de données seront spécifiées ainsi que la façon dont la constitution de l'échantillon sous étude a été déterminée. Le devis de recherche de type « étude de cas multiples à plusieurs niveaux d'analyse », y est d'abord présenté. Sont ensuite précisés, le lieu de recherche, soit l'hôpital Bellechasse et le Centre hospitalier Reddy Memorial, la population et les groupes sous étude. Enfin, le questionnaire qui a permis de recueillir des informations d'une grande valeur qualitative et descriptive auprès des cadres faisant partie de l'échantillon est annexé au présent document.

Le quatrième chapitre présente les résultats de la recherche. Dans un premier temps, la partie descriptive fait référence à la section 6 du questionnaire traitant des caractéristiques individuelles et démographiques des participants à la recherche. Ces questions ont permis d'obtenir les informations habituelles concernant l'âge, la scolarisation, le poste de travail, la profession, le lieu de résidence ainsi que plusieurs autres aspects. Dans un deuxième temps, les résultats du questionnaire concernant la perception qu'ont les cadres de la réorganisation des services sur l'île de Montréal sont présentés. Des analyses comparatives en fonction des deux (2) dimensions de la variable dépendante, la santé mentale et la santé physique, ont été réalisées suite à la retranscription

des entrevues tenues avec les cadres faisant partie de notre échantillon. À cet égard, les résultats de notre étude nous ont permis de vérifier les effets notoires de l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux sur la santé des cadres.

Le cinquième chapitre présente une discussion des résultats. L'objet de ce travail étant à caractère exploratoire, nous tentons de voir s'il y a effectivement un lien entre l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux et la naissance de problèmes de santé physique ou mentale. Pour ce faire, nous analysons les raisons principales associés aux difficultés d'adaptation des cadres. Nous aborderons autant l'aspect organisationnel que la dimension personnelle comme sources possibles des malaises vécus par les cadres. Est-ce la façon dont la gestion de la décroissance a été menée ou les caractéristiques individuelles qui ont contribué à affecter l'état de santé des cadres? Nous verrons aussi qu'il n'y a pas que l'organisation et les individus qui peuvent influencer les résultats. D'autres éléments peuvent également agir sur l'état de santé des personnes vivant l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine de leur établissement-employeur. La dernière partie de ce mémoire, nous donnera l'occasion de discuter et d'analyser les résultats obtenus dans le cadre de la présente recherche.

Chapitre 1

Objet et problématique de recherche

1.1 L'objet de l'étude

Depuis la fin des années 80, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon, 1988) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux en arrivent à la même conclusion : *les problèmes du système québécois ne proviennent pas du mode de financement ou même du niveau de financement mais plutôt de la dynamique interne et des règles du jeu qu'il faut changer* (Conseil de la santé et du bien-être, 1995).

En fait, le Gouvernement du Québec a compris que ce qui explique en grande partie pourquoi le système québécois coûte cher comparativement aux autres systèmes publics de services de santé, est l'importance du budget qu'il accorde aux services en établissement. À ce titre, le Québec parmi les provinces canadiennes arrive bon deuxième en ce qui a trait à la plus grande proportion des dépenses totales de services de santé dirigée vers les établissements (Santé Canada, 1994).

De façon générale, les études canadiennes arrivent à la même conclusion selon le Conseil de la santé et du bien-être (1995): entre 18 et 48 % des admissions à l'hôpital seraient inappropriées et la proportion varierait entre 19 et 60 % pour les

jours d'hospitalisation chez les adultes. Selon eux, il devient incontournable de recentrer l'hôpital sur sa fonction première, c'est-à-dire les traitements et les soins aux personnes qui souffrent d'une atteinte sévère, d'une déficience fonctionnelle ou encore qui requièrent des soins intensifs.

C'est dans cette perspective que le Gouvernement du Québec a orienté son discours et ses actions afin de diminuer entre autres, les chevauchements et les duplications des services offerts à la population dans les différentes catégories d'établissements. En ce sens, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSM-C) telle que le prévoit la réforme de la santé et des services sociaux vise, par l'implantation de son plan de mise en oeuvre, la réorganisation des services de l'ensemble des établissements de son territoire.

Ce projet de fermeture de certains services pour en développer d'autres et, par le fait même, favoriser la mise en place de 50 à 60% des services de première ligne et les autres mesures de transformation prévues, devrait affecter près de 8 928 employés dont 660 postes de cadres de toutes catégories. On qualifie de «cadre»¹, une personne qui occupe un poste régulier d'encadrement à temps complet ou à temps partiel et dont la fonction est classée par le ministre à un niveau de direction supérieur ou intermédiaire. De ce fait, sont inclus dans la catégorie «Hors cadre», les directeurs généraux et leurs adjoints. Les

¹ Définition extraite des Règlements sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des conseils régionaux et des établissements de santé et des services sociaux, D.988-91, (1991) 123 G.O. II, 4139 (S-5, r.1.001) 91-07-31.

réallocations prévues permettront de replacer immédiatement 2 744 d'entre-eux, alors que 6 184 employés seront considérés en surplus dont 4 413 détenteurs de postes (sécurité d'emploi et stabilité d'emploi) et 1 771 ayant un statut d'emploi occasionnel (RRSSM-C, 1995). Plus spécifiquement pour le personnel cadre, il est prévu qu'uniquement cinq (5) postes de cadres supérieurs et vingt-cinq (25) postes de cadres intermédiaires pourraient être relocalisés pour les besoins de la réorganisation, laissant ainsi 615 cadres sur la liste de remplacement provincial.

Certains auteurs consultés sur la gestion de la décroissance (Appelbaum, 1991; Poulin, 1994; Gosselin, 1994; Henkoff, 1994; Bourque, 1995) témoignent toutefois de quelques limites pour expliquer les conséquences à long terme de la réforme sur l'adaptation des employés et le rapport coût-bénéfice qu'elle générera. La littérature nous permet de prévoir les effets potentiels sur les travailleurs qui perdent leur emploi ou sur les survivants. Toutefois, dans le présent contexte les cadres sont mis en disponibilité pour une période de trois (3) ans ne sachant pas s'ils pourront être replacés dans un autre établissement. C'est pourquoi, dans le cas des fermetures d'hôpitaux, l'incertitude prévaut quant à la réaction des cadres. Pour plusieurs d'entre eux, cette mise en disponibilité est vécue comme une perte d'emploi parce qu'il y a bris du lien d'emploi avec l'hôpital-employeur malgré le fait qu'ils demeurent un employé du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ils peuvent également être observés sous l'angle des survivants puisqu'ils conservent un lien d'emploi et leur rémunération

pour une période de trois (3) ans avec le Ministère en attendant d'être replacés dans le réseau de santé et des services sociaux. En fait, ce que nous remarquons est qu'il y a très peu d'informations disponibles sur la façon dont ces événements affectent la santé des employés qui sont sous un régime de sécurité ou de stabilité d'emploi, qui ont peu de préoccupations financières et qui sont en attente d'un remplacement. Finalement, très peu de choses sont connues sur les stratégies et les interventions nécessaires pour assurer l'efficacité attendue des réformes organisationnelles.

Aussi, nous espérons que les résultats de notre étude permettront d'identifier la nature des problèmes de santé vécus par les cadres suite à l'annonce des changements prévus par la RRSSSM-C. Plus spécifiquement, notre question de recherche est la suivante: dans quelle mesure l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux a-t-elle un impact sur la santé des cadres? La portée pratique de l'atteinte de tels résultats serait de conseiller judicieusement la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre dans la planification d'interventions adaptées aux besoins du personnel cadre pour le succès de la réorganisation des services sur l'île de Montréal.

1.2 La problématique

Comme il a été mentionné précédemment, les pressions exercées par l'augmentation des coûts des services de la santé obligent le gouvernement québécois à trouver des solutions pour respecter les ressources financières disponibles. De fait, les mesures appliquées dans le cadre de la réforme telles les fermetures des centres hospitaliers, visent une réallocation des budgets et une réduction des coûts de façon à améliorer la coordination et la compatibilité des processus de développement opérationnels et de financement du système de santé. On comprendra qu'une réorganisation d'une telle ampleur aura sans contredit des répercussions importantes sur l'ensemble des employés des hôpitaux incluant le personnel cadre. En fait, dans ce mémoire nous avons cru nécessaire d'introduire des informations qui touchent l'ensemble des employés affectés par la perte de leur emploi bien que notre étude se limite au personnel cadre. Ces informations nous semblaient utiles pour bien comprendre l'ampleur des répercussions sur les cadres.

Aussi, pour bien situer les enjeux entourant la réorganisation des services sur le territoire de Montréal-centre, nous définirons ce que nous entendons par décroissance (downsizing). Tout d'abord, la décroissance n'implique pas seulement une diminution de personnel au sein de l'organisation mais également une révision de son processus organisationnel (Freeman & Cameron, 1993; Greengard, 1993). Ainsi, des mesures de décroissance efficaces consistent à

éliminer certaines fonctions et non seulement la réduction du nombre d'employés (Cascio, 1993). À ce sujet, Freeman (1994) a identifié deux (2) approches différentes de gestion de décroissance qui seront privilégiées selon les buts et les particularités de chacune des organisations. Selon cet auteur, l'approche de "convergence" implique des changements au niveau des opérations tout en procédant à un renforcement de la mission, des stratégies et des structures existantes. D'un autre côté, l'approche de "réorientation" fait référence à des changements qui sont beaucoup plus fondamentaux puisqu'elle entraîne une révision de la mission, des stratégies et des structures de l'organisation. Dans ce dernier cas, on assistera à des coupures massives de postes et à une réduction importante de personnel.

Il importe également de préciser que toute la terminologie reliée à l'étude de la décroissance (downsizing) est basée principalement sur une littérature américaine. Ce sont les mots «layoffs», «work-force reduction» et «unemployment» qui sont le plus fréquemment employés par les auteurs et dont le sens est généralement le suivant:

«They (the layoffs) are a permanent involuntary separation of individuals from the organization due to the need to cut costs. Thus, layoffs refer to dismissals that are permanent rather than temporary, and involuntary rather than voluntary. Moreover, layoffs are implemented to trim costs, rather than to "fire" employees for inappropriate or inadequate work behavior» (Brockner, 1988, p.214).

À la lumière des études empiriques menées par Cascio (1993) et Freeman & Cameron (1993) on peut prétendre que la Régie régionale de la santé et des

services sociaux de Montréal-Centre procède présentement à une gestion de décroissance de type "réorientation". En effet, la réorganisation des services implique la fermeture, la fusion, le transfert des services et le changement de vocation de certains établissements ce qui occasionnera des mouvements importants de personnel et une diminution significative du nombre d'employés.

À cet égard, rappelons que ce sont 8 928 employés dans neuf (9) hôpitaux qui auront été directement affectés à la fin du processus. De ce nombre 2 744 (31%) devraient bénéficier d'un remplacement graduel grâce à l'instauration d'un service de planification de l'adaptation et du redéploiement de la main-d'oeuvre et 4 649 (52%) départs se feront par le phénomène d'attrition et près de 17% des employés perdront leur lien d'emploi puisqu'ils ne sont pas couverts par le régime de sécurité ou de stabilité d'emploi. Ainsi, après cinq (5) ans, la RRSSM-C prévoit que des 615 cadres demeurés en disponibilité suite à la réorganisation, il resterait en surplus 141 cadres à temps complet alors qu'il y aurait pénurie de cadres pour combler 27 postes à temps partiel régulier. Les données disponibles ne nous permettent toutefois pas de faire une analyse prévisionnelle plus fine des secteurs dans lesquels il y aura des possibilités de pénurie de cadres, 24 postes ayant été classés dans la catégorie « autres » (RRSSM-C, 1995).

Le tableau 1.1 présente de façon plus détaillée, l'impact particulier des coupures sur les différentes catégories du personnel cadre dans la région de Montréal. De

plus, les données recueillies auprès de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre indique qu'avec la réorganisation des services on accusera une baisse importante du niveau d'encadrement dans les établissements de soins généraux et spécialisés puisqu'on assistera à l'abolition d'un (1) poste cadre en moyenne pour treize (13) employés comparativement à la moyenne provinciale qui se situe à un ratio de 1/20. Ce qui revient à dire que pour chaque tranche de 13 employés dans la région de Montréal-Centre on abolira un (1) poste de cadre comparativement au reste du Québec où ce nombre est reporté à vingt (20).

TABLEAU 1.1
IMPACT SUR LES RESSOURCES HUMAINES

Abolition de postes	Individus	%	ratio 06	moyprov.
<i>Abolition de postes de cadres intermédiaires</i>	554	84 %	ratio 1/15	
<i>Abolition de postes de cadres supérieurs</i>	92	14 %	ratio 1/90	
<i>Abolition de postes de directeurs généraux et adjoints</i>	14	2 %	ratio 1/1590	
Abolition de poste de cadres (Toutes catégories)	660	7 %	ratio 1/13	1/20
Abolition de postes de salariés non-cadres	8 268	93 %		
Total des abolitions	8 928	100 %		

Source: Données extraites du document de recommandations de la Régie régionale Montréal-centre, 1995 et de Statistiques sur les cadres et le personnel de la santé et des services sociaux, 1992-1993, MSSS, 1994.

Bien que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre ait facilité la coordination des opérations par la centralisation des opérations au sein d'un service de remplacement, il est possible que la complexité de la démarche ait des effets néfastes sur le moral des cadres à cause de la lenteur du processus. En effet, les personnes salariées non-cadres bénéficiant de la sécurité d'emploi auront la possibilité de choisir un poste par ordre d'ancienneté dans leur titre d'emploi et à défaut dans leur secteur d'activité (Fas-CSN, 1995). L'effet net est que les employés provenant des secteurs soins infirmiers et para-techniques, services auxiliaires, bureau et métiers ne seront pas obligés de choisir un poste à l'extérieur de leur secteur. Cette situation aura pour conséquence de perturber le déroulement prévu des opérations puisqu'elle accorde un temps de réflexion pouvant atteindre jusqu'à cinq (5) jours pour chaque employé qui sera contacté par le service de remplacement et ce, jusqu'à ce que chacun des postes soit comblé. De plus, la complexité de l'application des conventions collectives ne facilite pas le passage des ressources humaines vers les CLSC. On remarque déjà, un ralentissement au niveau du remplacement du personnel cadre dans les CLSC qui doivent en partie prendre la relève des centres hospitaliers notamment pour la distribution des soins ambulatoires.

La situation du personnel cadre est différente. Au plan de la stabilité d'emploi, les cadres jouissent d'une sécurité du revenu pour une période de trois (3) ans, alors que les employés non-cadres du réseau qui bénéficient du régime de sécurité d'emploi sont assurés du plein salaire jusqu'à la retraite. Dans

l'éventualité où le cadre n'arriverait pas à se replacer à l'intérieur du délai actuel de trente-six (36) mois, le réseau de la santé et des services sociaux a prévu un mode « d'arrangement » en vertu du décret 988-91. L'article 137 de ce décret stipule en effet qu'un cadre non remplacé est mis à pied par son employeur et cesse de recevoir des services de remplacement du Comité directeur sur la stabilité d'emploi des cadres (C.D.S.E.C.). L'employeur lui verse alors une indemnité égale à un mois du salaire qu'il recevait à la date de sa mise à pied et le lien d'emploi est rompu définitivement. Par contre, un cadre qui se replace hors des secteurs public et parapublic, dans les six (6) mois de la date de l'abolition de son poste, se verra offrir une indemnité de séparation équivalente à six (6) mois du salaire qu'il recevait au moment de son départ (art.133, décret 988-91).

Il nous apparaît donc, qu'au-delà des changements dans les pratiques et les orientations professionnelles, via les mouvements de main-d'oeuvre, plusieurs cadres verront leur vie se modifier et certains vivront de l'insécurité face à l'inconnu de la réorganisation des services. Plusieurs ne s'étaient jamais préparés à leur mise en disponibilité d'où les possibilités de développement de symptômes d'anxiété chez l'ensemble du personnel du réseau hospitalier pendant la période d'attente de remplacement.

Du côté des cadres, ces derniers se trouvent devant l'urgence d'apprendre à gérer leur propre stress pour être en mesure de réagir adéquatement à celui des

employés. Ainsi, tout au long du processus de réorganisation des services, ils doivent transmettre de l'information sur une base régulière à leurs employés, être accessibles pour répondre à leurs questions et démontrer du leadership dans le déroulement des opérations. De plus, il est généralement admis qu'en période d'instabilité comme celle de la reconfiguration du réseau, les travailleurs ont besoin de sentir que la direction sait exactement où elle s'en va et qu'elle maîtrise la situation (Greengard, 1993). Or, les cadres de la région de Montréal-Centre éprouvent une frustration grandissante puisqu'ils sont souvent dans l'incapacité de remplir ce rôle adéquatement par manque d'information sur les derniers développements régionaux (ACSSSS, 1995). Il s'ensuit que les travailleurs perçoivent leurs supérieurs comme étant incompetents et parfois inutiles, ce qui alimente le sentiment d'impuissance des cadres et amène une plus grande vulnérabilité à développer différents problèmes de santé (Smilga, 1995).

Les départs par attrition sont sans nul doute une des clés du succès de la gestion de la décroissance. Toutefois, nous croyons que les prévisions faites par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre sur le nombre de départ à la retraite seront difficilement atteignables sur une période de cinq (5) ans. En effet, selon les données du RREGOP² plusieurs employés admissibles retardaient jusqu'à tout récemment leur départ à la retraite

² Au 31-12-1993, il y avait 3 996 syndiqués et 514 cadres et non syndiqués qui retardaient ainsi de prendre leur retraite. La plupart de ces personnes provenaient du réseau de la Santé et des Services sociaux. Source: CARRA (Commission administrative des régimes de retraite et d'assurance).

dû au fait que le régime n'arrivera à maturité qu'en l'an 2003 et que les prestations fournies étaient encore jugées insuffisantes. Par ailleurs, il apparaît que ce ne sont pas uniquement les considérations financières qui retardent dans la plupart des cas le départ volontaire des employés à la retraite mais plutôt le besoin de contrôler totalement le moment où ils décideront de quitter l'organisation (Smilga, 1996). En fait, malgré l'instauration de mesures incitatives au départ volontaire, il est plausible que plusieurs retarderont leur retraite parce qu'ils trouvent dans leur travail les assises de leur identité, leurs sentiments de compétence, d'appartenance et de satisfaction. D'autres se sentiront en situation de vulnérabilité face aux changements qui s'opèrent présentement dans le réseau. Il s'ensuit que les postes qui devaient être libérés par ces personnes ne pourront être disponibles et que la relocalisation du personnel sous le régime de sécurité d'emploi (personnel non-cadre) et de stabilité d'emploi (personnel cadre) sera reportée dans le temps.

À cet effet, les associations de cadres indiquent qu'entre 1983 et 1990, plus de la moitié des cadres mis en disponibilité n'ont pu être remplacés et ont été mis à pied malgré l'implantation du système de remplacement du réseau de la santé et des services sociaux. On comprend alors que plusieurs cadres sont sceptiques face aux prévisions faites par la RRSSM-C à l'effet de diminuer de 72 % le personnel cadre en disponibilité sur une période de cinq (5) ans et ce, malgré à mise en place des diverses mesures prévues dans son plan d'action.

Par conséquent, bien que la réforme puisse être positive et présenter un caractère proactif dans l'immédiat, rien n'indique qu'à long terme elle aura de bons effets sur l'adaptation des travailleurs et sur le rapport coûts-bénéfices anticipé. Des recherches empiriques effectuées dans le domaine de la restructuration, de la réorganisation et de la planification stratégique des entreprises semblent démontrer que les économies sont fréquemment contrebalancées par des effets sérieux sur la santé physique et mentale observés chez les travailleurs pendant le processus d'adaptation et de restructuration (Mone, 1994; Mishra et al., 1994; Linn et al., 1985; Lynch, 1993).

Ainsi, comme nous le verrons dans la revue de littérature les recherches indiquent qu'un besoin de stratégies et d'interventions planifiées existe et qu'il est nécessaire d'adopter une programmation afin de contrevenir aux obstacles empêchant une adaptation efficiente des employés affectés. En fait, plusieurs auteurs rapportent que des mesures permettant la mobilisation de l'ensemble des catégories de personnel sont nécessaires pour que la réorganisation des services atteigne les résultats escomptés (Rosenblatt et al., 1993; Fisher, 1988; Feldman et al., 1994; Kilpatrick et al., 1991). Toutefois, dans le cas de la réorganisation étudiée nous questionnons le degré de congruence entre les idéaux et les intentions à l'origine des réformes de la santé menant aux fermetures ou aux changements de vocation des hôpitaux et le processus d'adaptation des travailleurs affectés. On sait par ailleurs que la présence du régime de sécurité et de stabilité d'emploi effectif dans le réseau de la santé

étant un facteur important pouvant expliquer des variations entre les expériences du secteur privé et public.

1.3 L'état de la littérature

L'objet de cette recherche, la nature des problèmes de santé chez les cadres comme conséquence à l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux, conduit naturellement à consulter la littérature traitant de la gestion de la décroissance (downsizing) et de ses effets. Les articles abordant ce sujet sont nombreux et leur portée scientifique varie considérablement d'un auteur à l'autre. Plusieurs chercheurs dont Mishra et Mishra (1994), Freeman et Cameron (1993), Koppel et Hoffman (1996) et plusieurs autres appuient les résultats de leur étude sur une synthèse des principaux travaux empiriques sur le sujet. Certains, comme Appelbaum et al. (1987) se sont davantage attardés à l'analyse des modèles stratégiques existants concernant la gestion de la décroissance. Finalement, d'autres auteurs ont plutôt relaté leur expérience ou leur opinion sur la question: Godfrey (1994), Hanes et al. (1994), et autres. Bref, l'ensemble des documents consultés et leur variété nous ont permis de cerner les différents enjeux qui entourent le phénomène de la réduction massive des effectifs cadres et leurs conséquences.

En premier lieu, la fermeture des hôpitaux à Montréal doit être examinée comme un exercice de réduction organisationnelle lequel est défini comme « un

ensemble d'activités (...) destinées à améliorer l'efficience organisationnelle, la productivité, et/ou la compétitivité » (Freeman et Cameron, 1993). Cette stratégie mise en application par la RRSSSM-C qui affecte l'ampleur des ressources humaines et les processus de travail utilisés. À cet effet, certaines recherches ont montré que la perte de l'emploi consécutive à une gestion de décroissance est une source de stress importante pour le personnel affecté et constitue en quelque sorte par un deuil (Lynch, 1993; Cascio et al., 1993). Cependant, nous verrons que l'impact de la fermeture des hôpitaux pourra varier considérablement selon la situation individuelle des travailleurs.

