

Université de Montréal

Structure par programmes et coordination des soins hospitaliers

Par
Frédéric Abergel

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.
en santé publique
option gestion des services de santé

Septembre 2004

© Frédéric Abergel, 2004



WA

5

U58

2005

v. 004

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Structure par programmes et coordination des soins hospitaliers

présentée par :
Frédéric Abergel

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Paul Lamarche

président-rapporteur

Claude Sicotte

directeur de recherche

Lise Lamothe

membre du jury

Louise Lemieux-Charles

examineur externe

Raynald Pineault

représentant du doyen de la FES

Sommaire

L'objectif général de cette étude vise à déterminer si la structure par programmes peut aider à mieux coordonner les soins hospitaliers comparativement à la structure fonctionnelle traditionnelle des hôpitaux et, le cas échéant, à identifier les mécanismes responsables de cette amélioration. L'originalité de cette recherche réside dans la définition rigoureuse et systématique d'un modèle théorique présentant les mécanismes et interrelations qui lient la structure par programmes et l'amélioration de la coordination des soins. Suite à une analyse de cas multiples imbriqués, nos résultats montrent que la structure par programmes se caractérise par des changements structurels qui améliorent la coordination administrative, clinique et professionnelle.

Sur le plan théorique, les résultats de notre analyse témoignent des compromis, en regard des interdépendances horizontales et verticales, auxquels une organisation doit s'astreindre dans le choix de sa structure organisationnelle. La structure fonctionnelle facilite les interdépendances verticales, générant des conflits entre la structure formelle de groupement des cliniciens et la structure informelle de production des soins, ce qui résulte nécessairement en des problèmes de coordination des soins. La structure par programmes encourage plutôt les interdépendances horizontales, ce qui permet un alignement fort entre les structures formelle et informelle et améliore ainsi la cohésion entre les cliniciens, au détriment de liens solides au plan professionnel. La structure idéale n'existe pas mais le recours à des mécanismes de liaison latérale atténue les limites de l'idéal type de la structure par programmes.

Sur le plan pratique, l'impact principal de la structure par programmes se manifeste surtout au plan administratif. À ce niveau, les bénéfices semblent plutôt rapides et évidents, d'où une nette amélioration de la gestion des ressources de l'hôpital. Cette conclusion revêt une grande importance, car les administrateurs hospitaliers se confrontent à des pressions qui rendent de plus en plus ardue la gestion de ces organisations. À plus long terme, nous croyons que la structure par programmes devrait aussi entraîner des changements notables concernant les processus cliniques, ce qui devrait produire des bénéfices cliniques significatifs, quant à la réduction des variations de pratiques et à l'amélioration de la qualité des soins, entre autres.

Mots-clés : gestion par programmes, design organisationnel, structure organisationnelle, structure fonctionnelle.

Summary

The general objective of this study was to determine if a program management structure improves the coordination of hospital care versus the traditional functional structure and, if so, to identify which mechanisms explain these improvements. This research is original due to its rigorous and systematic definition of a theoretical model in defining the mechanisms and interrelations that link program management structure and improvement of hospital care coordination. Following an embedded multiple case study, our analysis concludes that a program management structure is defined by structural changes that improve coordination at the administrative, clinical and professional levels.

From a theoretical perspective, the results of our analysis demonstrate the horizontal and vertical interdependency trade-offs an organization must make in designing its organizational structure. The traditional functional structure emphasizes vertical interdependencies, which creates conflicts between the formal structure of grouping clinicians and the informal structure of care delivery, thus, problems coordinating patient care. Alternately, the program structure favours horizontal interdependencies, which facilitates the alignment between the formal and informal structures and therefore improves cohesion between clinicians; however, it negatively affects professional relationships. The ideal organizational structure does not exist; nevertheless, the use of lateral mechanisms can assist in mitigating the limits of the ideal program management structure.

From a practical perspective, the impact of the program management structure is made obvious at the administrative level since benefits it creates are the most apparent and the quickest to materialize. This structure evokes a clear improvement in hospital resources management, which is important at the present time since hospital administrators are faced with constraints making the management of such organizations all the more difficult. In the long term, we believe that the program management structure should also lead to important changes in clinical processes, which most likely will result in important clinical benefits such as the reduction of practice variations and improvement of care quality.

Keywords: program management, program structure, organizational design, organizational structure, functional structure.