Selon Jick (1985) chaque individu évalue à sa façon comment ce qui se rattache à la perte d'emploi peut l'affecter personnellement et professionnellement, et comment il sera en mesure d'y faire face. Cette évaluation varie d'un individu à l'autre. Les différences de personnalité et de ressources personnelles font en sorte que chacun perçoit différemment ce qui se produit dans son environnement. Ainsi, il semblerait que les individus qui ont une forte estime d'eux-mêmes, un sentiment de contrôle sur leur environnement, un niveau élevé de tolérance face aux situations incertaines, qui bénéficient du soutien de leurs proches et qui ont d'autres possibilités d'emploi sont moins susceptibles d'être stressés par la perte de leur emploi.

Brenner et Mooney (1983) ont montré quand à eux, que le contexte qui entoure la perte d'emploi permet d'expliquer le niveau de détérioration de sa santé dû au

stress de l'évènement. Ces auteurs se sont appuyés sur une revue de plusieurs études empiriques en sciences sociales lesquelles tentaient de démontrer les effets du chômage sur la santé des individus. Ainsi, dans le cas d'un arrêt de travail temporaire on remarque que les symptômes d'ordre psychologique apparaissent moins prononcés chez les travailleurs qui éprouvaient de l'insatisfaction face à leur emploi. D'autre part, dans le cas d'un arrêt de travail prolongé, les problèmes psychologiques des travailleurs seraient atténués s'ils ne sont pas les seuls dans cette situation et qu'ils n'ont rien de personnel à se reprocher. Cependant, un taux de chômage élevé pourrait être un indicateur de la présence d'une conjoncture économique difficile et augmenter le niveau de stress chez les individus qui ont perdu leur emploi.

Pour ce qui est de la réforme entreprise par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre on peut présumer que l'impact de l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux ne sera pas uniforme sur la santé de l'ensemble des travailleurs affectés. Ainsi, dans le cas des employés ayant un statut d'emploi occasionnel qui se retrouvent en chômage, plusieurs feront face à des problèmes financiers et à un isolement social pouvant mener souvent à un stress plus intense et à une détérioration physique et psychologique (Bartley, 1994; Brenner et Mooney, 1983; Appelbaum et al., 1987). En fait, certains auteurs ont rapporté que le taux de suicide chez les travailleurs mis à pied était trente (30) fois plus élevé que la moyenne nationale (Bunning, 1990). Dew et ses collaborateurs (1991) pour leur part, ont tiré des

conclusions de nature causale quant à l'impact de la perte de l'emploi sur la famille. Aussi, on identifie habituellement les problèmes financiers comme étant la cause de relations plus tendues entre les conjoints et on assiste pendant ces périodes d'instabilité à plusieurs ruptures de couples. Par contre, on note que si le conjoint apporte un certain support au travailleur affecté ce dernier démontrera moins de signes physiques ou psychologiques de détresse (Colledge, 1982; Smilga, 1995).

Quant aux personnes ayant la sécurité (travailleurs) ou la stabilité (cadres) d'emploi, on observe qu'elles peuvent aussi être affectés par la réduction massive des ressources humaines quoiqu'ils ne font pas face aux mêmes problèmes financiers. Comme nous l'avons indiqué antérieurement, si des postes de travailleurs non-cadres deviennent en surplus à la suite des fermetures, un nombre appréciable de ces travailleurs possédant la sécurité d'emploi recevront leur salaire complet jusqu'à ce qu'ils soient replacés à un poste équivalent dans le réseau de la santé. Les cadres eux, bénéficieront de la sécurité de leur revenu pour une période limitée à trois (3) ans.

Par conséquent, il est prévisible que dépendamment des individus ou de leur situation personnelle, certains vivront plus difficilement le deuil de leur emploi et/ou de leur relocalisation dans un autre établissement (Godfrey, 1994; Fisher, 1988). En fait, plusieurs prendront conscience que les services de santé sont un secteur en décroissance et que cette réorganisation structurelle affecte leur plan

de carrière (Brenner et Mooney, 1983; Bourque; 1995). Par contre, certains pourront envisager la réorganisation comme un changement positif qui se présente à eux (Brenner et mooney, 1983; Hanes et al., 1994; Kilpatrick et al., 1991).

À ce titre, l'étude longitudinale menée par Mayer et Roy (1995) auprès de six cent quatre-vingt (680) sujets avec un groupe contrôle permet de conclure que les travailleurs plus âgés vivent plus difficilement la perte d'emploi. Les facultés d'adaptation déclinent généralement avec l'âge. Ainsi, même s'ils sont couverts par le régime de sécurité d'emploi ou de stabilité d'emploi, on peut croire que le personnel cadre et non-cadre plus âgé, touché par la réorganisation des services, serait davantage enclin à des épisodes de dépression et d'anxiété. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, ces personnes ont parfois accédé à des postes de responsabilité ou à des postes cadre au fil des années d'expérience sans les prérequis académiques. Dans la situation de transformation du réseau plusieurs sont anxieux et craignent de perdre le milieu structurant et sécurisant où ils ont évolué. Certains devront se familiariser avec un nouvel emploi, s'intégrer dans une nouvelle équipe de travail ou encore verront leurs responsabilités augmenter par la réorganisation des services.

Ainsi, on peut faire l'hypothèse qu'une proportion non négligeable d'employés cadres et non-cadres seront fortement stressés dans les prochaines années du fait qu'ils devront faire appel à des ressources intérieures jusque là non utilisées.

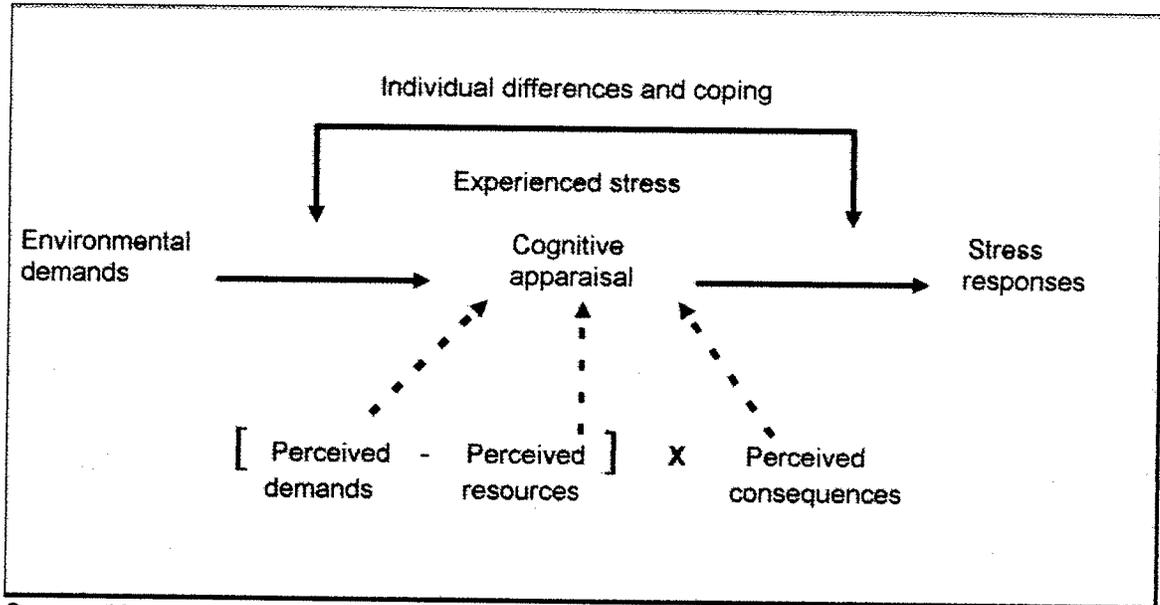
En ce qui concerne les plus jeunes, souvent employés occasionnels ou contractuels, les effets stigmatisants du chômage sembleraient être compensés par l'habitude d'avoir des emplois de courte durée. Par contre, la répétition d'emplois précaires peut provoquer un sentiment d'angoisse et de désespoir face à un marché du travail segmenté qui semble vouloir les exclure ou les confiner à des emplois de courte durée.

Armstrong-Stassen (1989) a également constaté que les personnes qui n'ont jamais eu l'expérience d'un licenciement réagissent un peu plus négativement à la perte de leur emploi que celles qui ont déjà vécu cette expérience à plusieurs reprises. Comme le soutient Mayer et Roy (1995) cela ne veut pas dire que ces personnes deviennent conditionnées ou immunisées face à cette situation mais plutôt qu'elles ont développé la possibilité de s'ajuster à ce type de changement un peu plus rapidement que les autres.

Pour mieux comprendre la situation des personnes touchées par les changements importants dans leur travail, nous présentons à la figure 1.1 la combinaison faite par Jick (1985) des principales caractéristiques des réactions des survivants à partir des théories de Caplan et al. (1975), McGrath (1976) et Lazarus & Folkman (1984, 1985) à l'intérieur d'un seul modèle de stress.

Figure 1.1

Modèle de la dynamique du stress



Source: "An overall framework of stress dynamics" (Jick, 1985, p.87).

Le stress est occasionné par la perception qu'a la personne que les demandes issues d'une situation particulière dans l'environnement sont supérieures aux ressources qu'elle possède pour y faire face. Ainsi, on peut supposer que dans la situation objective comme la mise en disponibilité causé par la réorganisation des services de RRSSSM-C, les personnes réagiront différemment selon la perception de ce qu'elles sont et les ressources dont elles disposent pour affronter cet évènement. S'il leur apparaît que cette situation comporte des effets négatifs, et qu'elles n'ont pas suffisamment de moyens pour y faire face, alors elle sera perçue comme étant une menace et vécue comme stressante. Cependant, de par les différences de leur personnalité (ex: contrôle personnel et estime de soi) et de ressources (ex: soutien social et scolarité), toutes les

personnes touchées ne réagiront pas de la même façon devant leur mise en disponibilité.

D'autres chercheurs comme Colledge (1982) rapportent que les effets de la situation économique ont des répercussions sur la santé des individus d'après les recherches quantitatives et qualitatives de Wilcock et Franke (1963) ainsi que celle de Myers et al. (1974). Les travailleurs provenant d'un groupe socio-économique faible seraient plus stressés par la perte de leur emploi.

Dans le cas des travailleurs non-cadres affectés par la fermeture des hôpitaux, dont le personnel des services auxiliaires et les services supports non-professionnel dont le salaire varie aux alentours de 25 000 \$ annuellement. Souvent moins scolarisés que la moyenne des autres travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux, ce groupe (près de 370 en surplus à la fin de l'exercice) pourrait vivre de l'insécurité quant aux possibilités de se replacer à l'intérieur du réseau ou à l'extérieur avec des conditions de travail comparables³. Du côté des cadres, la rationalisation des dépenses publiques, les amène à se questionner sur le maintien du décret leur assurant le plein salaire pour une période de trois (3) ans. La présence du régime de stabilité d'emploi, d'assurances collectives et de retraite ont attiré et retenu plusieurs cadres dont l'expertise de gestionnaire semble difficilement transférable au secteur privé. En fait, on pourrait penser que mis-à-part les cadres des services administratifs et

³ Les conditions de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux sont souvent supérieures à celles du secteur privé en l'occurrence au niveau du régime de retraite et des avantages sociaux.

quelques cadres des secteurs périphériques⁴, ceux qui ont la responsabilité de gérer des programmes sont plutôt des experts dans le domaine de la santé et agissent comme des conseillers ou personnes-ressources auprès de leur équipe de travail. En présence d'un régime de services de santé essentiellement étatique et en l'absence de compétiteurs pour offrir leurs services, il nous apparaît que ces cadres sont restreints à un secteur d'activités dont les possibilités de mouvement sont de plus en plus limitées. Ils doivent maintenant envisager les services de santé comme un secteur en décroissance où la réorganisation structurelle les obligent à abandonner les règles traditionnelles d'émulation⁵ et de cheminement de carrière (Breener et Mooney, 1983). D'ailleurs, dans leur étude auprès de gestionnaires de ressources humaines de 909 entreprises américaines, Raber et al. (1995) rapportent que « l'insécurité face à l'avenir » ressort comme une préoccupation majeure découlant d'une réduction importante des effectifs. Par conséquent, plusieurs entrevoient une diminution éventuelle de leur niveau de vie et leur rang social, d'où l'émergence de symptômes anxio-dépressifs.

Si on fait un constat des recherches précédentes (Colledge, 1982; Brenner et Mooney, 1983; Mayer et Roy, 1995), il est possible de déduire qu'au niveau macro, une augmentation dans le taux de chômage est un indicateur qui permet de mesurer la sévérité de la récession et le niveau de déclin de la structure

⁴ On fait référence aux services de buanderie, entretien ménager, cuisine, etc..

⁵ Ce sont les moyens utilisés couramment pour obtenir une promotion, une prime de rendement, etc. dans un contexte de compétitivité normal.

économique. Ces formes de détresse économique se reflètent majoritairement auprès des travailleurs affectés par la perte d'emploi (travailleurs occasionnels ou contractuels) mais également chez les survivants qui vivent une certaine insécurité croissante.

On remarque généralement que la perte d'emploi s'accompagne: (1) d'une diminution de la communication, (2) de la perte de revenu, (3) d'une dégradation du niveau social et d'une diminution de l'estime de soi, (4) d'une augmentation du stress qui est associée aux événements courants, (5) et finalement, d'une augmentation possible de la pauvreté (Brenner et Mooney, 1983; Raber et al., 1995; Linn et al., 1985). On remarque chez d'autres un penchant plus facile vers la distraction, la déloyauté et la rancœur (Fisher, 1988; Sugalski et al., 1995; Mone, 1994). Les survivants eux, vont plutôt ressentir de l'anxiété et du stress suite aux bouleversements qui se sont produits dans l'organisation où ils continuent de travailler. Plusieurs auteurs mentionnent que les facteurs les plus importants du stress sont l'incertitude face à la situation économique de l'organisation et la menace constante de la perte de son propre emploi, de son salaire, de sa carrière et de sa position sociale (Godfrey, 1994; Raber et al., 1995).

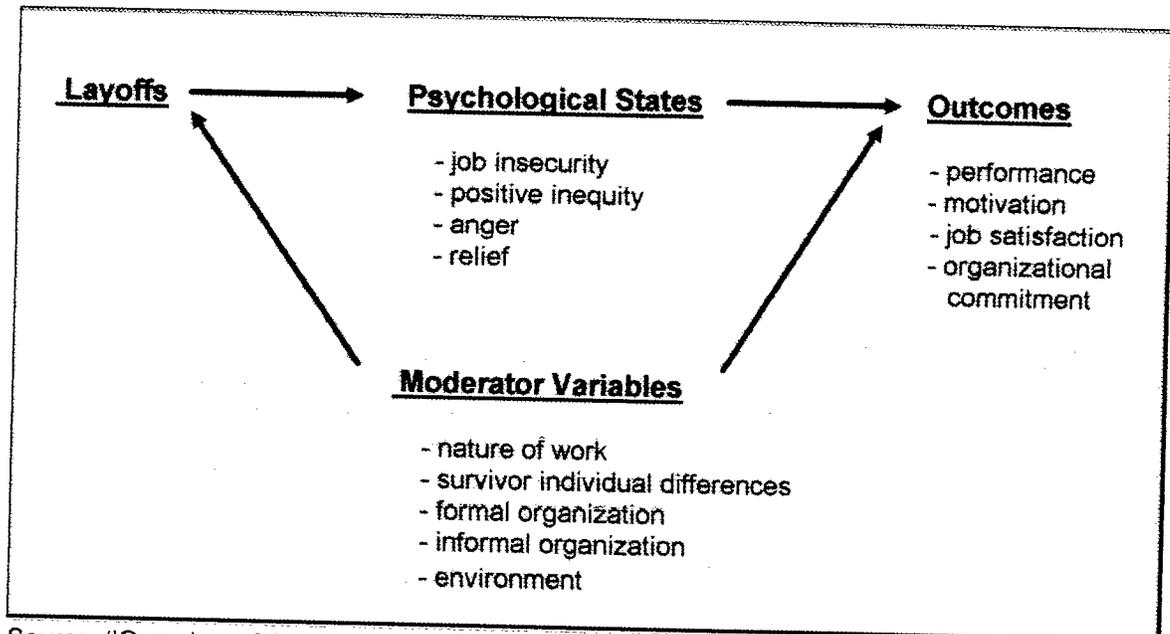
Ainsi, Brockner (1992) soutient que suite à une opération de décroissance, l'environnement est potentiellement très stressant pour ceux qui restent: les survivants. Ceux-ci craignent d'avoir à subir une nouvelle vague de

licenciement, ne savent pas à quoi s'attendre, n'arrivent pas à être rassuré même si on leur dit qu'il n'y aura pas d'autres coupures ou qu'ils ne seront pas touchés par les prochaines coupures. De plus, ils ne sont pas certains d'avoir la capacité de faire face aux changements qui découlent des transformations organisationnelles (modification de la charge de travail, restructuration organisationnelle, etc.).

Selon le modèle de Brockner (voir figure 1.2), un licenciement a le potentiel d'affecter l'état psychologique du survivant (insécurité, colère, soulagement, culpabilité, anxiété,..) qui à son tour peut influencer ses comportements et ses attitudes (performance, motivation, satisfaction au travail, engagement envers l'organisation,..). Ce sont des variables modératrices telles la nature du travail (ex: travail en équipe), les différences individuelles (ex: estime de soi), l'organisation formelle (ex: implantation de programmes d'aide aux employés), l'organisation informelle (ex: culture organisationnelle), l'environnement (ex: marché saturé, mobilité professionnelle,..), qui viennent modérer la relation entre le licenciement et l'état psychologique du survivant et par la suite la relation entre son état psychologique et ses comportements et attitudes.

Figure 1.2

Modèle de réaction des survivants



Source: "Overview of the conceptual model", (Brockner, 1988, p.221.)

Pour sa part, Greengard (1993) démontre qu'une organisation qui néglige de diminuer la lourdeur de la tâche des individus alors qu'ils s'habituent à un nouvel environnement assistera à l'ascension de problèmes de fonctionnement. Les organisations qui n'appliquent qu'un programme de réduction des coûts sans neutraliser la baisse de motivation des survivants voient leur productivité baisser. Une étude menée par l'American Management Association (AMA) en 1992 (Emshoff, 1994) témoigne de ces résultats: les bénéfices n'ont augmenté que pour 44 % des entreprises ayant subi des restructurations et la productivité que chez 31 % d'entre elles. En même temps, le moral du personnel avait chuté dans 77 % des cas. Greenberg (1989) rapporte qu'une autre étude de l'AMA tenue entre 1986 et 1989 indique que 80 % des compagnies qui ont expérimenté

la décroissance admettent que le moral de leurs travailleurs a diminué. Plus près de nous, des données recueillies par l'Association des gestionnaires des établissements de santé et des services sociaux (1995), rapportait qu'entre 1994-1995, plus de trois cents (300) cadres intermédiaires étaient en dépression ou en épuisement à la suite des divers changements survenus dans l'ensemble du réseau, sans compter que quatre (4) autres s'étaient enlevé la vie.

Bunning (1990) pense qu'une décroissance (downsizing) sans souffrance est impossible, mais qu'une planification bien pensée peut minimiser le traumatisme. Lynch (1993) note qu'il est prudent de faciliter le deuil nécessaire pour changer de paradigme dans notre pensée et par le fait même croître personnellement à la suite d'un tel processus. Khan (1987) affirme, que les organismes qui entreprennent une gestion de décroissance doivent élaborer une stratégie pour planifier les opérations de coupures de personnel, mais également assurer la poursuite des activités sans submerger les survivants de responsabilités nouvelles. En ce sens, l'application des mesures pré-planifiées doit être adaptée à chaque situation individuelle dans le respect complet des travailleurs affectés (Feldman et al., 1994). Parallèlement, un plan de mise en oeuvre devrait être élaboré soigneusement pour éviter que les employés les plus performants quittent les premiers ce qui aurait pour conséquence de diminuer le niveau de productivité et de créativité au sein de l'organisation (Mishra et al., 1994).

En fait, dépendamment de la façon dont la gestion de décroissance est menée

en entreprise on obtiendra des impacts variables sur la santé psychologique et physique des individus ce qui pourrait compromettre substantiellement l'atteinte des objectifs visés. Ainsi, des stratégies favorisant la réussite d'une réduction massive et le retour à une confiance mutuelle ont été proposées par différents théoriciens (Mishra et al., 1994; Raber et al., 1995; Cascio et al., 1993). L'intensification des communications verbales et écrites avec les employés, la possibilité qu'ils occupent un rôle "proactif" tout au long du processus ainsi que le travail en concertation avec les syndicats et les associations de cadres, permettent d'assurer l'employeur que les ententes respectent les conditions de travail du personnel et que la transition sera plus harmonieuse (Mc Eachern, 1995).

D'après les études de Davy et al. (1988;1991) ainsi que celle de Cooper-Schneider (1989), il semblerait que ce soit les circonstances du licenciement qui se trouvent à l'origine des réactions des survivants. En effet, la façon dont le licenciement s'est produit (normes distributives, procédures de mise en oeuvre, traitement des employés, qualité et quantité de l'information, envergure, rapidité de mise en oeuvre), peut à la fois influencer la perception de justice, le sentiment d'insécurité et le niveau de stress ressenti chez les travailleurs.

Les gestionnaires qui opèrent une réduction massive de personnel et une rationalisation des dépenses ne devraient pas viser des économies d'argent avant plusieurs années (McEachern, 1995). En fait, le processus de

décroissance dans une organisation est plus que la simple diminution des dépenses et l'élimination de certains emplois. La complexité de la démarche et ses effets sur l'ensemble du personnel exigent un niveau élevé d'éthique dans sa planification. Ce n'est que dans ces conditions et en suivant un plan d'action détaillé que plusieurs auteurs entrevoient le succès possible d'une opération de décroissance au sein d'une organisation (Kilpatrick et al., 1991; Khan, 1987; Appelbaum et al., 1987; Godfrey, 1994; Greengard, 1993).

Tel qu'énoncé au début de la revue de littérature, la diversité des documents consultés n'ont pas tous la même portée scientifique. Les résultats des études décrites au tableau 2.1 en annexe reposent sur les fondements méthodologiques généralement reconnus en recherche. Cependant, nous trouvons que les différents articles relatant des expériences ou études de cas, particulièrement dans le milieu hospitalier, se rapprochaient davantage de notre recherche et par conséquent nous ont été d'un grand support pour comprendre les enjeux de la décroissance mis en oeuvre par la RRSSSM-C. D'autres textes faisant état des résultats des diverses études en gestion de décroissance nous ont finalement permis de connaître la tendance générale des principaux tenants à ce sujet.

Chapitre 2

Le cadre conceptuel

2.1 Le cadre théorique

Comme en témoigne la revue de la littérature, la gestion de la décroissance (downsizing) est une activité complexe qui doit tenir compte de multiples éléments et facteurs pour atteindre les résultats escomptés (Mishra et Mishra, 1994; McEachern, 1995) . Des effets nuisibles sur la santé des individus sont prévisibles dans ces situations, cependant ces impacts négatifs pourront être atténués d'une part, par la qualité du plan d'action de l'organisation et d'autre part, par les ressources personnelles des individus (Feldman et Leana, 1994; Kilpatrick et al., 1991; Henkoff, 1994).

Dans l'organisation, les gestionnaire qui entreprendront une opération de décroissance doivent envisager toutes les alternatives et difficultés inhérentes à cette décision. Cette évolution est essentielle pour restaurer ou maintenir une organisation en « santé » (Appelbaum et al. 1987; Appelbaum, 1991). À cet effet, Kilpatrick et al. (1991) soutiennent que la planification demeure la pierre angulaire de la réussite d'une telle démarche et, cette dernière doit inclure un plan de communication auprès des employés, un plan de réduction de la main-d'oeuvre, un plan de remplacement du personnel ainsi qu'un plan de réorganisation des activités. Par conséquent, les décideurs se doivent de

brosser préalablement un portrait de la situation et posséder le maximum d'informations et de connaissances sur l'organisation afin de réagir promptement au moment jugé opportun (Rosenblatt et al., 1993).

Pour les individus, la capacité d'assumer un tel stress est fortement augmentée si ces derniers possèdent un solide réseau socioaffectif. En effet, il est démontré que ses liens affectifs lui serviront de filet de protection pendant cette période de déséquilibre (Colledge, 1982; Smilga, 1995). D'autres facteurs tels la situation financière, l'âge, le type d'emploi ainsi que le statut d'emploi au sein de l'organisation pourront également influencer le niveau d'adaptation face aux changements opérés par l'organisation (Mayer et Roy, 1995; Colledge, 1982; Brenner et Mooney, 1983; Godfrey, 1994; Raber et al., 1995). Le degré de confiance entre la gestion de l'organisation et ses employés serait aussi déterminante du degré de résistance que les employés exprimeront face aux changements (Mishra et Mishra, 1994). En fait, sachant que le personnel, dans les situations de réorganisation vit en quelque sorte un bris de contrat psychologique avec son employeur, la responsabilité de l'organisation est de redonner aux employés espoir en l'avenir (Henkoff, 1994; Godfrey, 1994).

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a pour sa part élaboré un plan de mise en oeuvre qui vise la gestion des changements visés dans les orientations. Les mécanismes mis en place pour le suivi du plan devraient en principe assurer aux décideurs le contrôle sur

l'évolution de la situation et ainsi permettre de modifier le rythme des changements en fonction, entre autres, du redéploiement des ressources humaines, de la situation financière ou de dossiers prioritaires qui pourraient survenir au cours des cinq (5) prochaines années (RRSSSM-C, 1995). Il apparaît toutefois, que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre éprouve des difficultés concernant le déroulement des activités de son plan de mise en oeuvre. Les actions prioritaires qui avaient été mises en place préalablement à l'actualisation des mesures de décroissance ne sont plus respectées. En fait, à ce jour, le principe général voulant que les services alternatifs à l'hospitalisation soient opérationnels avant de procéder à des fermetures de lits ou d'établissements n'a pas été suivi dans les centres hospitaliers concernés: (Hôpital Bellechasse et C.H. Reddy Memorial). Il s'ensuit des délais supplémentaires pour le remplacement du personnel d'où l'émergence d'un profond sentiment d'insécurité chez plusieurs. Par conséquent, il pourrait s'ensuivre des répercussions néfastes sur « l'après » de la réforme si la RRSSSM-C ne reprend pas le contrôle du déroulement du processus rapidement. Un état d'esprit négatif du personnel risquerait d'abaisser la performance des établissements dans la région de Montréal.

2.2 Le modèle de recherche

Ces considérations théoriques nous amènent au modèle conceptuel, aux hypothèses de recherche ainsi qu'aux objectifs de recherche.

Rappelons en premier lieu, que l'analyse portera sur les hôpitaux visés par la dixième étape du plan de mise en oeuvre de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre qui comprend la fermeture de l'Hôpital Bellechasse et du C.H. Reddy Memorial et que cette analyse touchera spécifiquement les cadres supérieurs et intermédiaires oeuvrant dans ces établissements de santé.

En l'absence d'une théorie établie sur laquelle s'appuiera notre recherche, nous construirons notre propre modèle conceptuel ainsi que nos hypothèses de recherche. Aussi, pour en assurer l'exhaustivité nous nous baserons sur les conclusions des principaux tenants de la gestion de la décroissance tels qu'exposés dans la revue de littérature ainsi que dans le cadre théorique déjà énoncé.

2.2.1 Postulat et hypothèses

Notre modèle conceptuel s'appuie sur un postulat de fond qui prétend que l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux suite à la réorganisation des services de santé aura un effet sur la santé des cadres concernés.

Toutefois, dans le cadre de cette recherche nous ne vérifierons pas le présent postulat de façon générale mais nous nous intéresserons plus spécifiquement à

la vérification des deux (2) hypothèses de recherche suivantes:

- Considérant que le rôle des organisations est crucial tout au long du processus de gestion de décroissance tant au plan de la planification qu'à celui du support à donner au personnel, nous formulons en guise de première hypothèse que « *l'essentiel des effets sur la santé des cadres affectés serait attribuable au contexte organisationnel dans lequel se déroule l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux* ».
- Considérant que les caractéristiques individuelles des personnes et les facteurs se rapportant à leur vie personnelle peuvent influencer leur niveau de réponse face à ces agents de stress, nous énonçons comme deuxième hypothèse que « *les effets sur la santé des cadres affectés par l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux devraient varier selon leurs caractéristiques individuelles et leur situation personnelle* ».

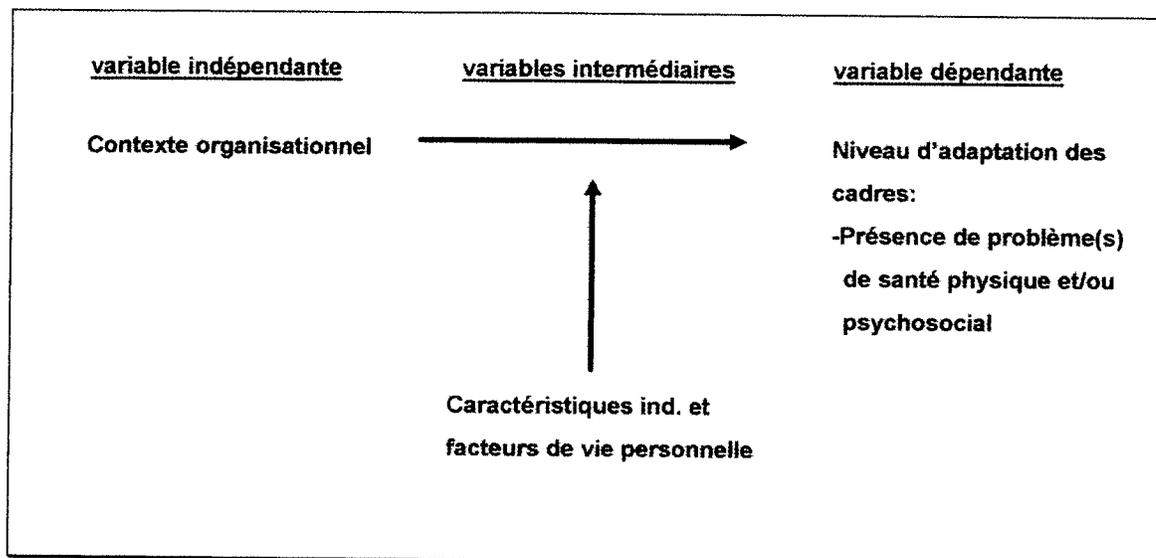
2.2.2 Modèle conceptuel

Partant de ces considérations, nous avons établi que le contexte organisationnel (*variable indépendante*) aura des effets variables sur le niveau d'adaptation des cadres (*variable dépendante*) et ce, dépendamment des caractéristiques propres à chacun des individus ainsi que les facteurs entourant leur vie personnelle (*variables intermédiaires*). La figure 2.1 démontre de façon détaillée la relation

entre les différentes variables.

FIGURE 2.1

MODÈLE CONCEPTUEL DE RECHERCHE



Comme nous l'indique la revue de littérature, le contexte organisationnel (variable indépendante) ainsi que les caractéristiques individuelles et la situation personnelle des cadres (variables intermédiaires) influencent le niveau d'adaptation de ces derniers face aux changements.

En ce qui concerne la variable indépendante qui est le contexte organisationnel, il est logique de croire que les entreprises qui auront procédé à une planification des opérations et à l'application des politiques et procédures de manière constante et équitable augmenteront leurs chances de réussite (Kilpatrick et al., 1991). Selon Bourque (1995) la vulnérabilité des employés dépend en partie des

circonstances et de l'environnement dans lequel se déroule les mesures de décroissance et peuvent expliquer la sévérité des réactions de chacun.

Comme nous l'avons vu antérieurement, les préoccupations des personnes affectées par la réorganisation des services dans la région de Montréal peuvent varier considérablement selon leurs caractéristiques individuelles (variables intermédiaires). Ainsi, nous croyons que l'âge de même que des qualités propres à l'individu (autonomie, estime de soi, confiance, ouverture à la nouveauté et aux risques raisonnables, initiative, flexibilité, capacité à exprimer sainement ses émotions) comme la facilité à relever de nouveaux défis ou de faire face à de nouvelles règles de jeu pourront avoir un impact sur leur façon de réagir aux changements (Bridges, 1991; Pritchett, 1985, Smilga, 1996). Cependant, à la lecture des différents textes des tenants de la gestion de décroissance il nous apparaît également que la situation personnelle des individus pourra influencer leur facilité à réagir à la réorganisation des services, et ce, malgré qu'ils soient des personnes ouvertes aux changements. En effet, le statut d'emploi de la personne, son type d'emploi, sa situation maritale ainsi que son indépendance financière influenceront le style d'attachement anxieux et plutôt dépendant de certains face à leur emploi. Ils pourront expliquer la rigidité et le sentiment de détresse que plusieurs vivront lors de la réorganisation des services d'où l'apparition et/ou l'aggravation des problèmes de santé physique et/ou psychosocial chez certains d'entre-eux (Mayer et Roy, 1995; Godfrey, 1994; Smilga, 1996).

2.2.3 Objectifs

L'objectif général de notre recherche consiste à évaluer l'impact de l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux sur la santé physique et/ou psychologique des cadres affectés. Pour mieux le circonscrire, nous avons défini des objectifs plus spécifiques. Ces derniers visent à identifier :

- 1- Les effets sur la santé des cadres à la suite des fermetures selon la perspective des principaux administrateurs des hôpitaux (membres du Conseil d'Administration);
- 2- Les effets sur la santé des cadres à la suite des fermetures selon la perspective des gestionnaires des hôpitaux (ex: directeur général, adjoint au directeur général);
- 3- Les problèmes de santé reliés au travail et à la santé des cadres affectés par l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux;
- 4- Les zones de convergence et de divergence entre les cadres et les autres groupes de participants (administrateurs et gestionnaires) en regard des effets sur la santé des cadres tels que perçus lors de l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux.

Chapitre 3

Méthodologie de recherche

Ce troisième chapitre est consacré à la méthodologie adoptée pour effectuer cette recherche. Dans un premier temps, nous définirons le cadre dans lequel cette recherche va s'effectuer et avec quel devis. Dans un deuxième temps, nous vous présenterons le lieu où s'effectue la recherche, la population qu'elle vise et les groupes qui y sont étudiés. Finalement, dans un troisième temps, nous élaborerons sur les mesures et les différents outils qui ont été développés.

3.1 Le devis de recherche

La détermination d'une stratégie générale de recherche consiste à choisir la stratégie la mieux adaptée pour vérifier les hypothèses que nous avons élaborées. Par conséquent, la stratégie de recherche que nous avons utilisée dans ce cas-ci, est celle de l'étude de cas puisqu'elle nous a permis d'identifier les différents problèmes de santé perçus par les cadres suite à l'annonce de la réorganisation des services dans la région de Montréal. En fait, nous remarquons que cette méthode est fréquemment employée dans l'analyse des organisations puisqu'elle « ...n'implique pas de manipulation provoquée ou invoquée de la variable indépendante (la réorganisation des services), pas plus qu'elle ne nécessite de contrôle sur l'affectation des sujets à l'étude (les cadres) (Contandriopoulos et al., 1990).

3.2 La description des centres hospitaliers

L'opération de décroissance entreprise par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre aura affecté à la fin de ce processus soit le 1er avril 1998, neuf (9) hôpitaux de ce territoire et près de 9 000 employés du secteur de la santé dont les cadres.

Ces neuf (9) hôpitaux présentent des différences dans le taux d'occupation ainsi que dans les services offerts (généraux vs spécialisés) sont pour la plupart voués à une fermeture et l'un d'entre-eux a un changement de vocation. Le tableau 3.1 vous expose l'ensemble des établissements touchés par le plan de réorganisation de la RRSSM-C.

TABLEAU 3.1

ÉTABLISSEMENTS TOUCHÉS PAR LE PLAN DE RÉORGANISATION

Fermatures:	C.H. St-Laurent	Hôpital Bellechasse
	Hôpital général de Lachine	C.H. Reddy Memorial
	C.H. Ste-Jeanne D'Arc	C.H. Gouin-Rosemont
	Hôpital Reine Elizabeth	Hôpital Guy Laporte
Changement de vocation:	C.H. St-Michel	

Notre étude porte sur deux (2) d'entre eux: l'hôpital Bellechasse et le Centre Hospitalier Reddy memorial. En voici la présentation:

L'hôpital Bellechasse a été construit en 1962 par une société privée et, dès lors, a été reconnu comme hôpital privé de courte durée. Un contrat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux définit les conditions de pratique et de rémunération dans ce centre. Par conséquent, l'hôpital Bellechasse ne reçoit aucun argent des patients, sauf ceux hospitalisés en chambre semi-privée et ceux non couverts par la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec. La relation de l'hôpital Bellechasse avec ses patients est donc sur la même base que celle de tout centre médical public du Québec.

À partir de 1974, l'hôpital a suivi l'évolution des hôpitaux publics de soins de courte durée avec l'instauration d'un budget global. Ceci signifie que ses dépenses en équipements et immobilisations sont assurées à partir du budget global de l'hôpital et que celui-ci est directement responsable du financement de ces dépenses. Toutefois, contrairement aux hôpitaux publics, l'hôpital Bellechasse peut dégager des excédents ou accuser des déficits mais ces excédents sont encaissés ou ces déficits sont assumés, comme pour toute société privée, par les propriétaires.

En 1986, le groupe LAVALIN achète l'hôpital de ses fondateurs. La division, SOGEC LAVALIN est spécialisée dans les questions de santé d'où l'intérêt de

LAVALIN a faire l'acquisition de l'hôpital Bellechasse. Le groupe LAVALIN était toujours propriétaire de l'hôpital Bellechasse au moment de l'annonce de la fermeture faite par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre au printemps 1995.

Situé au coeur du quartier Rosemont, l'hôpital Bellechasse s'identifie comme un « hôpital de quartier ». En effet, sa clientèle demeure majoritairement à proximité de l'établissement et devrait, selon sa direction, être considéré comme un modèle d'intégration dans son milieu⁶.

Bien que l'hôpital Bellechasse soit privé, il doit, au plan de sa gestion, se conformer à toutes les exigences du ministère de la santé, notamment pour les normes hospitalières et les services à fournir. De plus, le personnel est régi selon les mêmes conditions de travail que l'ensemble du secteur public.

Le personnel de l'hôpital Bellechasse est constitué de 109 médecins, 31 cadres et d'environ 500 employés. Cette équipe permet d'offrir des services médicaux généraux. La capacité de l'hôpital est de 165 lits de courte durée et 18 lits de longue durée.

L'Association des Hôpitaux du Québec compile annuellement le taux

⁶ Extrait du mémoire présenté par l'Hôpital Bellechasse à la RRSSSMC lors des audiences publiques tenues du 12 au 15 juin 1995, p. 8.

d'absentiéisme dans chaque centre. Ces données en heures en congé-maladie et en assurance-salaire pour la région Montréal-Centre, année 1994-1995, indique que l'hôpital Bellechasse présente la 3ième meilleure fiche à cet égard sur 51 centres, avec un taux d'absentiéisme de 4,51 %, alors que la moyenne de la région est de 5,68 %.

Fondé en 1870, le **Centre hospitalier Reddy Memorial** a plus de 125 ans d'existence. En tant qu'hôpital public communautaire, il exploite 201 lits, dont 71 de longue durée. Il offre des services généraux et spécialisés à un bassin de population multi-ethnique du sud-ouest de l'île de Montréal, du Centre-ville et de Westmount.

Au total, 1 140 personnes oeuvrent au Centre hospitalier Reddy Memorial, soit 848 employés incluant 33 cadres, 141 médecins et pharmaciens et 151 bénévoles. Le C.H. Reddy Memorial dessert une population multi-ethnique, dont la langue seconde est l'anglais. Un pourcentage important du personnel en service pourrait difficilement oeuvrer dans un environnement exclusivement francophone et, devrait recevoir une formation particulière afin d'être en mesure de communiquer en français. Notons que 80% du personnel est âgé de moins de 55 ans.

Pour ce qui est des données relatives aux heures de congé-maladie et d'assurance-salaire compilées par l'Association des Hôpitaux du Québec, le

Centre Hospitalier Reddy Memorial accuse un résultat pour l'année 1994-1995 nettement au-dessus de la moyenne régionale avec un ratio de 7,32% comparativement à la moyenne régionale de 5,68 %. Avec ce résultat, le C.H. Reddy Memorial se place en 41^{ème} place sur 51 centres dans cette région.

TABLEAU 3.2

SOMMAIRE COMPARATIF DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS

	HÔPITAL BELLECHASSE	C.H. REDDY MEMORIAL
Statut de l'établissement:	Privé-subventionné	Public
Services offerts:	Généraux	Généraux et Spécialisés
Situation géographique:	Quartier Rosemont	Centre-ville
Langue usuelle:	Français	Anglais
Nombre total d'employés:	500 (env.)*	989
Taux d'absentéisme (1994-95):	4,51 %	7,32 %

* Le nombre de 500 employés est une donnée approximative puisque nous n'avons pu obtenir une donnée officielle des membres de la direction de l'hôpital Bellechasse.

3.3 La constitution de l'échantillon

La population ciblée pour notre recherche comprend au total trente (30) cadres dont quinze (15) de niveau intermédiaire ou supérieur en provenance de chacun des deux (2) établissements concernés. La cueillette de données dans deux hôpitaux différents favorise la possibilité de généralisation des effets de la réorganisation des services sur la santé de l'ensemble des cadres à l'intérieur de ces hôpitaux (validité externe).

Pour obtenir une information la plus fidèle sur ce que peuvent vivre les individus

et ce, non seulement des cadres volontaires ou de ceux opposés à la réorganisation des services. Nous avons d'abord procédé à un échantillonnage systématique à partir d'une liste du personnel cadre, liste fournie par le département des ressources humaines des deux hôpitaux participants à l'enquête. Dans un deuxième temps, nous avons fait appel à un échantillonnage stratifié. Il a été possible d'identifier les besoins et les intérêts pour l'ensemble des catégories de cadres puisqu'ils formaient un échantillon représentatif des cadres provenant des divers secteurs d'activités comme par exemple celui des soins infirmiers, services auxiliaires ou des services administratifs.

Le tableau 3.3 présente en pourcentage le nombre de cadres interrogés en provenance de différents secteurs d'activités. Dans la catégorie « soins infirmiers » sont regroupés les cadres infirmiers de niveau supérieur ou intermédiaire oeuvrant dans les différentes sphères du domaine médical en centre hospitalier. La catégorie « services auxiliaires » fait référence aux cadres des différents services support aux soins médicaux tels; la production et la distribution alimentaire, les services techniques, l'entretien sanitaire, les approvisionnements, les installations matérielles, la buanderie, et les autres. La catégorie « services para-médicaux » réunit les services de diététique, les services bio-médicaux, l'imagerie médicale, la physiothérapie, les services professionnels et les autres. La quatrième catégorie « services administratifs » regroupe l'ensemble des services ne dispensant soin à la clientèle de l'hôpital. On retrouve dans cette catégorie des cadres en provenance des ressources

humaines, de la comptabilité et des finances, de la paie, des archives, de la communication, de l'accueil, de la bibliothèque, des bénévoles, de l'informatique, et autres.

Dans ces catégories se retrouvent des cadres de niveau supérieur et intermédiaire dont la classe salariale et les exigences rattachées à chacun des postes varient considérablement. Nous avons tenu compte de ces différences lors de notre échantillonnage.

TABLEAU 3.3
CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON
PERSONNEL CADRE

SECTEURS D'ACTIVITÉS/	HÔPITAL BELLECHASSE	C.H. REDDY MEMORIAL
Soins infirmiers	5/14 ou 36 %	6/15 ou 40 %
Services auxiliaires	4/4 ou 100 %	4/6 ou 66,6 %
Services para-médicaux	2/3 ou 66,6 %	2/3 ou 66,6 %
Services administratifs	4/9 ou 44,4 %	3/6 ou 50 %
TOTAL	15/30 ou 50 %	15/30 ou 50 %

3.4 La méthode de collecte de données

La présente étude a été conduite selon les standards de recherche de la méthode qualitative, ce qui implique une orientation exploratoire, inductive et descriptive. L'utilisation de la méthode qualitative de recherche s'appuie sur le postulat que ce sont les individus directement concernés par la réorganisation qui sont le mieux placés pour nous donner l'information, en l'occurrence les cadres des deux (2) centres hospitaliers.

Par conséquent, les cadres sélectionnés ont été soumis à des questionnaires et entrevues individuels afin d'évaluer les effets sur leur santé tels qu'ils le perçoivent suite à l'annonce de la réorganisation. Quinze (15) entrevues de courte durée comprenant des questions fermées et ouvertes ont été réalisées auprès des cadres intermédiaires et supérieurs sélectionnés dans chacun des hôpitaux (une copie du questionnaire est présentée en annexe A). Le questionnaire d'entrevue a été développé de façon à laisser le plus de place possible aux commentaires des participants. Il permet aussi la cueillette d'informations générales (type de responsabilité, ancienneté, âge, etc.). Toutefois la cueillette des commentaires relatifs aux effets sur leur santé exigent pour leur part, une relation de confiance entre le répondant et l'interviewer, d'où la nécessité d'un entretien individuel. L'entretien de type «semi-dirigé» a été privilégié. Il offre l'avantage de permettre aux cadres de se confier lors des échanges et à l'interviewer de ramener l'échange, lorsque nécessaire, vers les

objectifs de la rencontre.

La collecte de données auprès des cadres de l'hôpital Bellechasse s'est déroulée du 27 novembre 1996 au 11 décembre 1996 et celle du C.H. Reddy Memorial du 10 janvier 1997 au 15 janvier 1997. Nous croyons que le peu d'intervalle entre la cueillette de données dans les deux hôpitaux et le court délai entre les entrevues auprès de l'ensemble des cadres nous ont apporté des informations très intenses sur ce que vivaient ces cadres. Il est à noter que ces deux hôpitaux fermaient définitivement leurs portes le 1^{er} février 1997.