Table des matières

CHAPITRE 1. Introduction.....	1
CHAPITRE 2. État des connaissances.....	4
2.1. Design organisationnel	4
2.2. Conception traditionnelle de l'hôpital	6
2.2.1. L'hôpital en tant que double structure médico-administrative.....	6
2.2.2. La structure fonctionnelle de l'hôpital	7
2.2.3. Production des soins.....	8
2.3. Limites de la structure fonctionnelle.....	10
2.3.1. Vulnérabilité de la structure informelle.....	10
2.3.2. Vulnérabilité de la structure formelle.....	12
2.3.3. Réconciliation des structures formelle et informelle.....	13
2.4. Regroupement des cliniciens en unités autonomes basées sur les produits : la structure par programmes.....	15
2.4.1. Création des programmes	15
2.4.2. Intégration des médecins	19
2.4.3. Rapidité d'exécution dans les processus administratifs et cliniques	19
2.4.4. Interdépendances entre unités de travail.....	20
2.5. Adaptation des technologies d'information et de communication.....	21
2.5.1. Gestion des données des épisodes de soins : les protocoles cliniques	21
2.5.2. Systèmes d'information.....	22
2.5.3. Ambiguïté et richesse d'information.....	24
2.6. Utilisation de mécanismes de liaison latérale.....	25
2.7. Amélioration de la coordination des soins et des opérations.....	27
2.7.1. Coordination des soins.....	27
2.7.2. Satisfaction des cliniciens.....	27
2.7.3. Coordination administrative des opérations.....	28
2.8. Limites de la structure par programmes	28
CHAPITRE 3. Modèle théorique	30
3.1. Choix du modèle d'évaluation.....	30
3.2. Propositions du modèle théorique.....	31
3.3. Explications du modèle théorique.....	34

3.3.1. Mode de regroupement des cliniciens	34
3.3.2. Adaptation des TIC.....	35
3.3.3. Utilisation de mécanismes de liaison latérale	36
3.3.4. Amélioration de la coordination des soins et des opérations.....	36
3.3.5. Synthèse du modèle théorique	37
CHAPITRE 4. Devis de recherche	39
4.1. Stratégie de recherche	39
4.2. Validité et fiabilité.....	39
4.2.1. Validité de construit	40
4.2.2. Validité interne.....	40
4.2.3. Validité externe	41
4.2.4. Fiabilité.....	41
4.3. Définition des variables.....	41
4.3.1. Variables du domaine Mode de regroupement des cliniciens	41
4.3.2. Variables du domaine Adaptation des TIC.....	43
4.3.3. Variable du domaine Utilisation de mécanismes de liaison latérale.....	43
4.3.4. Variables du domaine Coordination des soins et des opérations.....	44
4.4. Source et analyse des données	45
4.4.1. Choix des cas sous étude	45
4.4.2. Entrevues	46
4.4.3. Documents écrits	48
4.4.4. Système d'information Med-Écho.....	49
4.4.5. Confirmation des évidences.....	51
4.4.6. Association des sources de données aux variables.....	52
CHAPITRE 5. Analyse de cas de l'hôpital A.....	53
5.1. Implantation de la structure par programmes à l'hôpital "A"	53
5.1.1. Au niveau de l'hôpital.....	53
5.1.2. Le programme A : gériatrie.....	56
5.1.3. Le programme B : chirurgie.....	56
5.2. Amélioration de la coordination	56
5.2.1. Incertitude	57
5.2.2. Coordination au niveau clinique	58
5.2.3. Coordination au niveau administratif.....	64