Afin d'améliorer la précision et l'ampleur des renseignements recueillis sur les effets sur la santé tel que perçu par les cadres, les entrevues individuelles d'une durée d'environ une (1) heure ont également été réalisées auprès de quatre (4) informateurs-clés. Un «informateur-clé» est un gestionnaire (catégorie hors cadre: directeur général ou adjoint à la direction générale) ou un administrateur (membre du conseil d'administration: président ou vice-président) directement impliqué dans le processus de fermeture.

De plus, nous avons utilisés des informations obtenues auprès du service des ressources humaines de chacun des hôpitaux, de l'Association des Hôpitaux du Québec ainsi que des statistiques recensées par le Ministère de la santé et des services sociaux (SBFR). Ces informations ont apporté, entre autres, des éclaircissements sur les variations du taux d'absentéisme des cadres, les

3.5 L'opérationnalisation des variables

La revue de littérature permet de présumer des liens entre la réorganisation des services et l'apparition de problèmes de santé chez les cadres. Le tableau 3.4 présente les indicateurs permettant de mesurer les variables tirées du modèle conceptuel.

TABLEAU 3.4
OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES DU MODÈLE CONCEPTUEL

VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS	NATURE DE LA RELATION
<p><u>INDÉPENDANTE</u> Contexte organisationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dimension «efficacité» (dans la façon de procéder à la réorganisation des services) 	<ul style="list-style-type: none"> • Degré de satisfaction concernant les informations transmises et les véhicules de communication utilisés pendant le processus; <i>(très satisfait- satisfait - pas très satisfait- insatisfait - aucune opinion)</i> • Degré de satisfaction concernant l'accessibilité des services support offerts pendant le processus; <i>(très satisfait - satisfait - pas très satisfait - insatisfait - aucune opinion)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du sentiment d'anxiété et d'insécurité face à la décroissance (downsizing); • Diminution des effets négatifs de la décroissance (downsizing);

VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS	NATURE DE LA RELATION
	<ul style="list-style-type: none"> • Dimension «efficience» (dans la quantité des rapports entretenus avec les employés) • Dimension «pertinence» (utilité des actions posées) 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des conventions collectives, des lois et règlements (notion d'équité); <i>(Nombre de griefs ou de plaintes déposées par les différents représentants du personnel)</i> • Quantité de communications verbales et écrites adressées au personnel; <i>(nombre de communiqués, réunions,... tout au long du processus)</i> • Degré de satisfaction concernant la variété des services supports offerts au personnel; <i>(Très satisfait - satisfait - pas très satisfait - insatisfait - aucune opinion)</i> • Degré de satisfaction concernant les approches privilégiées lors du processus (attrition, retraite anticipée, abolition de postes, etc.); <i>(Très satisfait -satisfait - pas très satisfait - insatisfait - aucune opinion)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du sentiment de confiance et de sécurité face à l'avenir; • Diminution du sentiment d'anxiété et d'insécurité; • Diminution des effets négatifs de la décroissance (downsizing); • Diminution des effets négatifs de la décroissance (downsizing);

VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS	NATURE DE LA RELATION
<p><u>DÉPENDANTE</u> Niveau d'adaptation des employés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Santé physique • Santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de santé physique dépisés chez les employés; (Apparition et/ou aggravation) (<i>consommation de médicaments, visite fréquente chez le médecin ou autres spécialistes, augmentation des absences en ass-salaire ou en CSST</i>) • Problèmes psychosociaux dépisés chez les employés. (Apparition et/ou aggravation) (<i>consommation de médicaments, visite fréquente chez le médecin ou autres spécialistes, augmentation des absences en ass-salaire ou en CSST</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation dans les situations de décroissance (downsizing); • Augmentation dans les situations de décroissance (downsizing);
<p><u>INTERMÉDIAIRES</u> Caractéristiques individuelles et facteurs de vie personnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Sexe 	<ul style="list-style-type: none"> • Moyenne d'âge chez les employés affectés; (<i>âge des participants</i>) • Sexe des participants; (<i>Homme ou femme</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des effets négatifs avec l'âge; • Augmentation de la prévalence à développer des symptômes anxio-dépressifs chez la femme;

VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS	NATURE DE LA RELATION
	<ul style="list-style-type: none"> • Langue usuelle • État civil • Charge familiale • Qualités propres à l'individu • Statut d'emploi 	<ul style="list-style-type: none"> • Langue utilisée de façon courante; <i>(français, anglais, autres)</i> • <i>Marié, divorcé ou séparé, célibataire, veuf, conjoint de fait;</i> • <i>Nombre d'enfants à charge;</i> • Autonomie, estime de soi, confiance, ouverture à la nouveauté et aux risques raisonnables, initiative, flexibilité, capacité à exprimer sagement ses émotions. <i>(questions ouvertes de la partie 4 du questionnaire)</i> • <i>Emploi à temps complet permanent, temps partiel permanent, occasionnel ou contractuel;</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des effets négatifs de la décroissance (downsizing) lorsque la langue d'usage au travail change; • Augmentation des divorces ou séparations; • Augmentation des effets négatifs de la décroissance (downsizing) lorsque la charge familiale est plus importante; • Diminution des effets négatifs de la décroissance (downsizing); • Augmentation des effets négatifs chez le personnel occasionnel ou à temps partiel;

VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS	NATURE DE LA RELATION
	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité d'emploi • Niveau de scolarité • Situation financière • Dimension humaine 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stabilité d'emploi ou non;</i> • <i>Université, Cégep, Secondaire, Primaire;</i> • Degré d'anxiété concernant leurs finances pour le futur; (<i>Beaucoup - un peu - pas vraiment</i>) • Rapports avec l'employeur (supérieur hiérarchique); (<i>Bon- moyen - mauvais</i>) • Délai entre l'avis de la fermeture et la fermeture effective de l'hôpital; 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des effets négatifs chez le personnel cadre non couvert par le régime de stabilité d'emploi • Diminution des effets négatifs chez les plus scolarisés; • Augmentation des effets négatifs chez les personnes les plus insécures; • Diminution des effets négatifs en présence d'un climat de confiance; • Augmentation des effets négatifs lorsque le délai est trop court.

3.6 L'analyse des données

Les méthodes d'analyse des données recueillies sont de deux ordres: quantitatif et qualitatif. Le choix de l'un ou l'autre en fonction des données recueillies permet de mesurer les effets selon les différents types de variables.

1) Analyse quantitative: L'analyse statistique des données permet de compiler les informations recueillies à l'aide du questionnaire (pré-test). Dans ce cas, nous avons procédé, à l'aide du logiciel SPSS (version 6.1), à une analyse descriptive des réponses aux questions à choix multiples. Par le biais des analyses bivariées nous avons identifié les facteurs déterminants de la santé physique et mentale des cadres participant à l'étude tout en tenant compte des variables intermédiaires. Cette façon de faire permet aussi de reconnaître l'importance relative de chaque groupe de facteurs ou de chaque facteur dans l'explication de l'état de santé des cadres. Le niveau d'adaptation serait d'ailleurs prédictif des effets potentiels de la réorganisation des services sur la santé de ces derniers.

2) Analyse qualitative: Considérant le nombre limité de candidats participant à notre étude, l'analyse de contenu des questions ouvertes s'est faite à partir d'une grille pré-établie. Celle-ci nous permettaient d'identifier de façon précise les éléments recherchés pour chacune des questions principalement pour les cinq (5) premières parties du questionnaire. Cette méthode nous a permis de

conserver une certaine flexibilité et d'ajouter lors de l'analyse des catégories selon nos besoins.

Afin de traiter plus facilement les questions ouvertes, une assistante a procédé à la retranscription de toutes les entrevues sur traitement de texte. Il était alors plus facile de se référer au texte de chaque candidat afin d'obtenir le sens précis de leurs propos.

Pour terminer, des analyses comparatives sont effectuées en fonction des deux (2) dimensions de la variable dépendante, soit la santé mentale et la santé physique.

Finalement, précisons qu'il s'agit d'une analyse thématique portant principalement sur «les effets sur la santé des cadres tels qu'ils le perçoivent suite à l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux ». Pour y parvenir, lors de la compilation de ces informations nous avons tenu compte des indicateurs se rapportant aux caractéristiques individuelles et à la situation personnelle des participants. En effet, ce n'est qu'après avoir traité séparément celles-ci qu'il sera possible d'infirmer ou confirmer la troisième hypothèse voulant que « *l'essentiel des effets sur la santé des cadres affectés seraient attribuables au contexte organisationnel dans lequel se déroule la gestion de décroissance* ».

Chapitre 4

Présentation des résultats

4.1 Les caractéristiques individuelles des participants

Considérant que l'objet de notre étude vise l'identification de la nature des problèmes de santé vécues par les cadres du Centre Hospitalier Reddy Memorial et de l'Hôpital Bellechasse, nous nous proposons dans un premier temps de faire une description des principales caractéristiques démographiques des participants. Pour y parvenir nous nous sommes basés sur les informations provenant en majorité de la sixième partie du questionnaire visant à recueillir les questions d'ordre biographiques.

Le tableau 4.1 comprend deux sections: l'aspect démographique incluant les caractéristiques individuelles et familiales ainsi que l'expérience de travail. De là, on obtient un portrait global des cadres de notre échantillon. Les réponses recensées auprès de ces derniers et exposées dans le tableau suivant, sont classées selon les indicateurs de recherche identifiés au plan des variables intermédiaires tel que présentées au tableau 3.1.

Tout d'abord au niveau des caractéristiques individuelles, on remarque que la très grande majorité des cadres (28/30) ont plus de quarante (40) ans et près de la moitié (14/30) ont plus de cinquante (50) ans. À l'hôpital Bellechasse, la

plupart des cadres interrogés (12/15) ont un(e) conjoint(e) alors qu'au Centre Hospitalier Reddy Memorial près de la moitié des cadres (7/15) sont célibataires ou encore divorcés.

Au niveau de la distribution des cadres selon leur sexe, les données nous indiquent que cette dernière est similaire pour les deux hôpitaux. On observe que huit cadres sur quinze interrogés (8/15) sont des femmes. La langue d'usage courant est majoritairement le français pour les cadres de l'hôpital Bellechasse (13/15) alors que pour ceux du Centre Hospitalier Reddy Memorial plus de la moitié utilisent l'anglais ou une autre langue d'usage (8/15). Le niveau de scolarité est également une donnée où l'on observe une différence notable entre les deux hôpitaux. On remarque un plus grand nombre de cadres ayant un niveau d'études universitaires au Reddy Memorial (13/15) comparativement aux cadres de l'hôpital Bellechasse (7/15).

En ce qui a trait aux caractéristiques familiales, nous observons que les cadres de l'hôpital Bellechasse (13/15) sont davantage propriétaires de leur logis alors qu'au C.H. Reddy Memorial une plus grande proportion (6/15) sont locataires. Les données se rapportant au nombre d'enfant(s) à charge sont sensiblement les mêmes pour les deux hôpitaux. Près de la moitié des cadres des deux hôpitaux n'ont pas d'enfants à charge. Et l'autre moitié des cadres dans chacun des hôpitaux (7/15) rapportent avoir des enfants à charge entre 6 et 26 ans. Concernant le nombre de personne(s) dans la famille qui sont sur le

marché du travail, un cadre sur deux (1/2) pour l'ensemble des personnes interrogées dans les deux hôpitaux est l'unique source de revenus dans le foyer.

Finalement, en ce qui concerne l'expérience de travail, sur les trente cadres rencontrés, dont quinze personnes de chaque établissement, la majorité de ceux-ci (28/30) occupent un emploi à temps complet permanent et sont couverts par le régime de stabilité d'emploi. Les cadres de l'hôpital Bellechasse qui vivent à plus de 10 Km de leur travail sont plus nombreux (11/15) qu'au Reddy Memorial (7/15). Par conséquent, les cadres de l'hôpital Bellechasse sont plus nombreux (6/15) à consacrer plus de quarante-cinq minutes dans les déplacements entre leur logis et leur emploi (6/15) que ceux du C.H. Reddy Memorial (1/15).

TABLEAU 4.1

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS

1. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES		
A. CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES		
1.1 Distribution ⁽¹⁾ en fonction de l'âge ⁽²⁾	HÔPITAL BELLECHASSE (n=15)	C.H. REDDY MEMORIAL (n=15)
30-40 ans	1	1
41-50 ans	6	8
51-60 ans	5	4
61 et plus	3	2
1.2 Sexe		
Femme	8	8
Homme	7	7

A. CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES		
1.3 État civil	HÔPITAL BELLECHASSE (n=15)	C.H. REDDY MEMORIAL (n=15)
Célibataire	2	6
Marié(e)	11	6
Conjoint de fait	1	2
Divorcé(e)/Séparé(e)	1	1
Veuf(ve)	0	0
1.4 Langue usuelle		
Anglais	0	5
Français	13	7
Autre	2	3
1.5 Scolarité ⁽³⁾		
Universitaire	7	13
Collégial	4	0
Secondaire	4	2
Primaire	0	0

⁽¹⁾ T-Student, 28d.l. = 0,77; p = 0,45

⁽²⁾ Âge moyen Hôpital Bellechasse : 51,5 ans ; Âge moyen C.H. Reddy Memorial : 49,3 ans

⁽³⁾ K² Pearson = 6,46 ; p = 0,039. Le niveau de scolarité est plus élevé au C.H. Reddy Memorial

B. CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES		
1.6 Habitation	HÔPITAL BELLECHASSE (n=15)	C.H. REDDY MEMORIAL (n=15)
Propriétaire		6
Locataire	2	6
1.7 Enfant(s) à charge		
Aucun	8	7
1	2	4
2	4	2
3	0	2
4	1	0
1.8 Âge de(s) enfant(s)		
Sans enfant	8	7
Moins de 6 ans	0	1
Entre 6 et 26 ans	7	7
Autre	0	0
1.9 Nombre de personne(s) dans la famille sur le marché du travail		
1	7	8
2	8	6
3	0	1

2. EXPÉRIENCE DE TRAVAIL		
2.1 Statut d'emploi	HÔPITAL BELLECHASSE (n=15)	C.H. REDDY MEMORIAL (n=15)
Complet permanent	14	14
Partiel permanent	1	0
Occasionnel	0	1
Contractuel	0	0
2.2 Distance entre le logis et l'emploi		
Moins de 1 Km	1	1
1.1 à 5.0 Km	1	5
5.1 à 10 Km	2	2
10.1 à 20 km	6	5
20.1 Km et plus	5	2
2.3 Durée de trajet entre le logis et l'emploi (aller-retour)		
Moins de 15 minutes	2	3
Entre 16 et 30 minutes	6	6
Entre 31 et 45 minutes	1	5
Entre 46 et 60 minutes	6	1
Plus de 1 heure	0	0
2.4 Stabilité d'emploi		
Oui	14	14
Non	1	1

4.2 Les principaux problèmes de santé des cadres

La première partie du questionnaire administré aux participants lors des entrevues individuelles permet d'identifier les principaux problèmes de santé vécus par ces derniers aux plans physique ou psychologique suite à l'annonce de la fermeture de leur centre hospitalier. De plus, tel que le mentionne la littérature consultée, les effets négatifs sur la santé en générale peut s'étendre au-delà de la personne directement concerné, pour affecté également les membres de la famille immédiate de l'employé visé par la perte de son emploi.

Nous avons donc tenté de vérifier cet état de fait auprès des cadres qui ont participés à notre étude en prévoyant également quelques questions visant plus spécifiquement la santé de leurs proches.

TABLEAU 4.2

PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ PERÇUS PAR LES PARTICIPANTS

1. ÉTAT DE SANTÉ DU PARTICIPANT		
1.1 Problèmes de santé	HÔPITAL BELLECHASSE (n=15)	C.H. REDDY MEMORIAL (n=15)
Oui	3	5
Non	12	10
1.2 État de santé depuis la dernière année ⁽¹⁾		
Amélioration	1	1
Stabilité	13	7
Détérioration	1	7
1.3 Nouveaux problèmes depuis les derniers mois		
Oui	2	2
Non	13	13
1.4 Suivi médical par un médecin		
Oui	2	5
Non	13	10
1.5 Médicaments prescrits		
Aucun	13	11
Base temporaire	0	1
Base régulière	2	3
1.6 Effet de la fermeture sur la santé		
Oui	7	10
Non	8	5

⁽¹⁾ L'état de santé s'est détérioré chez plus de personnes du C.H. Memorial (significatif)

2. ÉTAT DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE		
2.1 État de la santé depuis les 12 derniers mois		
Amélioration	1	0
Stabilité	11	11
Détérioration	3	4

Les données recueillies auprès des quinze cadres dans chacun des hôpitaux nous indiquent que huit d'entre-eux ont éprouvé des problèmes de santé depuis l'annonce de la fermeture de leur hôpital. Sept cadres du C.H. reddy Memorial ont exprimé avoir observé une détérioration de leur état de santé depuis la dernière année comparativement à une seule personne pour l'hôpital Bellechasse. La plupart des cadres (26/30) rapportent ne pas avoir de nouveaux problèmes de santé depuis les derniers mois. Concernant les médicaments prescrits et le suivi médical par un médecin, on ne dénote rien de particulier. Toutefois, lorsque nous demandons aux cadres si la fermeture de leur hôpital a eu un effet négatif sur leur santé, plus de la moitié d'entre-eux (17/30) répondent affirmativement.

4.3 Les indicateurs de santé des employés du réseau

La compilation de données faite par l'Association des Hôpitaux du Québec (A.H.Q., 1995) corrobore le fait que la santé des cadres dans les hôpitaux visés par la fermeture est dans un état moindre à celui des cadres de la province. Précisons que les chiffres disponibles ne font pas de distinction entre le personnel syndiqué et les cadres pour la période de 1993-1995. Toutefois, nous croyons que le portrait présenté peut être représentatif de la situation des cadres et de n'importe quel établissement visé par la réorganisation.

TABLEAU 4.3
CONGÉS-MALADIE ET ASSURANCE-SALAIRE
 de 1992-1993 à 1994-1995

Absences exprimées en heures

	HÔPITAL BELLECHASSE	C.H. REDDY MEMORIAL
1. ÉVOLUTION DES HEURES EN CONGÉS-MALADIE ET EN ASSURANCE-SALAIRE (incluant les cadres et autre personnel)		
1992-1993	24 173	54 859
1993-1994	24 586	53 772
1994-1995	24 114	55470
1.1 Variation annuelle sur 3 ans		
	0.86%	4.16%
1.2 Variation annuelle sur 3 ans selon la catégorie de chacun des hôpitaux		
CHCD Généraux	- 0.46%	
CHCD Spécialisés		1.14%
1.3 Variation annuelle sur 3 ans au niveau provincial		
	0.40%	0.40%
2. ÉVOLUTION DES HEURES EN CONGÉS-MALADIE SEULEMENT 1993-1995		
1992-1993	9 096	16 845
1993-1994	8 245	15 022
1994-1995	7 444	11 434
2.1 Variation annuelle sur 3 ans		
	- 8.65%	- 14.66%
2.2 Variation annuelle sur 3 ans selon la catégorie de chacun des hôpitaux		
CHCD Généraux	- 2.01%	
CHCD Spécialisés		- 9.61%
2.3 Variation annuelle sur 3 ans au niveau provincial		
	- 9.19%	- 9.19%
3. ÉVOLUTION DES HEURES EN ASSURANCE-SALAIRE SEULEMENT 1993-1995		
1992-1993	15 077	38 014
1993-1994	16 341	38 750
1994-1995	16 670	44 036
3.1 Variation annuelle sur 3 ans		
	6.18%	11.49%
3.2 Variation annuelle sur 3 ans selon la catégorie de chacun des hôpitaux		
CHCD Généraux	- 0.04%	
CHCD Spécialisés		4.82%
3.3 Variation annuelle sur 3 ans au niveau provincial		
	3.85%	3.85%

TABLEAU 4.4
CONGÉS-MALADIE ET ASSURANCE-SALAIRE
de 1992-1993 à 1994-1995

Coûts en absence

	HÔPITAL BELLECHASSE	C.H. REDDY MEMORIAL
4. ÉVOLUTION DES COÛTS EN CONGÉS-MALADIE ET ASS.-SALAIRE 1993-1995		
1992-1993	325 256	802 308
1993-1994	407 887	785 288
1994-1995	400 657	830 526
4.1 Variation annuelle sur 3 ans		
	10.64%	3.83%
4.2 Variation annuelle sur 3 ans du groupe d'appartenance de chacun des hôpitaux		
CHCD Généraux	1.36%	
CHCD Spécialisés		0.19%
4.3 Variation annuelle sur 3 ans au niveau provincial		
	0.26%	0.26%
5. ÉVOLUTION DES COÛTS EN CONGÉS-MALADIE SEULEMENT 1993-1995		
1992-1993	150 072	299 440
1993-1994	168 106	257 252
1994-1995	141 439	216 339
5.1 Variation annuelle sur 3 ans		
	- 3.22%	- 13.26
5.2 Variation annuelle sur 3 ans selon la catégorie de chacun des hôpitaux		
CHCD Généraux	- 2.52%	
CHCD Spécialisés		- 10.01%
5.3 Variation annuelle sur 3 ans au niveau provincial		
	- 8.95	- 8.95%
6. ÉVOLUTION DES COÛTS EN ASSURANCE-SALAIRE SEULEMENT 1993-1995		
1992-1993	175 184	502 868
1993-1994	239 781	528 036
1994-1995	259 218	614 187
6.1 Variation annuelle sur 3 ans		
	21.26%	12.78
6.2 Variation annuelle sur 3 ans selon la catégorie de chacun des hôpitaux		
CHCD Généraux	2.79	
CHCD Spécialisés		4.79%
6.3 Variation annuelle sur 3 ans au niveau provincial		
	4.64%	4.64%

Les tableaux 4.3 et 4.4, démontrent clairement qu'entre les années 1993-1995, pour les deux hôpitaux de l'étude, il y a une diminution des coûts et des heures en congés-maladie et une augmentation des heures et des coûts en absence en assurance-salaire.

Tout d'abord le tableau 4.3 nous permet de constater que le ratio « taux d'absence par heure travaillée » des établissements visés par l'étude est plus élevé par rapport à la moyenne provinciale ainsi que dans leur catégorie respective. En effet, la variation annuelle de l'hôpital Bellechasse sur une période de trois ans est de 0.86% alors que celle de sa catégorie (CHCD généraux) est de -0.46%. Toujours sur une même période de trois ans, le C.H. Reddy Memorial enregistre quant à lui une variation annuelle de 4.16% versus 1.14% pour sa catégorie (CHCD spécialisés). À titre comparatif, la variation annuelle au niveau provincial pour la même période de référence est de 0.40%.

Cette première observation peut signifier que le personnel de ces deux centres ont eu tendance à s'absenter pour maladie moins souvent pour une courte période (congés-maladie) mais ont eu recours davantage aux absences prolongées (période d'invalidité). En regardant les données du tableau 4.3, on remarque que les heures d'absence en assurance-salaire (congé longue durée)⁷ sont deux fois plus élevées qu'en absence congés-maladie (congé courte durée).

⁷ Dans le réseau de la santé pour le personnel cadre on entend généralement par heures d'absences en assurance-salaire (congé d'invalidité longue durée), toute période continue d'invalidité à compter de la 7^{ème} journée de calendrier d'absence. La prestation variera selon la durée de l'absence soit, d'un montant égal à 80% du salaire pendant les six (6) premiers mois et 70% du salaire jusqu'à concurrence de cent quatre (104) semaines d'absence.

En ce qui concerne le C.H. Reddy Memorial les absences longue-durée sont pratiquement trois fois plus élevées que les absences en congés-maladie. On peut penser que ces personnes ont souffert de problèmes de santé sérieux qui nécessitaient une période de convalescence plus longue.

À titre de deuxième observation nos remarquons qu'au niveau des heures et des coûts en assurance-salaire, les deux hôpitaux de notre étude accusent un pourcentage bien au-delà de celui de la province dans leur catégorie respective. Ces données s'étendent jusqu'à mars 1995 et l'annonce de fermeture des hôpitaux eut lieu au printemps 95 (mai). Nous pouvons croire qu'il y a eu une augmentation importante des cas d'invalidité longue durée durant les mois qui ont suivi les préparatifs de fermeture.

Le tableau 4.4 nous indique que sur sur une période de trois ans, l'hôpital Bellechasse enregistre une variation annuelle de ses coûts en assurance-salaire de 21.26% alors que les autres hôpitaux de sa catégorie (CHCD généraux) accusent une moyenne de 2.79%. Le C.H. Reddy Memorial pour sa part, montre une variation annuelle de 12.78% comparativement à 4.79% pour sa catégorie (CHCD spécialisés). Au niveau provincial la variation annuelle sur trois ans est inférieure aux deux hôpitaux de notre étude avec un résultat de 4.64%.

4.4 Le degré de satisfaction des cadres

Comme nous l'avons spécifié au premier chapitre, la façon dont la gestion de décroissance est menée a une incidence directe sur le degré de satisfaction des employés et conséquemment sur la réussite d'une telle opération.

Le tableau 4.5 nous indique que le niveau de satisfaction, sur la façon dont la fermeture a été menée, est plus grand chez les cadres de l'hôpital Bellechasse (8/15) comparativement à ceux du Reddy Memorial (2/15). On remarque d'ailleurs qu'un tiers (5/15) des cadres du Reddy Memorial ont exprimé clairement avoir été insatisfaits. La plupart des réponses des cadres (20/30), sur la façon dont les informations ont été transmises, se regroupent autour de « moyennement satisfait ». Toutefois, les cadres du Reddy Memorial démontrent encore une fois un niveau d'insatisfaction plus élevé (5/15) comparativement à ceux de l'hôpital Bellechasse (2/15). En ce qui concerne le contenu des informations transmises, les cadres de l'hôpital Bellechasse (8/15) sont plutôt satisfaits, à l'opposé de ceux du C.H. Reddy Memorial qui semblent plutôt insatisfaits (10/15). Toutefois, plus de la moitié des cadres des deux hôpitaux ont exprimés un niveau d'insatisfaction élevé en regard de la quantité des informations transmises (17/30).

D'autres questions abordaient plus précisément les mesures atténuantes mises en place pour diminuer les effets de la perte d'emploi. Ces dernières nous dévoilent que les cadres du C.H. Reddy Memorial sont plutôt satisfaits des

différentes modalités qui s'offrent à eux (11/15) comparativement à ceux de l'hôpital Bellechasse (5/15). Toutefois, les cadres du C.H. Reddy Memorial (8/15) versus ceux de l'hôpital Bellechasse (4/15) démontrent un niveau d'insatisfaction plus élevé en ce qui concerne les différentes mesures utilisées pour atteindre une réduction de personnel. Finalement, la variété et l'accessibilité des services supports répondent aux attentes de plus de la moitié de l'ensemble des cadres interrogés. Par contre, les cadres de l'hôpital Bellechasse semblent nettement plus satisfaits que ceux du Reddy Memorial. Leurs résultats indiquent que leur niveau de satisfaction est très élevé en ce qui a trait à la variété (14/15) et l'accessibilité des services supports rendus (13/15).

TABLEAU 4.5

LE NIVEAU DE SATISFACTION DES CADRES

1. SATISFACTION EN GÉNÉRALE		
1.1 Sur la façon dont la fermeture a été menée ⁽¹⁾	HÔPITAL BELLECHASSE (n=15)	C.H. REDDY MEMORIAL (n=15)
Très satisfait	0	0
Satisfait	8	2
Pas très satisfait	6	8
Insatisfait	1	5
Aucune opinion	0	0
1.2 Sur la façon dont les informations ont été transmises		
Très satisfait	1	0
satisfait	5	5
Pas très satisfait	5	5
Insatisfait	2	5
Aucune opinion	2	0
1.3 Sur le contenu des informations		
Très satisfait	2	2
satisfait	6	3
Pas très satisfait	2	5
Insatisfait	5	5
Aucune opinion	0	0

1. SATISFACTION EN GÉNÉRALE (suite)		
1.4 Sur la quantité des informations	HÔPITAL BELLECHASSE (n=15)	C.H. REDDY MEMORIAL (n=15)
Très satisfait	0	1
satisfait	7	5
Pas très satisfait	3	3
Insatisfait	5	6
Aucune opinion	0	0
1.5 Sur les modalités de remplacement		
Oui	5	11
Non	4	3
Aucune opinion	6	1
1.6 Sur les mesures utilisées pour atteindre une diminution de personnel		
Très satisfait	2	2
Satisfait	6	4
Pas très satisfait	3	4
Insatisfait	1	4
Aucune opinion	3	1
1.7 Sur la variété des services supports offert		
Très satisfait	2	0
Satisfait	12	9
Pas très satisfait	0	3
Insatisfait	1	1
Aucune opinion	0	2
1.8 Sur l'accessibilité à ces services support		
Très satisfait	4	0
Satisfait	9	9
Pas très satisfait	1	3
Insatisfait	1	2
Aucune opinion	0	1

⁽¹⁾ Les cadres du C.H. Reddy Memorial sont en proportion plus insatisfaits

Quelques participants de l'étude ont voulu départager les responsabilités ou faire le point sur leur niveau de satisfaction selon qu'ils s'adressent à l'une ou l'autre des différentes instances ayant été impliquées dans le processus de fermeture. Ces personnes tenaient à préciser leurs réponses selon qu'elles concernent leur employeur direct ou la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSSM-C). Ces spécifications

regardent non seulement la façon dont la fermeture s'est déroulée mais également la qualité d'information véhiculée tout au long de cette démarche ainsi que la variété et l'accessibilité des services supports qui leur ont été offerts.

Ce que nous indiquent les données du tableau 4.6 est sans contredit que les personnes qui ont manifesté le désir de nuancer leurs réponses sont dans l'ensemble plus satisfaites de leur employeur direct que de la RRSSM-C. Sur la façon dont la fermeture a été menée, un sixième des cadres de l'étude (5/30) se sont dits satisfaits de leur employeur direct alors que (2/30) tenaient à spécifier qu'ils étaient insatisfaits de la RRSSM-C.

Au niveau de la transmission des informations, sur trente (30) cadres interrogés trois (3) d'entre-eux ont voulu partager leur réponse; ces derniers étant plutôt satisfaits des informations provenant de leur employeur direct et plutôt insatisfaits de celles provenant de la RRSSM-C.

Deux (2) cadres se sont dits plutôt satisfaits du contenu des informations transmises par leur employeur direct alors qu'un seul (1/30) était nettement insatisfait face à la RRSSM-C.

Concernant la variété des services supports, seulement deux (2) cadres de notre étude se sont prononcés plus précisément à ce sujet (2/30). Ces derniers ont témoigné être moyennement satisfaits et ce, autant envers leur employeur

direct que la RRSSSM-C. Toutefois, un (1) cadre de l'étude (1/30) a voulu exprimer son niveau d'insatisfaction plus grand envers son employeur direct comparativement à la RRSSSM-C en ce qui a trait à l'accessibilité des services supports offerts.

TABLEAU 4.6

LE NIVEAU DE SATISFACTION DES CADRES FACE AUX INSTANCES DÉCISIONNELLES

2. SATISFACTION FACE AUX INSTANCES DÉCISIONNELLES		
2.1 Sur la façon dont la fermeture a été menée	HÔPITAL-EMPLOYEUR (n=5)	RRSSSM-C (n=3)
Très satisfait	2	0
Satisfait	3	0
Pas très satisfait	0	0
Insatisfait	0	2
Aucune opinion	0	1
2.2 Sur la façon dont les informations ont été transmises	HÔPITAL-EMPLOYEUR (n=3)	RRSSSM-C (n=3)
Très satisfait	1	0
Satisfait	2	0
Pas très satisfait	0	1
Insatisfait	0	2
Aucune opinion	0	0
2.3 Sur le contenu des informations	HÔPITAL-EMPLOYEUR (n=2)	RRSSSM-C (n=1)
Très satisfait	1	0
Satisfait	1	0
Pas très satisfait	0	0
Insatisfait	0	1
Aucune opinion	0	0
2.4 Sur la variété des services support offerts	HÔPITAL-EMPLOYEUR (n=2)	ASSOCIATION DE CADRES (n=2)
Très satisfait	0	0
Satisfait	1	1
Pas très satisfait	1	1
Insatisfait	0	0
Aucune opinion	0	0

2. SATISFACTION FACE AUX INSTANCES DÉCISIONNELLES (suite)		
2.5 Sur l'accessibilité à ces services support	HÔPITAL-EMPLOYEUR (n=1)	ASSOCIATION DE CADRES (n=1)
Très satisfait	0	0
Satisfait	0	1
Pas très satisfait	1	0
Insatisfait	0	0
Aucune opinion	0	0

4.5 Les suggestions proposées par les cadres

La fermeture massive des hôpitaux étant une première expérience de cette envergure dans le réseau de la santé, nous avons tenu à recueillir les commentaires et suggestions des cadres sur le déroulement des opérations. Ces dernières pourraient être utiles dans l'éventualité d'une autre opération de décroissance d'une telle ampleur. Les cadres rencontrés étaient conscients, en dépit des suggestions apportées, que la fermeture de leur centre hospitalier était incontournable. Toutefois, selon eux le degré d'anxiété du personnel aurait probablement été amoindri tout au long du processus de décroissance si certaines mesures atténuantes avaient été mises en place.

Le tableau 4.7 vous présente par ordre d'importance les principales suggestions proposées par l'ensemble des cadres rencontrés sans préciser leur appartenance à un centre hospitalier en particulier. Considérant que plusieurs questions permettaient aux gestionnaires de s'exprimer ouvertement sur le processus de fermeture, les suggestions recueillies dépassent le nombre de

cadres rencontrés.

Ce sont principalement les éléments entourant l'implantation d'un solide réseau de communication et d'information qui sont partagées par la majorité des cadres. Aussi, sans qu'il y ait l'unanimité par rapport à une suggestion spécifique, les commentaires des cadres convergent, dans l'ensemble, vers une meilleure planification des opérations et un réseau de communication plus efficace tout au long de la démarche de fermeture.

D'un autre côté, nous n'avons pas recueilli de points faisant l'état de contradiction ou de divergence majeure dans les propos des cadres, si ce n'est le fait qu'une minorité d'entre eux se sentaient confortables avec le déroulement des activités menant à la fermeture de l'hôpital. La plupart de ces derniers s'orientaient vers une retraite anticipée, ce qui peut expliquer qu'ils se sentent ainsi moins impliqués dans le processus de fermeture et dans la suite des événements.

TABLEAU 4.7

SUGGESTIONS DES CADRES

n= x/30	PROPOSITIONS
x = 10	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un réseau de communication efficace afin d'être informé convenablement du déroulement des opérations.
x = 6	<ul style="list-style-type: none"> • Sécuriser davantage le personnel de l'hôpital.
x = 6	Tenter de relocaliser le personnel avant la fermeture de l'hôpital afin qu'ils envisagent leur départ vers quelque chose de positif.

n= x/30	PROPOSITIONS (suite)
x = 6	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une meilleure planification des opérations.
x = 4	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer par un projet-pilote impliquant un ou deux hôpitaux et organiser la relève par les CLSC avant d'entreprendre un projet d'une telle envergure.
x = 3	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir des rencontres préalables afin de préparer le personnel à une fermeture éventuelle.
x = 2	<ul style="list-style-type: none"> • Recevoir régulièrement une personne de la Régie régionale Montréal-Centre qui donne de l'information à l'ensemble du personnel.
x = 2	Commencer par diminuer le personnel avant de fermer les hôpitaux
x = 2	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter davantage le personnel hospitalier afin d'avoir une meilleure connaissance du milieu et ainsi une meilleure vision d'ensemble.
x = 1	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir 2, 3 ou 4 mois avant la fermeture de l'hôpital un plan de redéploiement du personnel
x = 1	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer un dossier justifiant la fermeture de l'hôpital.
x = 1	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter de tenir des séances de consultation publiques très coûteuses et qui n'ont rien changé au processus.
x = 1	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter la formation et la mobilité du personnel.
x = 1	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir un plan d'action qui identifie les problèmes susceptibles de survenir et les solutions possibles.
x = 1	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer davantage l'aspect humain et non seulement les chiffres (l'aspect pécunier).
x = 1	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir au personnel plus d'explications et faire preuve davantage de franchise tout au long du processus.
x = 1	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir un local à l'hôpital permettant au personnel de se rencontrer et discuter.

4.6 L'appréciation qualitative des données

La fermeture des centres hospitaliers bien qu'elle touche un ensemble d'individus semble avoir plus d'impact au plan individuel que collectif. En effet, parmi les cadres rencontrés plusieurs ont témoigné un sentiment d'impuissance et d'isolement depuis la fermeture de leur hôpital. Ces sentiments se sont traduits chez certains en problèmes d'ordre psychologique et chez d'autres en une dégradation de leur état de santé physique.

Les cadres les plus fortement affectés par la fermeture de leur hôpital sont en majorité ceux dont les perspectives de remplacement dans un emploi équivalent sont plutôt minces (15/30). Certains d'entre-eux, mentionnent qu'ils doivent en plus surmonter une difficulté supplémentaire puisqu'ils sont peu scolarisés ont gravi les échelons les menant à un poste de responsabilité au fil des années (6/15). En ce qui concerne les familles des cadres affectés, le scénario type est cette fois-ci différent. Dans notre étude, on remarque que ce sont uniquement les membres de la famille des cadres ayant le plus de scolarité qui réagissent le plus fortement à la perte éventuelle de l'emploi. En effet, les cinq cadres nous ayant mentionné avoir observé des changements au niveau de la santé de leur famille détenaient un diplôme universitaire. Cette situation s'explique principalement selon les cadres interrogés par la crainte pour les membres de leur famille de diminuer leur standard de vie. À cet égard, la pression sociale est un élément important favorisant la tension que vivent les conjoints et les enfants des personnes qui perdent leur emploi. Leurs relations amicales et familiales

étant généralement plus fortunées et scolarisées que parmi les cadres qui ont obtenu leur poste à cause de l'expertise acquise dans leur secteur de travail, ces cadres craignent d'être mis à l'écart de leur cercle social habituel puisqu'ils ne pourront plus maintenir le même rythme de vie. À ce titre, quelques cadres nous ont mentionné la crainte de leurs enfants de ne pouvoir poursuivre leurs études dans des institutions privées, de ne plus faire de voyages outre-mer ou de devoir cesser de pratiquer des sports onéreux.

Un autre point important que mettent en évidence les résultats de notre recherche est la plus grande détérioration de l'état de santé chez les cadres du C.H. Reddy Memorial comparativement à ceux de l'hôpital Bellechasse. En fait, 13/15 cadres à l'hôpital Bellechasse nous ont dit avoir un état de santé stable, 1/15 une détérioration et 1/15 avoir même observé une amélioration de son état. Toutefois, 7/15 cadres du C.H. Reddy Memorial ont remarqué une détérioration de leur état de santé, 7/15 une stabilité et 1/15 une amélioration de son état de santé (voir tableau 4.2).

En effet, lors des entrevues, plusieurs cadres du Reddy Memorial nous ont fait part de leur déception quant au déroulement des opérations menant à la fermeture de l'hôpital. Le climat d'incertitude qui a prévalu pendant plusieurs mois (la direction de l'hôpital contestait la décision de la Régie régionale) a alimenté pour certains un espoir non fondé. En fait, ces démêlés juridiques ont retardé l'étape d'acceptation de la fermeture pour la plupart des cadres puisque

la décision des tribunaux n'a été transmise qu'en décembre 1996, soit 22 mois après l'annonce initiale. Dans l'attente, plusieurs d'entre-eux conservaient en vain l'espoir d'un revirement de situation d'autant plus que la direction générale présageait cette possibilité. Enfin, chez la majorité des cadres du C.H. Reddy Memorial cette interminable attente a contribué à multiplier leur stress et susciter une détérioration accrue de leur état de santé.

Chapitre 5

Discussion et interprétation des résultats

5.1 Vérification des hypothèses

Dans cette première section, nous procéderons à la récapitulation de nos hypothèses de recherche. Cette démarche comprend l'interprétation des résultats en vertu de notre postulat de recherche sur lequel repose nos deux hypothèses de départ.

À la suite de tous les commentaires recueillis, tel que le prévoyait notre postulat de recherche nous estimons que l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux dans la région de Montréal a eu un effet direct sur la santé des cadres affectés (voir tableau 4.2).

Au préalable, ces derniers disent ne pas avoir de problème de santé. Par ailleurs, en creusant un peu plus loin, moins de la moitié des cadres admettent que l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine de l'hôpital a un effet sur leur santé. Plusieurs d'entre-eux ont fait part de changements d'état d'âme ou encore de santé physique. Ce qui retient également notre attention, c'est la dégradation plus accentuée de l'état de santé des cadres au C.H. Reddy Memorial versus ceux de l'hôpital Bellechasse. Les raisons qui motivent cet écart seront toutefois analysées ultérieurement.

- En regard des informations disponibles, nous avançons que « *l'essentiel des effets sur la santé des cadres affectés est attribuable au contexte organisationnel dans lequel se déroule l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux* ».

Tel que nous l'avons déjà discuté au deuxième chapitre, la vulnérabilité des cadres dépend des circonstances et de l'environnement dans lesquels se déroulent les mesures de décroissance ce qui peut expliquer en partie la sévérité des réactions de chacun. Dans le cas présent, la majorité des cadres nous ont témoigné avoir ressenti un « manque de planification » tout au long des opérations menant à la fermeture de l'hôpital. Les erreurs au niveau des informations transmises et les lacunes de communication de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre ont eu particulièrement un effet démoralisateur sur les cadres. À ce titre, le tableau 4.6 reprend globalement les suggestions apportées par les cadres afin d'améliorer le contexte dans lequel s'effectuerait une prochaine opération de décroissance touchant la fermeture d'hôpitaux.

- Dans le même ordre d'idée, nous estimons que « *les effets sur la santé des cadres affectés par l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux varient selon leurs caractéristiques individuelles et leur situation personnelle* ».

Au niveau des « caractéristiques individuelles » nous constatons que l'âge n'a pas vraiment d'influence sur la façon de réagir à l'annonce de la fermeture et/ou à la fermeture prochaine de l'hôpital. La possibilité de prendre sa retraite induirait des conséquences moins néfastes. L'inquiétude face à l'avenir serait alors minimisée et les effets sur la santé amoindris. Les données indiquent que la plupart des cadres interrogés constatent des effets sur leur santé à l'exception de ceux qui ont décidé de quitter définitivement le réseau pour prendre leur retraite. Cet état de fait, pourrait expliquer en partie l'écart existant entre les deux centres hospitaliers: au moment de nos rencontres aucun cadre du C.H. Reddy Memorial n'avait pris la décision définitive de se retirer du marché de l'emploi alors qu'à l'hôpital Bellechasse 7 cadres sur 15 savaient qu'ils quittaient de façon permanente le milieu hospitalier.

En ce qui concerne les variables intermédiaires (confiance en soi, estime de soi et autres) la plupart des cadres sont « non confiants » de conserver leur lien d'emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux. De plus, conscients que des changements sont prévisibles au niveau de leur travail, la plupart d'entre-eux se considèrent « ouverts » et faisant preuve de « facilité d'adaptation ». La question de la langue de travail n'a pas d'effet direct sur le niveau de stress des cadres. La majorité de ceux-ci peuvent s'exprimer confortablement dans les deux langues officielles et la faible minorité restante voit comme une « opportunité » ou un « nouveau défi » d'avoir à communiquer dans une autre langue. En fait, l'analyse des « caractéristiques individuelles »

des cadres permet de dire que ce n'est ni l'âge, ni le manque d'ouverture à la nouveauté et aux risques raisonnables qui sont la source des problèmes de stress et de santé des cadres mais plutôt le manque de confiance dans les opportunités de retrouver dans le futur un nouvel emploi comparable.

Les cadres qui ne sont pas couverts par le régime de stabilité d'emploi ou qui sont détenteurs d'un poste à temps partiel réagissent plus mal à l'annonce de la fermeture et/ou à la fermeture prochaine des hôpitaux. Ceci s'explique d'une part parce que le Centre de référence qui assure un support aux cadres en recherche d'emploi n'offre aucun service aux cadres non couverts par le régime de stabilité d'emploi et d'autre part, parce que les gestionnaires à temps partiel semblent avoir moins de possibilités à se replacer dans le réseau. Par conséquent, même si le nombre de cadres dont le statut d'emploi est à temps partiel ou occasionnel est peu significatif, nous pouvons affirmer qu'ils semblent davantage stressés par la perte de leur emploi craignant entre autres une perte financière importante dès la fermeture de l'hôpital.

Nous nous sommes également intéressés à la relation entre le type d'emploi occupé et le niveau de stress pouvant amener une détérioration de l'état de santé des cadres. Les données obtenues ne permettent pas d'affirmer une relation suffisamment concluante. Que ce soit dans la catégorie des « soins infirmiers », des « services auxiliaires », des « services para-médicaux » ou des « services administratifs », nous ne remarquons aucune prédominance notable

quant aux effets négatifs de la fermeture des hôpitaux chez les cadres de ces secteurs d'activités.

Toutefois la relation voulant que les célibataires, les jeunes parents et les personnes divorcées soient davantage stressées par l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux a été confirmée. À ce titre, les célibataires nous ont répondu ressentir une plus grande pression puisqu'ils doivent subvenir seuls à leurs besoins essentiels (se nourrir, se vêtir et se loger). On remarque qu'une certaine tension est également vécue par la majorité des cadres vivant en couple et les personnes divorcées dont les enfants sont encore à leur charge ou dont le conjoint est dépendant financièrement.