5.2.4. Synthèse : une coordination administrative améliorée.....	68
5.3. Mécanismes d'amélioration de la coordination.....	68
5.3.1. Mode de regroupement des cliniciens	68
5.3.2. Adaptation des TIC.....	78
5.3.3. Utilisation des mécanismes de liaison latérale.....	82
CHAPITRE 6. Analyse de cas de l'hôpital B.....	84
6.1. Implantation de la structure par programmes à l'hôpital "B"	84
6.1.1. Au niveau de l'hôpital.....	84
6.1.2. Le programme A : médecine.....	86
6.1.3. Le programme B : urgence-traumatologie-chirurgie.....	86
6.2. Amélioration de la coordination	87
6.2.1. Incertitude	87
6.2.2. Coordination au niveau clinique	88
6.2.3. Coordination au niveau administratif.....	94
6.2.4. Synthèse : une coordination administrative améliorée.....	96
6.3. Mécanismes d'amélioration de la coordination.....	96
6.3.1. Mode de regroupement des cliniciens	97
6.3.2. Adaptation des TIC.....	106
6.3.3. Utilisation des mécanismes de liaison latérale.....	110
CHAPITRE 7. Analyse transversale.....	113
7.1. Processus d'implantation de la structure par programmes.....	113
7.2. Changements structurels fondamentaux de la structure par programmes.....	114
7.2.1. Regroupement des cliniciens en programmes.....	114
7.2.2. Amélioration de l'intégration médecins-hôpital.....	115
7.2.3. Adaptation des systèmes d'information de gestion	117
7.3. Impacts sur la coordination administrative.....	119
7.3.1. Augmentation de la centralisation horizontale.....	119
7.3.2. Réduction de l'ambiguïté et de l'incertitude sur le plan administratif.....	123
7.3.3. Augmentation de la capacité des gestionnaires à planifier et contrôler les opérations	124
7.4. Impacts sur la coordination clinique	125
7.4.1. Autonomie des programmes dans le contrôle des résultats cliniques	125
7.4.2. Amélioration de la coordination des soins.....	127

7.4.3. Coordination interprogrammes	129
7.5. Impacts sur la coordination professionnelle	130
7.6. Synthèse des résultats	130
CHAPITRE 8. Discussion.....	135
8.1. Discussion des principaux résultats	135
8.1.1. Changements structurels fondamentaux de la structure par programmes	135
8.1.2. Impacts sur la coordination administrative.....	138
8.1.3. Impacts sur la coordination clinique.....	139
8.1.4. Impacts sur la coordination professionnelle	142
8.2. Généralisations.....	142
8.2.1. Généralisation des résultats sur le plan théorique	142
8.2.2. Généralisation des résultats pour les administrateurs hospitaliers.....	145
8.2.3. Généralisation des résultats pour un mégaCHU	146
8.3. Limites de l'étude	147
8.3.1. Biais de validité interne	148
8.3.2. Biais de validité externe.....	149
CONCLUSION	151
BIBLIOGRAPHIE	153
ANNEXE I. Questionnaires d'entrevue	i
ANNEXE II. Analyses quantitatives	vi

Liste des tableaux

Tableau I – Principales caractéristiques des unités de production de soins.....	9
Tableau II – Propositions du modèle théorique.....	33
Tableau III – Personnes rencontrées en entrevues	47
Tableau IV – Documents obtenus pour chaque hôpital.....	49
Tableau V – Sources des données et variables.....	52
Tableau VI – Proportions d'hospitalisations dont la durée de séjour est à l'extérieur d'un écart-type par rapport à la moyenne	61
Tableau VII – Proportions d'hospitalisations dont le nombre de consultations est à l'extérieur d'un écart-type par rapport à la moyenne.....	62
Tableau VIII – Taux de mortalité	62
Tableau IX – Taux de réadmissions	62
Tableau X – Proportions d'hospitalisations dont la durée de séjour est à l'extérieur d'un écart-type par rapport à la moyenne	91
Tableau XI – Proportions d'hospitalisations dont le nombre de consultations est à l'extérieur d'un écart-type par rapport à la moyenne.....	92
Tableau XII – Taux de mortalité	93
Tableau XIII – Taux de réadmissions.....	93
Tableau XIV – Questionnaire pour les entrevues du premier niveau d'analyse.....	i
Tableau XV – Questionnaire pour les entrevues du deuxième niveau d'analyse.....	iii
Tableau XVI – Codes de service du médecin à l'admission inclus dans les échantillons	ix
Tableau XVII – Calculs de l'indicateur de variations de pratique des durées de séjour.....	x
Tableau XVIII – Calculs de l'indicateur de variations de pratique des consultations	xi
Tableau XIX - Calculs de l'indicateur du taux de mortalité.....	xii
Tableau XX - Calculs de l'indicateur du taux de réadmissions.....	xiii
Tableau XXI – Analyses de variance et des tests de comparaisons multiples de Tukey	xiv