Finalement, notre présomption voulant que les cadres ayant le moins d'éducation soient davantage stressés par l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux s'est vue partiellement confirmée. En fait, la moitié des cadres de scolarité de niveau secondaire ont décidé de quitter prématurément le réseau pour prendre leur retraite sachant que leurs chances de remplacement étaient pratiquement nulles (3/6). Ces derniers, plus âgés pouvaient se permettre de se retirer sans être trop pénalisés au niveau de leur allocation provenant du régime de retraite. D'ailleurs le gouvernement offrait des primes avantageuses afin d'inciter les employés à se retirer lorsqu'ils avaient atteint un certain âge combiné à plusieurs années de cotisations au régime de retraite. Parmi les autres (2/6), on note que les moins touchés par cette

situation sont ceux qui ont décidé de se créer leur propre emploi en devenant travailleur autonome.

Les cadres de niveau collégial nous ont témoigné à l'unanimité être insécures face à l'avenir et conscients des exigences plus grandes pour obtenir un emploi comparable à ce qu'ils détenaient (4/30). Dans l'ensemble ce sont les universitaires qui sont le moins stressés par l'éventualité de se retrouver un nouvel emploi de gestionnaire dans le secteur public ou privé (16/30).

5.2 Les raisons associées aux difficultés d'adaptation des cadres

Comme en témoigne la revue de littérature, la gestion de la décroissance est une activité complexe qui doit tenir compte de multiples éléments et facteurs pour sa réussite. Un des premiers éléments auquel il faut porter une attention comme le soutient Kilpatrick et al. (1991) est la planification des opérations. Or, la majorité des cadres des deux centres hospitaliers concernés reprochent précisément ce point à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Tout d'abord, ils ont eu l'impression que la Régie régionale improvisait chacune de ses interventions que ce soit au niveau des communications, du remplacement du personnel ou de la réorganisation des activités dans le réseau. Aussi, plusieurs nous ont fait part de leur « insatisfaction » face au contenu et au délai pour obtenir de l'information. On doit également souligner leur grande déception

face à la Régie régionale alors qu'ils apprenaient la fermeture de leur hôpital par le biais des médias, au même moment que l'ensemble de la population. Ce point est sans contredit celui qui a choqué l'ensemble des cadres participants et qui a modifié la relation qu'ils entretenaient avec leur employeur.

Concernant la relation de confiance existante entre le personnel cadre et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, certains d'entre-eux ont eu l'impression d'avoir été trompés. En effet, plusieurs cadres possédant une grande expertise furent surpris de ne pas avoir été consultés sur le déroulement des opérations. Nous croyons, d'une part qu'il aurait été avantageux pour la Régie régionale de profiter de leurs connaissances et d'autre part, pour les cadres, plus valorisant et stimulant de participer au projet de réorganisation des services de santé. Par conséquent, la majorité des cadres affectés se sont sentis à l'écart des grandes décisions et par le fait même moins enclins à vivre une transition harmonieuse.

Mishra et Mishra (1994) nous indiquaient que la confiance entre le personnel de gestion et les employés est aussi déterminante du degré de résistance que ces derniers exprimeront face aux changements. À cet égard, les cadres nous ont exprimé beaucoup d'hostilité sur la façon dont la Régie régionale de la santé et des services de Montréal-Centre administre les dépenses publiques. Que ce soit les cadres de l'hôpital Bellechasse ou ceux du C.H. Reddy Memorial, une majorité de ces derniers relataient des faits et investissements immobiliers

témoignant selon eux d'une mauvaise gestion financière. Il en découle que plusieurs ont perdu espoir de réintégrer le réseau et que l'opération de décroissance dont ils ont fait les frais aura en bout de ligne bien peu d'effets sur l'assainissement des dépenses publiques.

Finalement, les différences de personnalité et de ressources personnelles ont également influencé la réaction de chaque individu affecté soit par la perte de son emploi ou par sa mise en disponibilité s'il était couvert par le régime de stabilité d'emploi (Jick, 1985). À cet égard, ce sont les cadres de niveau collégial et secondaire qui ont exprimé le plus de difficulté à accepter l'annonce de fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux sachant qu'ils ne répondent plus aux exigences d'emploi dans le réseau de la santé et que leurs chances de remplacement sont ainsi pratiquement inexistantes. Par conséquent, ce sont les individus qui présentaient la plus grande estime d'eux-mêmes ou une plus grande confiance en leurs moyens qui semblaient vivre le plus sereinement ce changement brusque sur le plan professionnel et personnel.

5.3 Les autres facteurs ayant un impact sur le niveau d'adaptation des cadres

Le niveau de détérioration de l'état de santé des cadres de l'hôpital Bellechasse et du C.H. Reddy Memorial n'est pas uniquement la résultante d'une opération de décroissance difficilement coordonnée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Il est également le produit d'un

contexte économique défavorable.

Tout d'abord, selon un document préparé par le Groupe de travail pour les consultations d'automne (fiche 10, sept. 1997), on observe une décroissance du personnel d'encadrement depuis 1991-1992 qui s'est accélérée à partir de 1993-1994 dans le secteur de la santé et des services sociaux. Entre 1993-1994 et 1996-1997⁸, le personnel d'encadrement a diminué de 12,4% (passant de 11 821 à 10 350).

Cette diminution dans le taux d'encadrement a eu pour conséquence que ce dernier est passé de un (1) cadre pour 11,5 salariés en 1985-1986 à un cadre pour 15 salariés en 1996-1997. En fait, on remarque que le personnel cadre a diminué de façon plus significative que le personnel salarié depuis le début de la transformation du réseau.

La diminution du nombre de cadres peut probablement s'expliquer par l'amorce, depuis plusieurs années, de travaux visant la décroissance des effectifs de cette catégorie de personnel et ce, par l'intermédiaire de différents facteurs tels le regroupement, la fusion ou la fermeture d'établissements. Parallèlement, ces coupures ont eu pour conséquence d'alourdir, depuis plusieurs années, la charge de responsabilités et de supervision du personnel cadre en poste.

⁸ L'année 1994-1995 est ici utilisé comme point de comparaison, la transformation du réseau ayant débuté en 1995-1996.

À partir des informations obtenues lors des entretiens avec les cadres affectés, on a pu constater que leur préoccupation centrale est la possibilité de se retrouver un emploi dans un contexte de rationalisation des dépenses publiques. Étant témoins depuis les dix (10) dernières années d'une diminution constante des effectifs dans le réseau de la santé et des services sociaux, ils considèrent leurs possibilités de remplacement plutôt diminuées. En effet, selon un participant de notre étude, le centre de référence les aurait informés que sur 980 cadres en disponibilité il n'y aurait de possibilité de remplacement que pour une cinquantaine et ce, indépendamment du profil académique (1996-1997).

En plus de la réduction des effectifs cadres dans le réseau, plusieurs voient leurs possibilités de remplacement diminué à cause des nouvelles exigences des postes disponibles. Celles-ci ne sont pas nécessairement compatibles avec la politique du Ministère de la santé et des services sociaux (janvier 1996) relative au régime de sécurité et de stabilité d'emploi du personnel du réseau, politique conçue pour appuyer le processus de transformation du réseau et les redéploiements d'effectifs qui en résultent. Nous notons, en ce qui concerne le personnel cadre, que les crédits budgétaires autorisés pour l'exercice 1997-1998 sont de 2,4 M\$ alors qu'en regard de la politique précitée, l'investissement pour le personnel d'encadrement devrait atteindre quelque 6,4 M\$ (MSSS, 1997). Il nous apparaît donc, comme le mentionnent les cadres interrogés, que l'accent particulier qui devait être mis en oeuvre au niveau du recyclage et de l'adaptation de la main-d'oeuvre afin d'optimiser leur remplacement n'aura pas

l'ampleur prévue et le taux de remplacement sera ainsi diminué.

Au niveau de l'économie de la province, les cadres affectés ne sont guère plus optimistes. Les fermetures de compagnies se succèdent et leurs compétences professionnelles sont difficilement transférables au secteur privé. De plus, plusieurs cadres soulignent que le gouvernement, depuis plusieurs années, affecte leur réputation en répandant dans les médias qu'ils sont trop payés, qu'ils ont un fonds de pension élevé et une productivité faible. Dans ces circonstances, ils craignent que le secteur privé ne soient pas intéressé à embaucher du personnel cadre qui provient du secteur public.

Comme en témoigne Jean Perron qui dirige la Confédération nationale des cadres du Québec (1997), le secteur privé fait également face à de nombreuses compressions de personnel. Il en découle que les cadres du secteur privé sont eux aussi pressés de toutes parts et que leurs conditions de travail et leurs salaires tendent à diminuer. Les perspectives d'emploi pour les cadres en disponibilité s'avèrent donc peu reluisantes.

En somme, il devient évident que dans ce contexte du marché de l'emploi, autant au niveau du secteur privé que public, les cadres affectés vivent de l'anxiété lorsqu'ils envisagent leur avenir professionnel.

Le niveau de détérioration de la santé des cadres rencontrés pour les fins de la

présente étude a aussi été influencé par la quasi-absence de mesures atténuantes entourant l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux qui rappelons-le peut être à l'origine du sentiment d'insécurité, de la perception d'injustice et du niveau de stress ressenti chez l'individu (Davy et al, 1988, 1991; Cooper-Schneider, 1989). Aussi, lors des entrevues avec le personnel cadre affecté dans les deux hôpitaux touchés, nous avons recueilli des informations à ce sujet.

De façon générale, les cadres de l'hôpital Bellechasse nous ont témoigné avoir ressenti un sentiment d'isolement pendant le processus de fermeture de l'hôpital. Plusieurs auraient apprécié avoir un local à leur disposition afin de pouvoir échanger entre eux. On nota également qu'aucun service support du type « Service d'Aide aux Employés » (PAE) n'avait été mis en opération afin d'apporter une écoute ou l'aide psychologique nécessaire aux cadres affectés par la perte de leur emploi.

Au niveau des activités support organisées au C.H. Reddy Memorial, ces dernières ont été beaucoup plus nombreuses et les cadres nous ont témoigné les avoir appréciées. Un comité regroupant du personnel cadre et des syndiqués a été mis en place avec le mandat d'organiser des sessions de formation portant sur le syndrome du survivant ou de concevoir des dépliants d'information destinés à l'ensemble du personnel⁹. Des groupes de discussion

⁹ Voir les dépliants insérés en annexe et intitulés « Marchons vers une qualité de vie plus saine.. » et « Les dix étapes de la survie ».

de même que la possibilité de consulter une personne ressource par l'entremise du P.A.E. ont également été mis à la disposition des cadres. Instauré depuis un (1) an au C.H. Reddy Memorial, le P.A.E. enregistra pour sa première année d'opération une participation de 8 % pour l'ensemble du personnel.

5.4 Les limites des résultats

Nous demeurons conscients des limites inhérentes à cette recherche sur le plan méthodologique. Tout d'abord, certains facteurs tels que les coupures budgétaires ont obligé la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre à modifier le devis de recherche diminuant ainsi l'échantillonnage. Notre choix de stratégie de recherche a été largement influencé par le temps à notre disposition avant la fin de l'opération de décroissance dans le secteur de la santé et des services sociaux de la région de Montréal. De plus, l'étude de cas, réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de trente (30) cadres intermédiaires et supérieurs dans deux hôpitaux de catégories différentes (soins généraux et soins spécialisés), a également contribué à préconiser une approche qualitative. Le nombre de participants à notre étude par rapport à l'étendue du personnel cadre affecté par la réorganisation des services dans la région de Montréal nous oblige à beaucoup de prudence quant à la généralisation des résultats.

Par ailleurs, une des forces de cette recherche est l'homogénéité du processus de collecte des données. En effet, celle-ci s'est faite sur une courte période soit

de la fin novembre 97 à la mi-janvier 98. Il n'y a eu qu'un (1) mois et demi d'intervalle entre la collecte des données dans les deux hôpitaux dû entre autres, aux congés de la période des fêtes. Une fois les entrevues amorçées, celles-ci ont été complétées dans chacun des hôpitaux en moins de 2 semaines.

Notons également, que la majorité des entrevues ont été complétées moins de deux (2) mois avant la fermeture des hôpitaux qui s'est déroulée le 1^{er} février 1997. Nous avons ainsi pu recueillir des informations très intenses auprès des cadres puisqu'ils entrevoyaient la fermeture de leur hôpital dans un avenir très rapproché.

Néanmoins, les résultats de cette recherche sont intéressants dans la mesure où ils peuvent offrir des pistes de réflexion lors de prochaines activités de décroissance appliquées dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. En effet, peu de recherche se sont penchées sur la gestion de la décroissance et ses effets dans le milieu hospitalier.

Conclusion

Ce projet de recherche a voulu de façon succincte exposer les grands enjeux liés à la réorganisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. Comme nous avons pu le constater, cette transformation touche beaucoup de travailleurs. Certains d'entre eux sont couverts par le régime de stabilité d'emploi tandis que d'autres ont un statut occasionnel et se retrouvent sans travail. Le constat est pourtant le même pour l'ensemble du personnel cadre, ils vivent le deuil psychologique de la perte de leur emploi auprès de leur établissement-employeur.

Dans le cadre de cette étude nous avons tenté de concentrer notre attention sur les facteurs qui ont contribué à augmenter les problèmes de santé chez les cadres affectés par l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux. Nous espérons ainsi que dans l'éventualité d'une reprise d'une opération de décroissance d'une telle ampleur dans le réseau de la santé et des services sociaux, une meilleure coordination sera faite dans l'intérêt des personnes concernées. En fait, malgré que des impacts négatifs soient prévisibles chez le personnel lorsque l'on procède à la fermeture d'établissements, nous croyons que des interventions adaptées auraient pu atténuer ces effets sur la santé du personnel d'encadrement. Par conséquent, nous entrevoyons informer la Régie régionale de la santé et des services

sociaux de Montréal-Centre des résultats de notre étude pour qu'elle soit informée des effets qu'ont eu d'une part, le processus de communication et d'autre part, la planification du déroulement de la fermeture de ces deux hôpitaux de la région de Montréal.

À cet égard, la littérature a démontré qu'il existe des façons de gérer la décroissance avec dignité pour le personnel en général. Les organisations qui ont adopté ces stratégies n'en sont que plus gagnantes puisque l'énergie qui se déploie pour résister aux changements est plutôt orientée positivement. En fait, nous avons constaté que les personnes ont besoin régulièrement d'écoute et d'information régulièrement sur le déroulement des opérations pour adhérer au plan d'action de l'organisation.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer dans le présent document, les ressources humaines dans ce réseau ont toujours été considérées, selon les décideurs publics, être au coeur des services de santé et ce, autant sur le plan humain que sur le plan financier. Or, entreprendre une opération de décroissance avec comme principale contrainte la rationalisation des dépenses comporte des risques. L'aspect financier semble avoir pris des proportions très importantes comparativement à la dimension humaine. Ainsi, nous pensons que pour atteindre le rapport «coût-bénéfice» d'une telle réorganisation et maintenir des services de qualité auprès des usagers, plusieurs scénarios seraient à investiguer. Il serait alors possible d'éviter des dépenses dues au déclin de

l'état de santé du personnel cadre. Ceci est d'autant important que les cadres ont depuis plusieurs années été affectés par la réforme et les coupures effectuées dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Nous avons également tenté au moment de cette recherche d'obtenir des informations de la part des gestionnaires d'hôpitaux afin de connaître leur position sur le déroulement des opérations. Suite aux événements de fermeture des hôpitaux, une seule personne était disponible pour une rencontre. On a, lors de cet entretien, noté des différences de perception concernant les délais et les activités entourant l'annonce de la fermeture de l'hôpital. Toutefois, les cadres participant à notre étude autant que le gestionnaire interrogé s'entendent pour affirmer que les principales malaises dûs à la perte de leur emploi se vivra chez le personnel cadre au cours des prochaines années.

Ceci nous amène donc en guise de conclusion à souhaiter qu'une étude ultérieure porte sur les symptômes vécus chez les cadres ayant participé à la présente recherche. Nous estimons que cette première démarche ne nous a laissé entrevoir que les premiers symptômes liés à l'annonce de la fermeture et/ou la fermeture prochaine des hôpitaux. Nous croyons que ces symptômes pourront s'intensifier pour certains, suite à l'isolement qu'ils vivront après la coupure de leur environnement de travail familial ou pour d'autres, lors de la rupture complète de leur lien d'emploi.

Finalement, cette recherche exploratoire est susceptible d'intéresser autant les employeurs du secteur public que ceux du secteur privé. Comme nous l'avons démontré les gestionnaires doivent effectuer une opération de décroissance seront à nouveau sensibilisés au fait que la façon dont cette dernière est menée peut en déterminer soit le succès ou l'échec et entraîner des conséquences non négligeables. Nous savons que l'information et la participation des employés tout au long du processus de décroissance semble être une clé de la réussite non négligeable dans une activité de cette envergure.

Bibliographie

- Alevras J et Frigeri A (1987). Picking up the pieces after downsizing. Training & Development Journal, V.41, Iss 9, Sep., pp.29-31.
- Andreasen N C (1985). Posttraumatic stress disorder dans H.J. Kaplan et B.J. Sadock (Eds). Comprehensive textbook of Psychiatry, New York, W.W. Norton Co.
- Appelbaum S H (1991). How to slim successfully and ethically: Two case studies of downsizing. Leadership & Organization Development Journal, V.12, Iss 2, pp.11-16.
- Appelbaum S H, Simpson R et Shapiro B T (1987). The tough test of downsizing. Organizational Dynamics, V.16, Iss 2, Fal., pp.68-79.
- Armstrong-Stassen M (1989). The Impact of Work-force Reduction on Retained Employees: How Well do Job Survivors Survive?. Doctoral Dissertation, Faculty of Labor and Human Ressources, Ohio State University.
- Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux (1995). Mémoire sur l'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. (avril), pp.3-21.
- Association des hôpitaux du Québec (1995). Congés-maladie et assurance-salaire : tableaux comparatifs des établissements membres de l'AHQ, extraits des rapports financiers annuels (AS-471) de 1992-1993 à 1994-1995. V.1 et 2.

- Averill J (1993). Health care reform and hospital downsizing: facing new realities. Hospitals & Health Networks, December, p.8.
- Bartley M (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. Journal of Epidemiology and community Health, V.48, pp.333-337.
- Bell D (1994). Costing the cure. CA Magazine, V.127, no7, pp.28-33.
- Bourque J J (1995). Le syndrome du survivant dans les organisations. Gestion, V.20, no3, (septembre), pp.114-118.
- Brenner M H et Mooney A (1983). Unemployment and health in the context of economic change. Social Science & Medecine, V.17, no16, pp.1125-1138.
- Bridges W (1991). Managing transitions: Making the Most of Change. Addison-Wesley, pp.1-125.
- Brown B (1989). How Canada's Health System Works. Business and Health, V.7, no7, pp.28-30.
- Brown M (1988). The 1990s: Just around the corner. Health Care Management Review, V.13, no1, pp.81-86.
- Bunning R L (1990). The Dynamics of Downsizing. Personnel Journal, V.69, Iss 9, pp.68-75.
- Cappelli P (1992). Examining Managerial Displacement. Academy of Management Journal, V.35, no1, pp.203-217.
- Cascio W F (1993). Downsizing: What do we Know? What have we Learned?. Academy of Management Executive, V.7, no1, pp.95-104.

Choquette M (1995). La sécurité d'emploi : Mettons nos pendules à l'heure!. Congrès de l'Ordre professionnel des conseillers en relations industrielles du Québec, pp.113-117.

Colledge M (1982). Economic cycles and health; towards a sociological understanding of the impact of the recession on health and illness. Social Science & Medecine, V.16, no22, pp.1919-1927.

Cooper-Schneider R (1989). An analysis of Survivors' Reactions to Layoffs Based on Psychological Theories of Justice, Organizational Commitment, Job Insecurity, and Corporate Culture. Doctoral Dissertation, Graduate School of Arts and Sciences, Columbia University.

Conseil de la santé et du bien-être (1995). Un juste prix pour les services de santé. Gouvernement du Québec, Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, pp.1-52.

Contandriopoulos A P, Champagne F, Potvin L, Denis J L, Boyle P (1990). Savoir préparer une recherche. Montréal: PUM, pp.1-197.

Côté M Y (1990). Des paramètres de la réforme aux conditions de travail des cadres. Revue Administrative Hospitalière et Sociale, V.36, no4, (Novembre), pp.13-17.

Davy J, Kinicki A, et Scheck C (1991). Developing and Testing a Model of Survivor Responses to Layoffs. Journal of Vocational Behavior, Vol.38, pp.302-317.

- Davy J, Kinicki A, Scheck C et Sutton C (1988). Developing and Testing an Expanded Model of Survivor Responses to Layoffs: A Longitudinal Field Study. Best Paper Proceedings of the Forty-eighth Annual Meeting of the Academy of Management, pp.196-200.
- Delarica S (1995). Evidence of Preseparation Earnings Losses in the Displaced Worker Survey. Journal of Human Resources, V.30, Iss 3, Summer, pp.610-621.
- Dew M A, Penkower L et Bromet E J (1991). Effects of Unemployment on Mental Health in the Contemporary Family. Behavior Modification, V.15, Iss 4, pp.501-544.
- DeWitt R L (1993). The Structural Consequences of Downsizing. Organization Science, V.4, Iss 1, pp.30-40.
- Egan M S (1995). Reorganization as Rebirth. HRMagazine, V.40, Iss 1, Jan., pp.84-88.
- Ellig B R (1983). Pay Policies While Downsizing the Organization: A Systematic Approach. Personnel, V.60, Iss 3, pp.26-35.
- Emshoff J (1994). Peut-on motiver tout en licenciant?. L'Expansion Management Review, Automne, pp.48-54.
- Enfield D (1991). The Case of the Downsizing Decision - The Issue Isn't Downsizing - Its Restoring Upcs Financial Health. Harvard Business Review, V.69, Iss 2, pp.19-23.
- Evans D S et Leighton L S (1995). Retrospective Bias in the Displaced Worker Surveys. Journal of Human Resources, V.30, Iss 2, Spring, pp.386-396.

Fas-CSN (1995). Entente sectorielle. Document de consultation, (septembre), pp.1-64.

Feldman D C et Leana C R (1994). Better Practice in Managing Layoffs. Human Resource Management, V.33, ISS 2, Summer, pp.239-260.

Fisher A B (1988). The Downside of Downsizing. Fortune, V.117, Iss 11, pp.42-52.

Fisher G H (1994). Le ressort invisible (vivre l'extrême). Seuil.

Foxman L D et Polsky W L (1988). Make the New Company Work After Downsizing. Personnel Journal, V.67, Iss 11, pp.24-28.

Freeman S J (1993). Organizational redesign and downsizing: A case of appropriated interpretation. Dissertation Abstracts International, V.53 (10-A), Apr., p.3591.

Freeman S J et Cameron K S (1993). Organizational Downsizing: A Convergence and Reorientation Framework. Organization Science, V.4, Iss 1, pp.10-29.

Freeman S J (1994). Organizational Downsizing as Convergence or Reorientation: Implications for Human Resource Management. Human Resource Management, V.33, Iss 2, pp.213-238.

Godfrey C (1994). Downsizing: Coping with personal pain. Nursing Management, V.25, Iss 10, Oct., pp.90-93.

Gordon J (1990). Who Killed Corporate Loyalty?. Training, (March), pp.25-31.

Gouvernement du Québec (1990). Une Réforme axée sur le citoyen. Ministère de la Santé et des Services sociaux, pp.8-91.

Gosselin A (1994). La face cachée des rationalisations d'effectifs. Info Ressources Humaines, Février/Mars, pp.7-8.

Gray D et Grenier G (1995). The determinants of jobless durations of displaced workers in Canada. Applied Economics, V.27, Iss 9, September, pp.829-839.

Greenberg E R (1988). Downsizing and Worker Assistance: Latest AMA Survey Results. Personnel, V.65, Iss 11, pp.49-53.

Greenberg E R (1989). The Latest AMA Survey on Downsizing. Personnel, V.66, Iss 10, pp.38-44.

Greengard S (1993). Don't Rush Downsizing: Plan, Plan, Plan. Personnel Journal, V.72, Iss 11, pp.64-76.

Groupe de travail pour les consultations d'automne (1997). L'Effectif du réseau. Fiche no.10.

Gutchess J F (1985). Employment Security in Action. Permagon Press Inc., pp.1-182.

Hamilton V L, Broman C L, Hoffman W S et Renner D S (1990). Hard Times and Vulnerable People: Initial Effects of Plant Closing on Autoworkers' Mental Health. Journal of Health and Social Behavior, V.31, June, pp.123-140.

Hamamm A (1993). L'abandon corporel. Stanké.

Hanes L D, Butz J M et Leonard J H (1994). A quality improvement program in a state hospital during a period of downsizing. Hospital & Community Psychiatry, V.45, Iss 9, Sep., pp.929-930.

Hendricks C F (1992). The rightsizing remedy : how managers can respond to the downsizing dilemma. Society for Human Resource Management, Business One Irwin, Alexandria, Va. : Homewood, 11, vol.xv, 272 p.

Henkoff R (1994). Getting Beyond Downsizing. Fortune, V.129, Iss 1, pp.58-64.

Hirschhorn L (1991). The Case of the Downsizing Decision - The Real Problem at Upc Is the Company Culture of Dependency. Harvard Business Review, V.69, Iss 2, pp.23-27.

Institut de recherche et d'information sur la rémunération (1994). La sécurité d'emploi: Mythes et Réalités. Bibliothèque nationale du Québec, (juin), pp.1-123.

Jick T (1985). As the Ax Falls - Budget Cuts and the Experience of Stress in Organizations. In Terry Beehr, Human Stress and Cognition in Organizations, Wiley Series on Organizational Assessment and Change, New York, pp.83-114.

Kagan A R (1987). Unemployment causes ill health: the wrong track. Social Science & Medicine, V.25, no2, pp.217-218.

Kampouris E (1991). The Case of the Downsizing Decision - Eliminating Unnecessary Work Is a Better Remedy Than Across - The Board Cuts in Personnel. Harvard Business Review, V.69, Iss 2, pp.27-30.

- Ketchum R H (1982). Retrenchment - The Uses and Misuses of Life in Downsizing an Organization. Personnel, V.59, Iss 6, pp.25-30.
- Khan M (1987). Successful Downsizing Strategies. Canadian Library Journal, V.44, Iss 6, pp.393-399.
- Kilpatrick A O, Johnson J A et Jones J K (1991). Organisational downsizing in hospitals: Considerations for management development. Journal of Management Development, V.10, Iss 4, pp.45-52.
- Kletzer L G (1995). White-Collar job Displacement 1983-1991. Proceeding of the 47th Annual Meeting of The Industrial Relations Research Association, Washington, D.C., January, pp.98-107.
- Koppel R. et Hoffman A. (1996). Dislocation Policies in the USA - What Should We Be Doing?. Annals of the American Academy of Political & Social Science, V.544, March, pp.111-126.
- Layton C (1986). Employment, Unemployment, and response to the General health questionnaire. Psychological reports, v.58, June, pp.807-810
- Leeflang R L I, Klein-Hesselink D J et Spruit I P (1992). Health Effects of Unemployment II: Men and Women. Social Science & Medecine, V.34, no4, pp.351-363.
- Leppel K et Clain S H (1995). The effect of increases in the level of unemployment on older workers. Applied Economics, V.27, Iss 10, October, pp.901-906.
- Linn M G, Sandifer R et Stein S (1985). Effects of Unemployment on Mental and Physical Health. American Journal of Public Health, V.75, May, pp.502-506.

- Lucas D (1994). A Rural Rightsizing Experience. Nursing Management, V.25, Iss 8, Aug., pp.74-76.
- Lynch J (1993). Downsizing: Recognizing the Effects and taking Control. Canadian Operating Room Nursing Journal, November/December, pp.10-15.
- Mayer F et Martel Roy P (1991). La relation chômage-santé: une étude longitudinale. Revue Canadienne d'Économie, XXIV, no3, août, pp.551-562.
- McEachern S (1995). Market memo: Nurses resist change, need CEO's attention. Health Care Strategic Management, V.13, Iss 5, May, pp.1, 19-23.
- Mills B F et Sahn D E (1995). Reducing the Size of the Public Sector Workforce: Constraints and Human Consequences in Guinea. Journal of Development Studies, 31(4), April, pp.505-528.
- Mishra A K et Mishra K E (1994). The Role of Mutual Trust in Effective Downsizing Strategies. Human Resource Management, V.33, Iss 2, pp.261-279.
- Mone M A (1994). Relationships between Self-Concepts, Aspirations, Emotional Responses, and Intent to Leave a Downsizing Organization. Human Resource Management, V.33, Iss 2, pp.281-298.
- Perron J (1993). La situation actuelle des cadres. Actes du Colloque de la Corporation professionnelle des conseillers en relations industrielles du Québec, Montréal, pp.4-18.
- Poulin A (1994). De la restructuration au renouveau des entreprises. Info Ressources Humaines, Juin/Juillet, pp.12-13.

- Pritchett P (1985). After the Merger: Managing the Shockwaves. Dow Jones-Irwin, pp.1-140.
- Proulx S (1994). Réorganisation des entreprises et rôle des syndicats: rencontre des intérêts réciproques?. Info Ressources Humaines, Février/mars, p.11.
- Quivy R et Campenhoudt L (1988). Manuel de recherche en sciences sociale. Paris: Dunod.
- Raber M J, Hawkins M J et Hawkins W E (1995). Organizational and Employee Responses to Surviving the Downsizing. Employee Assistance Quarterly, V.10, no4, pp.1-11.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1995). L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. Document des Recommandations, (27 juin), pp.1-114.
- Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des Conseils Régionaux et des établissements de santé et des services sociaux. Décret 988-91 (1991) 123 G.O. II, 4139, S-5, r.1.001, (R-10.1)
- Rosenblatt Z, Rogers K S et Nord W R (1993). Toward a Political Framework for Flexible Management of Decline. Organization Science, V.4, no1, pp.76-91.
- Sales E (1995). Surviving Unemployment: Economic Resources and Job Loss Duration in Blue-Collar Households. Social Work, V.40, Iss 4, July, pp.483-494.
- Smilga C (1996). Les impacts psychologiques des changements organisationnels dans le réseau de la santé du Québec. Conférence présentée à L'Association des hôpitaux du Québec et à la Confédération des centres d'hébergement et de réadaptation, 15 mars, pp.1-8.

- Snyder W (1994). Hospital downsizing and increased frequency of assaults on staff. Hospital & Community Psychiatry, V.45, Iss 4, Apr., pp.378-380.
- Sugalski T D, Manzo L S et Meadows J L (1995). Resource Link: Re-Establishing the Employment Relationship in an Era of Downsizing. Human Resource Management, V.34, Iss 3, pp.389-403.
- Tomasko R M (1987). Downsizing : Reshaping the corporation for the future. AMACOM, New York, vol.xi, 290 p.
- Train A S (1991). The Case of the Downsizing Decision. Harvard Business Review, V.69, Iss2, pp.14-18.
- Turner J B, Kessler R C et House J M (1991). Factors Facilitating Adjustment to Unemployment: Implications for Intervention. American Journal of Community Psychology, V.19, no4, August, pp.521-542.
- Wagstaff A (1985). Time series analysis of the relationship between unemployment and mortality: a survey of econometric critiques and replications of Brenner's studies. Social Science & Medecine, V.21, no9, pp.985-996.
- War P (1988). Work, Unemployment and Mental Health. The British Journal of Psychology, V.79, August, pp.401-402.
- Whetten D A (1988). Downsizing: Reshaping the Corporation for the Future. Human Resource Management, V.27, Iss 2, pp.247-249.
- Whiteside N (1987). Counting the cost: sickness and disability among working people in an era of industrial recession, 1920-1939. The Economic History Review, s2, 40, May, pp.228-246.

Willis R (1987). What's Happening to America's Middle Managers?. Management Review, (January), pp.24-33.

Wright S (1990). The Dynamics of Downsizing. Personnel Journal, (September), pp.69-75.

ANNEXES

ANNEXE A.....

Tableau 2.1

Tableau de comparaison des paramètres des études consultées

Auteurs	Type de devis	Taille de l'échantillon	Étendue de l'étude	Résultats/ Conclusion
Cappelli P. (1992)	Longitudinal	N=19 millions Bureau of Labor Statistics (U.S.A.)	1979-1985	Depuis le milieu des années 80 les gestionnaires perdent proportionnellement plus leur emploi que les autres catégories d'employés suite à la décroissance (downsizing).
Cascio WF. (1993)	Transversal	N= 25 entrevues semi-structurées avec des cadres supérieurs	1992	Les entreprises ne sont pas suffisamment préparées avant d'entreprendre la décroissance. Les résultats atteints sont souvent éloignés de ceux escomptés.
Evans & Leighton (1995)	Longitudinal	N= 26.5 millions Bureau of Labor Statistics (U.S.A.)	1979-1989	Il est plus inhabituel pour les personnes scolarisées de perdre leur emploi et elles sont plus marquées par l'événement que les personnes ayant moins d'éducation surtout si la période d'emploi fut brève.
Freeman & Cameron (1993)	Longitudinal	N= 30 organisations	4 ans	La décroissance ne se limite pas seulement à une réduction de personnes. La congruence entre le processus de décroissance et les conditions de réorientation ou de convergence peuvent être la clé pour prédire le succès de l'opération.

(suite..2)

Auteurs	Type de devis	Taille de l'échantillon	Étendue de l'étude	Résultats/ Conclusion
Kletzer (1995)	Longitudinal	N= inconnu Current Population Survey (U.S.A.)	1986-1992 6 ans	Les personnes âgées et celles ayant le plus d'éducation ont souffert davantage de la perte de leur emploi au cours de la récession 1990-1991. Les emplois perdus à cause de la décroissance sont plus concentrés dans les entreprises de grande taille qui emploient habituellement plus de cols blancs comparativement au secteur manufacturier qui emploie davantage de cols bleus.
Koppel & Hoffman (1996)	Transversal	N= 500 Entreprises USX Corporation's Fairless Hills steel mill (Pennsylvanie) & Williams Air Force Base à Chandler en Arizona.	1993-1994	La formation ne réussirait pas à aider la majorité des travailleurs à se trouver un emploi, un meilleur salaire, une sécurité d'emploi, une plus grande perspective d'avenir et de meilleures conditions de travail.
Linn, Sandifer & Stein (1985)	Longitudinal	N= 300 hommes (35-60 ans) Veterans Administration Medical Center (Floride)	1979-1984 5 ans (suivi à tous les 6 mois)	Les personnes qui ont perdu leur emploi visitent davantage leur médecin, prennent plus de médicaments et perdent plus de journées de maladie au lit.
Lynch (1993)	Transversal	N= inconnu Employés d'un département fermé dans un C.H. de Calgary en Alberta.	1992	Il existe différents facteurs de stress qui affectent les employés lors de la décroissance. L'organisation a la responsabilité de supporter le mieux possible les employés par l'utilisation de stratégies appropriées.

(suite..3)

Auteurs	Type de devis	Taille de l'échantillon	Étendue de l'étude	Résultats/ Conclusion
Mayer & Martel-Roy (1991)	Longitudinal	N= 680 sujets 350 chômeurs-euses 330 en emploi Centre de Sondage de l'UDM	1985-1987 2 ans	Le chômage agit de façon négative et significative sur la santé mentale individuelle. Les risques de dégradation de l'état de santé mentale sont plus élevés chez les chômeurs que chez les individus qui occupent un emploi.
Mishra & Mishra (1994)	Transversal	N= 511 questionnaires auprès des cadres supérieurs de 91 divisions dans l'industrie de l'automobile Nord Américaine.	1991	Trop d'attention serait portée sur l'élimination des emplois inutiles et sur le remplacement du personnel et pas assez sur la façon de procéder aux coupures et à la redistribution du travail après l'opération de décroissance.
Mone (1994)	Transversal	N= 145 questionnaires auprès d'employés de production à temps complet et syndiqués dans l'industrie manufacturière du Midwest (U.S.A.).	1990	Les employés qui sont peu performants auront moins l'intention de quitter l'organisation en décroissance sur une base volontaire. Par contre, les variables d'efficacité et d'estime de soi permettent d'expliquer l'intention de quitter des employés les plus performants.
Raber, Hawkins & Hakins (1995)	Transversal	N= 909 compagnies Questionnaires complétés par les gestionnaires en R.H. (Cie. ayant vécu la décroissance au cours des 5 dernières années)	1994	Près de ¼ des employés ont maintenu leur productivité et sont demeurés engagés envers l'organisation suite à la décroissance. Toutefois, moins du 1/3 parmi eux se sentent confiants face à leur propre emploi et en l'avenir de la compagnie. Les Cies. devraient offrir des ser

(suite..4)

Auteurs	Type de devis	Taille de l'échantillon	Étendue de l'étude	Résultats/ Conclusion
				vices support pour les survivants et se soucier davantage de leur santé mentale.

ANNEXE B

ENTREVUE INDIVIDUELLE**Partie 1: Questions relatives à l'état de santé général de l'individu**

1. Comment décririez-vous votre état de santé depuis les douze (12) derniers mois?

2. Comment compareriez-vous votre état de santé depuis la dernière année comparativement à l'année précédente? *Amélioration, stable ou détérioration?*

3. Comment décririez-vous l'état de santé de votre famille depuis les douze (12) derniers mois? *Amélioration, stable ou détérioration?*

4. Comment compareriez-vous l'état de santé de votre famille depuis la dernière année comparativement à l'année précédente? *(on entend par votre famille, votre conjoint-e, vos enfants et les proches avec qui vous habitez de façon habituelle)*

5. Depuis les douze (12) derniers mois avez-vous eu des problèmes médicaux?

Si oui, spécifiez _____

Si non, passez à la question 7

No d'étude: _____
Date: ___ / ___ /97

6. Combien de médicaments avec ou sans ordonnance avez-vous pris pour ces problèmes médicaux?

7. Depuis les douze (12) derniers mois votre médecin a-t-il diagnostiqué chez vous de nouveau(x) problème(s) de santé?

Si oui, spécifiez _____

Non

8. Combien de médicaments avec ou sans ordonnance prenez-vous présentement?

9. Voyez-vous un médecin sur une base régulière en raison de votre état de santé?

Si oui, passez à la question 10

Si non, passez à la question 11

10. Devez-vous prendre des médicaments prescrits par votre médecin en raison de votre état de santé?

Aucun

Sur une base *régulière*

Sur une base *temporaire*

11. Devez-vous prendre des médicaments prescrits pour d'autres raisons de santé?

Aucun

Sur une base *régulière*

Sur une base *temporaire*

No d'étude: _____
Date: / /97

Partie 2: Questions relatives aux expériences et comportements de l'individu

Définition: Ces questions ont pour but de cerner ce que le travailleur ou le gestionnaire a fait ou a vécu. Quels sont les comportements, actions, activités que le chercheur aurait observés si ce dernier avait été présent.

Veuillez décrire brièvement ce qui est arrivé durant ces différentes périodes.

(relater vos expériences aussi bien que le comportement observé chez les autres travailleurs)

12. Avant que l'hôpital soit visé par une fermeture éventuelle?

13. Au moment de l'annonce de la fermeture de l'hôpital?

14. Lorsque le personnel s'est opposé à la fermeture?

15. Au moment de l'annonce de la fermeture officielle de l'hôpital?

16. Que retenez-vous aujourd'hui de tous ces événements?

No d'étude: _____
Date: / /97

Partie 3: Questions abordant les valeurs et les opinions de l'individu

Définition: Qu'est-ce que vous pensez de?

Qu'est-ce que vous aimeriez voir apparaître.....?

Qu'est-ce que vous croyez....?

Qu'elle est votre vision de?

17. Comment êtes-vous satisfait de la façon dont la fermeture de l'hôpital a été menée?

- Très satisfait
- Satisfait
- Pas très satisfait
- Insatisfait
- Aucune opinion

18. Selon vous, qu'elles sont le(s) mesure(s) qui auraient pu être introduite(s), adoptée(s) ou menée(s) différemment lors de la fermeture de l'hôpital? Pourquoi?

19. Quels sont les éléments qui ont été pour vous les plus *insatisfaisants* suite à l'annonce de la fermeture de l'hôpital?

20. De façon générale, que suggèreriez-vous comme solution(s), au lieu de celles qui ont déjà été implantées, pour améliorer la situation?

No d'étude: _____
Date: / /97

21. Quels sont les éléments qui ont été les plus *satisfaisants* suite à l'annonce de la fermeture de l'hôpital?

22. Dans votre cas, quelle(s) action(s) ou solution(s) vous auraient aidé à traverser cette situation plus facilement?

23. Êtes-vous satisfait de la façon dont les informations concernant la fermeture de l'hôpital vous ont été transmises (réunions, communiqués,...)?

- Très satisfait
- Satisfait
- Pas très satisfait
- Insatisfait
- Aucune opinion

24. Le contenu de ces informations répondait-il à vos attentes?

- Très satisfait
- Satisfait
- Pas très satisfait
- Insatisfait
- Aucune opinion

25. Le nombre de ces informations depuis l'annonce de la fermeture de l'hôpital vous a-t-il satisfait?

- Très satisfait
- Satisfait
- Pas très satisfait
- Insatisfait
- Aucune opinion

No d'étude: _____
Date: / / 197

26. Croyez-vous que votre employeur (supérieur immédiat) vous a informé suffisamment concernant les modalités de fermeture de l'hôpital?

- Entièrement
 Partiellement
 Pas du tout
 Aucune opinion

27. Êtes-vous satisfait des modalités de remplacement qui vous sont offertes?

- Si oui, quels sont les aspects qui vous conviennent particulièrement?

- Si non, quels sont les aspects qui vous déplaisent le plus?

- Aucune opinion (retraite)

28. Êtes-vous satisfait des mesures utilisées pour atteindre une diminution du personnel lors de la réorganisation (phénomène d'attrition, retraite anticipée, abolition de postes,...)?

- Très satisfait
 Satisfait
 Pas très satisfait
 Insatisfait
 Aucune opinion

Partie 4: Questions permettant d'identifier les sentiments de l'individu

Définition: Réactions émotionnelles de l'individu.

29. Quelle a été votre réaction lorsque vous avez entendu parler de la fermeture éventuelle de l'hôpital?

No d'étude: _____
 Date: / / 97

30. Pouvez-vous nous décrire ce que vous ressentiez pendant les préparatifs menant à la fermeture de l'hôpital?

31. Que ressentez-vous lorsque vous pensez au futur?

32. Êtes-vous confiant de conserver votre lien d'emploi?

Oui

Non

Spécifiez _____

N/A (retraite)

33. Vos finances personnelles font-elles partie de vos préoccupations?

Oui

Non

Spécifiez _____

Partie 5: Questions relatives aux connaissances de l'individu

Définition: Ces questions visent à identifier ce que les répondants connaissent à propos des faits entourant la fermeture de l'hôpital. Quel est le degré de connaissance répondant au niveau des informations formelles et informelles.

34. Comment et quand avez-vous entendu parler pour la première fois de la fermeture officielle de l'hôpital?

Comment? _____

Quand? _____

No d'étude: _____

Date: ____ / ____ /97

35. Aviez-vous entendu parler de la fermeture **avant** l'annonce officielle?

- Si oui, de quelle(s) source(s)? _____
- Non

36. Êtes-vous couvert par le régime de sécurité d'emploi ou de stabilité d'emploi?

- Si oui, durée de la sécurité d'emploi ou de la stabilité d'emploi _____
- Si non, passez à la partie 6.

37. Savez-vous où vous serez transféré(e) après la fermeture de l'hôpital?

- Si oui, à quel endroit? _____
titre d'emploi? _____
- Si non, passez à la partie 6.
- N/A (retraite)

38. Craignez-vous ou auriez-vous craint que la langue de travail à votre futur poste de travail soit différente de celle que vous utilisez à votre poste actuel?

- Oui
- Non

Quelle que soit votre réponse, expliquez davantage si vous le désirez:

39. Si un nouvel emploi a été identifié pour vous, comment envisagez-vous votre rôle et vos fonctions dans votre nouvel emploi?

40. Si vous aviez à travailler dans un milieu bilingue, comment vous sentiriez-vous?

No d'étude: _____

Date: / / 197

41. Connaissez-vous l'endroit et la personne que vous pouvez contacter concernant votre futur emploi ou votre planification pour le futur?

- Si oui, qui _____ et à quel endroit _____
- Non

42. Connaissez-vous les ressources ou les différentes options à votre disposition pour vous aider dans votre orientation concernant votre employabilité pour le futur?

- Si oui, indiquez ce qui était disponible _____
-
- Non

43. Au cours de la dernière année, avez-vous fait appel aux services du Programme d'Aide aux Employés (P.A.E.)?

- Si oui, indiquez lequel ou lesquels _____
-
- Non

44. Avez-vous eu recours aux services de spécialistes financés par votre syndicat ou votre association de cadres?

- Si oui, indiquez quel type de services _____
-
- Non

45. Êtes-vous satisfait de la variété des services support qui vous sont offerts par l'entremise de votre employeur ou de votre association de cadres?

- Très satisfait
- Satisfait
- Pas très satisfait
- Insatisfait
- Aucune opinion

No d'étude: _____

Date: / / 197

46. Est-ce que l'accessibilité à ces services support répond à vos attentes?

- Très satisfait
 Satisfait
 Pas très satisfait
 Insatisfait
 Aucune opinion

Partie 6: Questions abordant l'aspect démographique et l'expérience de travail de l'individu

Définition: Ce sont des questions de routine qui vont permettre aux chercheurs de situer l'individu par rapport à l'ensemble des répondants participant à l'étude.