Liste des figures

Figure 1 – Continuum des principales configurations hospitalières	16
Figure 2 – Relations structure-processus-résultats dans la structure par programmes.....	31
Figure 3 – Relation structure-processus dans la structure par programmes	32
Figure 4 – Représentation schématique du modèle théorique	38
Figure 5A – Représentation schématique de l’organigramme de l’hôpital A, avant la structure par programmes.....	78
Figure 5B – Représentation schématique de l’organigramme de l’hôpital A, après la structure par programmes.....	78
Figure 6A – Représentation schématique de l’organigramme de l’hôpital B, avant la structure par programmes.....	106
Figure 6B – Représentation schématique de l’organigramme de l’hôpital B, après la structure par programmes.....	106
Figure 7 – Relations structure-processus dans la structure par programmes.....	131
Figure 8 – Modèle théorique révisé.....	134

Remerciements

Le candidat au doctorat mène un travail ardu qui demande un grand engagement personnel. C'est un travail en solitaire, parsemé de plusieurs défis qui poussent le candidat à ses limites intellectuelles. Le candidat acquiert beaucoup de connaissances tout au long de ce parcours, mais il n'apprend pas autant que sur lui-même. J'ai eu le plaisir et l'honneur d'être supporté par plusieurs personnes qui m'ont aidé à relever ces défis.

J'ai eu le courage, ou la naïveté, d'entreprendre des études doctorales tout en conservant une carrière professionnelle stimulante et enrichissante à l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis. Je voudrais remercier tous mes collègues et employés qui, de près ou de loin, m'ont encouragé tout au long de mes études. Un simple mot d'encouragement peut parfois faire toute la différence.

J'aimerais particulièrement remercier Henri Elbaz, directeur général de l'Hôpital général juif, qui m'a pris sous son aile dès mon arrivée à l'hôpital. Parmi tous les enseignements qu'il m'a transmis, j'en retiens un très important. Le fruit de tout labeur est comparable à une œuvre d'art que l'artiste prend plaisir à polir pour atteindre la quasi perfection. C'est dans cet esprit que j'ai tenté de compléter la présente thèse, et j'espère avoir réussi.

Je me dois de remercier les gestionnaires et cliniciens des deux hôpitaux rencontrés qui m'ont ouvert leurs portes en toute honnêteté et intégrité. J'ai apprécié leur grande disponibilité et surtout leur intérêt pour mon sujet de thèse.

J'aimerais souligner la précieuse aide de Marie-Lise Vincent et Linette Saul-Cohen qui ont accepté de relire ma thèse malgré une échéance très serrée pour assurer la qualité de la présentation finale.

Cette recherche n'aurait pu être menée sans les judicieux conseils et encouragements de mon directeur de thèse, Claude Sicotte. Il a su accepter mon engagement à une vie professionnelle et m'a accompagné tout au long de mes études, parsemées de plusieurs périodes d'inactivité. Son support émotionnel et surtout intellectuel m'a permis de relever

les défis qui se sont présentés tout au long de mon parcours. C'est grâce à lui que je remets cette thèse avec le sentiment d'avoir contribué à l'avancement des connaissances.

À ma grande famille, Nicolas, Sophie, monsieur et madame Azran, Aline, Éric, Dina, Dave, Lina, Chloé et Alexis. Je leur dois les quelques moments de détente, de bonheur et de joie que j'ai vécus ces dernières années.

À mes parents qui m'ont inculqué toutes ces valeurs dont je suis fier, notamment l'importance de l'éducation et la recherche de la perfection. C'est lorsqu'on devient adulte qu'on réalise à quel point nos parents sont des modèles de dévouement désintéressé et que leurs enseignements, qui paraissent anodins à certaines périodes de notre jeunesse, sont en fait les meilleures leçons de la vie qu'aucune école ne pourra nous transmettre.

Finalement, à ma tendre épouse Danielle, qui m'a supporté chaque jour de mes études et qui m'a attendu, toutes ces fins de semaines passées à travailler sur cette thèse. Je ne pourrai jamais la remercier assez pour le dévouement qu'elle a témoigné à ma réussite.

CHAPITRE 1. INTRODUCTION

L'environnement des hôpitaux a changé au cours des dernières années. Les hôpitaux sont aujourd'hui confrontés à plusieurs problèmes dont l'alourdissement de la clientèle, la diminution des ressources humaines et financières disponibles, l'augmentation des coûts de traitements et les développements technologiques (Association des hôpitaux du Québec, 2000). Or, la structure traditionnelle de l'hôpital qui lui permet de bien fonctionner dans un environnement stable (Mintzberg, 1982) paraît de moins en moins apte à assurer la coordination des soins.