47. Année de naissance: 19_____

48. Sexe: Femme
 Homme

49. Quel est votre état civil?

- Célibataire (jamais marié-e)
 Marié(e)
 Conjoint de fait
 Divorcé(e)/Séparé(e)
 veuf(ve)

50. Quelle est la langue que vous utilisez de façon la plus courante?

- Anglais
 Français
 Autre, spécifiez _____

51. Indiquez le dernier niveau de scolarité complété?

- Universitaire
 Cegep
 Secondaire
 Primaire

No d'étude: _____
 Date: / / 97

52. Quel est votre statut d'emploi?

- Temps complet permanent (détenteur de poste)
- Temps partiel permanent (détenteur de poste)
- Occasionnel
- Contractuel

53. Combien de personne(s) dans votre famille immédiate sont sur le marché du travail, sur une base régulière?

Nombre _____

54. Quelle distance en km devez-vous parcourir chaque jour pour vous rendre à votre emploi actuel?

Nombre de km _____

55. Combien de temps prenez-vous chaque jour pour vous déplacer entre votre domicile et votre lieu de travail?

Temps _____

56. Êtes-vous propriétaire ou locataire?

57. Combien d'enfant(s) en bas de vingt-six (26) ans sont à votre charge?

- Aucun
- Enfant(s) ayant moins de six (6) ans : Nb _____
- Enfant(s) entre six (6) et vingt-six (26) ans: Nb _____
- Autre: _____

58. Pensez-vous que la situation actuelle qui affecte votre emploi a un effet sur votre état de santé?

- Si oui, comment? _____
- Non

Les membres de l'équipe de recherche et consultation sur les changements organisationnels dans les services de santé et les services sociaux vous remercient de votre collaboration.

No d'étude: _____

Date: / / 197

ANNEXE C

INDIVIDUAL INTERVIEW

Part 1: Health status questions

1. How would you describe your personal health during the past 12 months?

2. How would you compare your health state over the past year with the year before?

Improving, same or worse?

3. How would you describe the health of your family during the past 12 months? *Improving, same or worse?*

4. How would you compare your family state of health over the past year with the year before?

(We think about family, your conjoined, your children and other people with whom you live habitually)

5. Did you have any pre-existing medical conditions 12 months ago?

Yes, please specify _____

No, please go to 7

No d'étude: _____
Date: / / 97

6. How many prescribed and over-the-counter medications have you been taking for these pre-existing medical conditions?

7. Have you been diagnosed with any new medical conditions in the last 12 months?

Yes, please specify _____

No

8. What is the total number of prescribed and over-the-counter medications you are taking at present?

9. Are you seeing a physician on a regular basis for a health conditions?

Yes, please go to 10

No, please go to 11

10. Do you have to take prescribed medicine for this condition?

None

On a *regular and continuous* basis

On a *temporary* basis

11. Do you have to take prescribed medicine for any other condition?

None

On a *regular and continuous* basis

On a *temporary* basis

No d'étude: _____

Date: / / 97

Part 2: Experience/Behaviour questions

Définition: These questions are intended to find out what the worker/manager had done or had experienced. What behaviours, actions, and activities would the researcher have observed if she/he had been present.

Please describe what happened during the following time intervals:

(please relate your experience as well as the behaviour of other workers)

12. Before the hospital was destined to close?

13. When the hospital announced it was closing?

14. When the hospital staff tried to fight the closure?

15. When the hospital was told it must close?

16. What are your experiences now?

No d'étude: _____
Date: ____ / ____ /97

Part 3: Opinions/Values questions

Définition: *What do you think about....?*

What would you like to see happen.....?

What do you believe....?

What is your view

17. How satisfied are you with the way this hospital closure has been handled?

- Very satisfied
- Satisfied
- Not very satisfied
- Not at all satisfied
- No opinion

18. In your opinion, what particular measure(s) could have been introduced/adopted/handled differently? Why?

19. Which outcome(s) of this closure has been the most *unsatisfactory*?

20. In general, what solutions do you suggest to improve the situation, instead of the ones being implemented?

21. Which outcome(s) of this closure has been the most *satisfactory*?

No d'étude: _____
Date: ____ / ____ /97

22. In your particular case, what actions or solutions would have help you to cope better with this situation?

23. Are you satisfied with the way you were informed about your hospital closure (through meetings, your announcements,...)?

- Very satisfied
- Satisfied
- Not very satisfied
- Not at all satisfied
- No opinion

24. Did the information content meet your expectations?

- Very satisfied
- Satisfied
- Not very satisfied
- Not at all satisfied
- No opinion

25. Was the quantity (in members) of information satisfactory since the closure was announced?

- Very satisfied
- Satisfied
- Not very satisfied
- Not at all satisfied
- No opinion

26. Do you think that your supervisor does inform you enough about the modalities of the closure?

- Completely
- Partially
- Not at all
- No opinion

No d'étude: _____
Date: / /97

27. Are you satisfied with the arrangements for the new job?

If yes, what aspects are you *satisfied* with?

If no, what aspects are you *dissatisfied* with?

No opinion

28. Are you satisfied with the actions taken to reduce the personnel during this reorganization (attrition, early retirement, job cuts,...)?

Very satisfied

Satisfied

Not very satisfied

Not at all satisfied

No opinion

Part 4: Feelings questions

Définition: Emotional reactions.

29. What was your reaction when you heard about the proposed closures?

30. Describe your feelings throughout the process of closure of this hospital?

31. What are your feelings when you think about the future?

No d'étude: _____

Date: / / 197

32. Are you confident that you will keep a job within the public sector?

Yes

No

Specify _____

No applicable (retirement)

33. Are you worried with your financial situation?

Yes

No

Specify _____

Part 5: Knowledge questions

Définition: What does the respondents know about the facts of the case. What is the respondent's knowledge of official/unofficial information.

34. How and when did you hear of the *official closure* of the hospital?

How? _____

When? _____

35. Did you hear of the closure *before* the official announcement?

If yes, from what

source? _____

No

36. Do you have job security or job stability?

If yes, length of security or stability _____

If no, go to part 6.

No d'étude: _____
Date: ____ / ____ /97

37. Do you know where you will be working after this hospital closure?

If yes, where? _____

Job title? _____

If no, go to part 6.

No applicable (retirement)

38. Do you have any fear or will you have had any fear that the working language at your future job site might be different from the one at your actual job site?

Yes

No

Wether yes or no, explain more, if you feel like it.

39. If a new job was identified for you, how do you view your role and your responsibilities at your newjob?

40. How would you feel, if you would have to work in a bilingual environment?

41. Do you know where you should go and who to contact concerning your future workplace or the planification for your future?

If yes, Who? _____ and where? _____

No

42. Do you know what resources/options are available to help you look for future employment?

Yes, please indicate what is available _____

No

No d'étude: _____
Date: / / 97

43. Since last year, did you ask for some help from the Employee Assistance Program (E.A.P.)?

- Yes, please indicate which one _____
- _____
- No

44. Did you consult with any specialist paid by your union or managers' association?

- If yes, please indicate which type of services _____
- _____
- No

45. Are you satisfied with the support services you get from employer or your executive association?

- Very satisfied
- Satisfied
- Not very satisfied
- Not at all satisfied
- No opinion

46. Does availability of these support services meet your expectations?

- Very satisfied
- Satisfied
- Not very satisfied
- Not at all satisfied
- No opinion

Part 6: Background/Demographic Information questions

Définition: Routine background questions which help the research locate the respondent in relation to other people in this context.

47. Please state the year of your birth: 19 _____

No d'étude: _____
Date: / / 197

48. Female
 Male

49. What is your marital status?

- Single (never married)
 Married
 Living as married
 Divorced/separated
 Widowed

50. Please indicate the language(s) which you have fluency:

- English
 French
 Other, please specify, _____

51. Please indicate which of the following educational levels you have completed (please check all applicable categories)?

- University
 College
 High School
 Primary School

52. Please state your present occupation?

- Full-time regular (permanent job)
 Part-time regular (permanent job)
 Occasional
 Contractual

53. Please indicate the number of people in your household who are currently employed:

Number _____

54. What distance, in kilometres, do you live from your present workplace?

kms _____

No d'étude: _____
Date: / / 97

55. How long does it take for you to travel to work each day? _____

56. Do you own or rent your present accomodation? _____

57. Please indicate the number dependents:

- None
- Children under 6, nb: _____
- Children between 6 - 26 years old : nb _____
- Other: _____

58. Do you think that the current situation in your health career affect your health state?

- If yes,how? _____
- If no, please check _____

Please accept our thanks for your collaboration from the research and consultation team.

No d'étude: _____
Date: / / 97

ANNEXE D

ENTREVUE INDIVIDUELLE
Informateur-clé

Partie 1: Questions relatives à la fermeture de l'hôpital

1. Quand et de quelle façon avez-vous entendu parler pour la première fois de la **fermeture officielle** de l'hôpital?

2. Etiez-vous au courant de la possibilité de la fermeture de l'hôpital avant que l'annonce soit faite via les médias au printemps 1995?

3. Selon vous, quels sont les critères qui ont servi à justifier la sélection de votre hôpital dans le processus de fermeture par rapport à un autre établissement?

4. Que pensez-vous de la démarche d'audiences publiques qui a été initiée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre où vous étiez invités à présenter votre position?

No d'étude: _____
Date: / / 197

Partie 2: Questions relatives au processus de fermeture

5. Quelles sont les mesures qui auraient pu être introduites, adoptées ou menées différemment lors du processus de fermeture de l'hôpital? Quels sont vos principaux éléments de satisfaction et d'insatisfaction depuis l'annonce de la fermeture de l'hôpital?

6. Avez-vous l'impression que la fermeture de plusieurs centres hospitaliers permettra à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre de réaliser les économies escomptées, d'offrir des services à la population de même qualité tout en assurant une accessibilité équivalente?

Partie 3: Questions relatives aux effets sur la santé des cadres

7. À votre avis, quels sont les facteurs entourant la fermeture de l'hôpital qui ont été les plus stressants pour les cadres?

8. Toujours dans le cas du personnel d'encadrement, quelles sont les actions ou solutions qui auraient pu les aider à traverser cette situation plus facilement (sécurité d'emploi vs stabilité d'emploi, centre de référence, association de cadres, informations,...)?

No d'étude: _____
Date: ____ / ____ /97

9. Lors de l'annonce de la fermeture de l'hôpital, avez-vous mis en place des mesures pour supporter les cadres tout au long du processus?

10. Avez-vous remarqué une augmentation de l'absentéisme ou une baisse de motivation chez les cadres depuis l'annonce de la fermeture de l'hôpital?

11. Quels sont les problèmes que vous entrevoyez chez vos cadres au cours des trois (3) prochaines années?

Partie 4: Question relative à l'expérience de travail du participant

12. Depuis combien d'année(s) occupez-vous vos fonctions actuelles au sein de l'hôpital?
Nombre d'années _____

Les membres de l'équipe de recherche et consultation sur les changements organisationnelles dans les services de santé et services sociaux vous remercient de votre collaboration.

No d'étude: _____
Date: ____ / ____ /97

ANNEXE E

No d'étude: _____
Date: / / 97

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Recherche mesurant l'impact de la réorganisation des services de santé et des services sociaux à Montréal sur la santé des cadres

Le formulaire de consentement qui vous a été remis n'est qu'un élément de la méthode de consentement éclairé. Son but est de vous donner une idée générale de la nature de la recherche et de ce qu'entraîne votre participation. N'hésitez jamais à demander plus de détails ou de renseignements. Veuillez prendre le temps de lire soigneusement ce qui suit et de bien comprendre toutes les informations.

- Le but de la recherche est d'identifier la nature des problèmes de santé vécus par les cadres suite à l'annonce de la réorganisation des services à Montréal et de connaître les solutions qui selon vous permettraient d'améliorer le processus actuel de la réforme dans votre milieu. La portée pratique de l'atteinte de tels résultats nous permettra en retour de conseiller judicieusement la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre dans la planification d'interventions adaptées aux besoins des cadres concernés.
- Votre contribution consiste à rencontrer une étudiante de niveau maîtrise, sur le temps de travail, et de participer à une entrevue individuelle d'une durée d'environ une (1) heure. Cette entrevue vous permettra de dire ce que vous pensez de la façon dont la réorganisation des services est menée à Montréal, sur ses effets sur votre santé, celle de votre entourage ainsi que chez vos pairs. C'est une occasion privilégiée de dire ce que vous pensez afin que des recommandations soient faites à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Cette recherche est menée dans deux (2) centres hospitaliers de Montréal; soit l'hôpital Bellechasse et le centre hospitalier Reddy Memorial. Quinze (15) cadres seront rencontrés individuellement dans chacun de ces hôpitaux.
- Les participants à cette recherche ont été choisis au hasard à partir de la liste du personnel d'encadrement de chacun des hôpitaux. Nous avons toutefois pris soin de constituer un échantillonnage le plus représentatif de l'ensemble des cadres de la majorité des services

No d'étude: _____
 Date: / /97

hospitaliers.

- L'équipe de recherche s'est engagée à respecter la confidentialité des réponses fournies. Cela signifie qu'eux seuls ont accès aux questionnaires et que ces derniers seront identifiés par un code numérique ne permettant en aucun temps votre identification personnelle.
- Les résultats de la recherche vous seront communiqués avant le 1er avril 1997.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et atteste de votre participation. Ainsi, vous reconnaissez que votre participation à ce projet est tout à fait volontaire et que vous êtes libre d'y participer. Vous reconnaissez être libre de vous retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Nom du participant: _____

Signature: _____ **Date:** _____

Nom du chercheur: _____

Signature: _____ **Date:** _____

Les Membres de l'équipe de recherche et consultation sur les changements organisationnels dans les services de santé et les services sociaux.

Patricia Boston, Ph.D

Pierre Durand, Ph.D, MBA

Grace Tan, D.Phil.

Rachel Fournier, B.A.A. (assistante de recherche)

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Par la présente j'autorise la direction des ressources humaines a transmettre l'adresse de mon domicile à Madame Rachel Fournier de l'Université de Montréal afin qu'elle me fasse parvenir les résultats de la présente recherche.

Signature: _____ **Date:** _____

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE F

INFORMED CONSENT**Study on the reorganization of health and social services in Montreal and its health effects on executives working in two hospitals targeted for closure**

The main purpose of this form is to give you general information on the nature of our research project and what is involved in your participation. If you need to, please do not hesitate to ask for supplementary information. Take your time in reading this form carefully as to understand all pieces of information.

- The main goal of our research is to identify the nature of health problems, if present, as they are experienced by health executives following the announcement of a major reorganization of health and social services in Montreal and to record the possible solutions which, in your opinion, would improve the reform process in your work environment. Practically speaking, the results will enable us to provide some advice to the Regie in order to plan interventions which would better fit with your needs.
- Your contribution will consist in a one hour interview with graduate student during working hours. This interview will enable to you to express what you think about the way the reorganizations is going on in Montreal and describe, if this is the case, what effects it might have on your health, on your family's and your colleagues'. This a special opportunity to say what you think in order to make recommandations to the Regie regioanle Montreal-centre.
- This research is conducted in two hospitals in Montreal, the Bellechasse Hospital and the Reddy Memorial Hospital. Fifteen executives will be interviewed in each hospital.
- The participants in this research were selected on a random basis. However, we took care in obtaining a representative sample of all executives in each hospital.

The research team guarantees the confidentiality of all collected data. This means that team researchers are the only persons who will have access to the questionnaires and interview material and that all documents will be identified by a code number preventing any disclosure of your identity.

- Results of this research will be transmitted to you in April 1997.

Your signature confirms that you have understood the informations related to your participation in the project and that you agree to participate. You are free to participate and may cancel your participation at any time without prejudice.

Participant name: _____

Signature: _____ **Date:** _____

Researcher name: _____

Signature: _____ **Date:** _____

Members of the research team,

Patricia Boston, Ph.D

Pierre Durand, Ph.D, MBA

Grace Tan, D.Phil.

Rachel Fournier, B.A.A.

RESEARCH REPORT

I hereby authorize the human resource staff to give my home address to Mrs. Rachel Fournier from the University of Montreal so that she may later send me a summary report of this research project.

Signature: _____ **Date:** _____

Please keep this copy for your personal file.

ANNEXE G

Le 20 novembre 1996

Madame/Monsieur

OBJET: Proposition de participation à une recherche universitaire

Madame/Monsieur,

Depuis le 1er avril 1996, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, a procédé à la fermeture de plusieurs centres hospitaliers. Cette opération qui vise le redressement des dépenses dans le réseau de la santé et des services sociaux affecte directement des milliers d'employés de toutes catégories. À titre de chercheurs de l'Université de Montréal nous nous intéressons à ce phénomène et sollicitons votre participation afin d'identifier la nature des *problèmes de santé vécus par les cadres et connaître ainsi les solutions, qui selon vous, permettraient d'améliorer le processus actuel de la réforme dans votre milieu*. La portée pratique de l'atteinte de tels résultats nous permettrait en retour de conseiller judicieusement la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre dans sa planification d'interventions adaptées aux besoins des cadres concernés.

Votre contribution consiste à rencontrer une étudiante de niveau maîtrise, sur votre temps de travail, et de participer à une entrevue individuelle d'une durée d'environ une (1) heure. Cette entrevue vous permettra de dire ce que vous pensez de la façon dont la réorganisation des services est menée à Montréal, sur ses effets sur votre santé, celle de votre entourage ainsi que celle de vos pairs. C'est une occasion privilégiée de dire ce que vous pensez afin que des recommandations soient faites à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Cette recherche est menée dans deux (2) centres hospitaliers et les résultats vous seront communiqués avant le 1er avril 1997. Quinze (15) cadres seront rencontrés individuellement dans chacun des deux hôpitaux. Nous tenons à vous spécifier que les participants à cette recherche ont été choisis au hasard et **que toutes les mesures nécessaires seront respectées afin d'assurer la confidentialité des réponses fournies**. À cet effet, les questionnaires seront identifiés par un code numérique ne permettant en aucun temps de faire le lien entre les commentaires d'un participant et son identification personnelle.

Avant la fin de cette semaine, nous vous contacterons afin de connaître votre réponse à cette invitation. Advenant une réponse positive de votre part, nous pourrions dès lors fixer une date pour une entrevue qui aurait lieu au cours des prochaines semaines. Un formulaire de consentement éclairé vous sera alors soumis attestant d'une part, notre engagement à respecter la confidentialité et d'autre part, votre liberté de vous retirer en tout temps de la présente étude.

En terminant, nous désirons vous informer que cette démarche a déjà fait l'objet d'une approbation par les responsables de la direction des ressources humaines de votre établissement. Espérant avoir le plaisir de vous rencontrer, veuillez agréer Madame/Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Rachel Fournier, Assistante de recherche Pierre Durand, Professeur agrégé
Pour l'équipe de recherche de l'Université de Montréal

ANNEXE H

D'autres résistent passivement en faisant des gaffes, en traînant de la patte ou tout simplement en renonçant à se battre.

6. Renseignez-vous

- Essayez d'avoir une vue d'ensemble de la situation. Qu'arrive-t-il dans le réseau de la santé? Quelle est l'origine de ces changements? Où se dirige-t-on? Quelles sont nos opportunités? Quelles compétences seront exigées?

7. Profitez de cette situation comme étant une chance d'évolution personnelle

Ne vous efforcez pas d'accepter d'emblée le changement. Lâchez prise et suivez plutôt le courant. Quand le changement se produira réellement, vous plierez mais vous ne craquerez pas! Il est normal de ressentir une insécurité et une instabilité. Vous pouvez profiter de ces moments-là pour remettre en question votre vie, vos valeurs, vos objectifs et regarder en avant, pas derrière. Ces moments vous permettent souvent de repartir à zéro et de faire table rase du passé.

Décidez de l'orientation à donner à votre travail. Vous vous connaissez mieux que quiconque. Tracez-vous une ligne de conduite et fixez-vous un but à atteindre aujourd'hui, la semaine ou le mois prochain. Soyez précis mais ne soyez pas trop exigeant.

Félicitez-vous d'un résultat atteint. Faites-le également dans votre vie personnelle. C'est la meilleure motivation.

8. Développez votre sens de l'humour

Vous passerez à travers n'importe quelle situation si vous possédez un bon sens de l'humour. Ne prenez pas les choses trop au sérieux et ne croyez pas tout ce que vous entendez. Les rumeurs peuvent être beaucoup plus dérangeantes que la réalité elle-même. Gardez vos énergies et ayez du plaisir! Si vous réagissez aux rumeurs, votre énergie s'en trouve diminuée. Ne sapez pas l'énergie des autres en initiant des rumeurs.

9. Pratiquez de bonnes techniques de gestion du stress

Développez des habitudes qui vous permettront de contrôler vos émotions et non l'inverse. Essayez de trouver un feuillet "Gestion du stress" et adoptez deux stratégies qui vous conviennent.

10. Continuez à bien faire votre travail

Ne profitez pas de l'occasion pour relâcher votre intensité au travail. Essayez de connaître ce que l'on attend de vous, fixez vos propres objectifs et atteignez-les.

Les Dix Étapes de la Survie



La survie:

1. Contrôlez votre attitude

Il existe très peu de différence entre les gens, mais cette petite différence fait toute la différence et cette petite différence c'est l'ATTITUDE. La grosse différence c'est lorsqu'elle est positive ou négative.

2. Soyez tolérant envers les erreurs

- Peu importe ce que fait l'administration sa moindre décision peut être perçue comme une erreur de jugement. Reconnaissez que ce qui vous apparaît comme une mauvaise décision peut précisément s'avérer être la meilleure pour l'instant.
- Rappelez-vous que les solutions faciles ne se trouvent pas toujours à leur portée et que la perfection n'est pas de ce monde! Qui peut prévoir les problèmes à venir? Faites un effort, pardonnez à l'administration ses erreurs, elle vous a bien pardonné les vôtres!
- L'administration a besoin de votre support, de vos efforts et de votre énergie.
- Faites partie intégrante de la solution au lieu du problème.

3. Engagez-vous envers vos collègues

Une personne trop préoccupée pour s'engager envers ses collègues de travail nous fait penser à un mécanicien trop occupé pour prendre soin de ses outils.

4. Ne blâmez pas la fermeture de l'hôpital comme source de tous vos problèmes

Plusieurs aspects de votre vie ne fonctionnaient pas nécessairement bien avant l'annonce de la fermeture de l'hôpital. Votre vie n'était pas parfaite mais elle était au moins prévisible.

5. Préparez-vous à une douleur psychologique

Lorsque vous n'avez pas fait de conditionnement physique depuis des années et que vous décidez du jour au lendemain de vous entraîner tous les jours, vous ressentirez très certainement de nombreuses courbatures. Votre corps vous demande alors un repos.

Quand un changement survient, nos attitudes et nos émotions peuvent manquer de souplesse. Une voix intérieure vous dit de fuir cette situation. Quelques-uns argumentent, deviennent frustrés ou effrayés.