Les hôpitaux cherchent des stratégies pour adapter leur structure organisationnelle à ce nouvel environnement (Lapointe, 1991; Smith et al., 1989). À l'instar de ce qui se fait aux États-Unis et dans le reste du Canada, des hôpitaux québécois tentent de transformer leur structure fonctionnelle traditionnelle en une structure par programmes. Chaque programme rassemble des cliniciens de divers champs de pratique autour d'une clientèle commune.

Cet engouement pour la structure par programmes se manifeste par la publication, en 2000, d'un document de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) intitulé « *Organisation par programmes-clientèles : l'expérience des centres hospitaliers du Québec* ». Ce document constitue une analyse exploratoire des expériences vécues au sein des hôpitaux québécois relativement à leur adoption d'une structure par programmes. En parcourant ce document, il ressort clairement que l'adoption d'une telle structure tente d'améliorer la qualité des soins en recentrant l'offre des soins et services de santé autour du patient. Plus spécifiquement, au niveau structurel, l'AHQ soutient que l'adoption de la structure par programmes vise plusieurs objectifs, dont les principaux sont :

- amener l'organisation à se voir non pas comme une fin en soi, mais comme un élément dans un processus visant à offrir un continuum de soins et de services;
- mieux positionner l'organisation par rapport à son centre de gravité;
- simplifier les structures hiérarchiques.

Cet intérêt pour la transformation de la structure hospitalière traditionnelle se situe dans la lignée d'une remise en question initiée, il y a plus de deux décennies, dans le domaine de la

gestion hospitalière et clinique. Ce mouvement, issu des États-Unis, est caractérisé par la recherche d'une plus grande cohérence entre les perspectives cliniques et administratives d'un hôpital. Deux exemples illustrent ce mouvement : le recours aux *Diagnosis Related Groups* (DRG) pour déterminer des coûts par épisode de soins pour des clientèles spécifiques et le développement de guides de pratiques cliniques (*Clinical Practice Guidelines*) pour standardiser les soins offerts à des clientèles spécifiques. La popularité récente de la structure par programmes poursuit le même idéal, à savoir organiser les ressources autour de clientèles spécifiques pour mieux coordonner leurs soins. Ces innovations organisationnelles sont interreliées dans la mesure où la structure par programmes, la gestion fondée sur les DRG et les guides de pratiques cliniques pourraient faciliter la coordination des ressources, celles-ci étant regroupées en fonction des clientèles, en offrant une meilleure cohésion de structure.

Le document précédemment cité souligne les qualités prêtées à la structure par programmes. Sur les quinze faiblesses découlant de la structure fonctionnelle traditionnelle pouvant être compensées par une structure par programmes, onze sont directement reliées à des problèmes de coordination interdépartementale: bureaucratie importante, barrières dans la distribution des soins, ruptures de communication, système décisionnel lourd, cloisonnement et segmentation des services à la clientèle, collaborateurs qui cherchent à s'organiser dans les structures plutôt que de se centrer sur la clientèle, manque d'implication du patient dans les décisions le concernant, multitude d'intervenants, déficiences dans la coordination et la continuité des soins, temps d'attente et déplacement indus.

L'analyse de déploiement de la structure par programmes dans des hôpitaux au Canada et aux États-Unis tend à démontrer qu'il est possible d'améliorer le fonctionnement des hôpitaux (Leatt et al., 1994). Cependant, ces analyses ne se sont pas attachées à analyser en profondeur les effets de ce changement de structure sur la coordination des soins (Leatt et al., 1994). Deux questions importantes demeurent sans réponse :

- la structure par programmes permet-elle d'améliorer la coordination des soins hospitaliers ?
- Si oui, quels mécanismes permettent d'améliorer cette coordination ?

La présente thèse vise à mieux comprendre les changements organisationnels, suscités par l'adoption de la structure par programmes, qui peuvent influencer la coordination des soins. Cet objectif prend toute son importance pour la recherche sur les services de santé et l'avenir de notre système public de santé. En effet, notre système fait face à une augmentation significative de la consommation des ressources. Cette augmentation des besoins est et deviendra grandement supérieure à celle des ressources disponibles. Le virage ambulatoire constitue une solution intéressante pouvant amenuiser la pression sur les ressources hospitalières, mais il a entraîné une plus grande fragmentation des soins et des services de santé qui accentue les difficultés de coordination. Il paraît alors essentiel d'étudier les nouvelles structures d'organisation des soins et services afin de pouvoir les déployer adéquatement au sein du système de santé.

L'originalité de cette thèse s'établit sur deux plans. Premièrement, notre analyse repose sur un effort rigoureux de définition d'un modèle théorique énonçant précisément les effets susceptibles qu'une structure par programmes peut produire sur la coordination des soins. Deuxièmement, nous avons mené une analyse qualitative confirmatoire, en testant empiriquement ce modèle auprès de deux hôpitaux québécois ayant implanté une structure par programmes, au milieu des années 90. Notre thèse va, en ce sens, au-delà de l'analyse qualitative usuelle de cas.

Le prochain chapitre présente un état des connaissances relatives au domaine d'étude. Ensuite, un modèle théorique sera proposé dans le chapitre trois. La présentation du devis de recherche constituera le quatrième chapitre. Les deux suivants exposeront respectivement les résultats de nos deux cas à l'étude. La discussion suscitée par ces résultats étoffera le septième chapitre. Finalement, nous effectuerons, dans le dernier chapitre, une synthèse des résultats et discuterons des implications possibles au sein du système de santé.

CHAPITRE 2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre présente une revue de la littérature couvrant trois sujets. Premièrement, celui des principaux concepts liés au design organisationnel est présenté. Deuxièmement, une analyse de la conception traditionnelle de l'hôpital est effectuée de façon à mettre en lumière les limites contemporaines d'une telle structure dans la coordination des soins. Troisièmement, nous exposons un état des connaissances concernant la structure par programmes. Notre perspective théorique épouse celle du design organisationnel. Nous avons principalement recours aux concepts du traitement de l'information de Galbraith et de la configuration des organisations de Mintzberg.

2.1. DESIGN ORGANISATIONNEL

Selon les principaux auteurs de l'école de la contingence, dont Burns et Stalker (1961), Woodward (1965), Lawrence et Lorsch (1967), Galbraith (1973), Mintzberg (1982), Nadler et Tushman (1988), Daft (1991), toute organisation s'adapte, en fonction de son environnement interne et externe, afin d'atteindre le niveau de performance désiré.

L'un des courants de cette école est celui du traitement organisationnel de l'information proposé à l'origine par Galbraith (1973, 1974, 1977), puis repris et raffiné par d'autres auteurs dont Burton et Obel (1998), Daft (1991), Daft et Lengel (1986), Daft et Macintosh (1981), Egelhoff (1991), Nadler et al. (1979), Nadler et Tushman (1988), Tushman (1979), Tushman et Nadler (1978) et Van de Ven et al. (1976). Selon Galbraith, l'organisation est confrontée à une demande informationnelle provenant de son environnement interne et externe. Cette demande crée un certain niveau d'incertitude, définie comme l'écart entre la quantité d'informations requise pour réaliser une tâche et la quantité d'informations disponible au moment d'effectuer cette tâche (Galbraith, 1973, 1974 et 1977). Cette différence constitue la quantité d'informations que l'hôpital doit parvenir à traiter. L'organisation deviendra alors performante si sa capacité à traiter l'information correspond à la demande informationnelle. Or, la capacité de traitement d'information dépend du design organisationnel en place (Galbraith, 1973, 1974, 1977). Des auteurs ont proposé plusieurs définitions du concept de design organisationnel. Toutes ces définitions

rassemblent deux éléments communs : la structure organisationnelle formelle et les mécanismes formels qui assurent la coordination des membres de l'organisation (définition inspirée de Tushman et Nadler, 1988).

Pour Galbraith (1973, 1974 et 1977), il existe quatre stratégies pour atténuer le niveau d'incertitude : deux visent la réduction de la demande informationnelle et deux autres misent sur une capacité accrue de l'organisation à traiter l'information. Pour réduire la demande informationnelle, Galbraith propose, premièrement, de regrouper les opérateurs en unités autonomes de façon à restreindre la diversité des extrants pour chaque unité et, deuxièmement, d'ajouter des ressources afin de diminuer la quantité d'informations à traiter par chaque opérateur. Pour augmenter la capacité de traitement de l'information, Galbraith propose d'utiliser les technologies de l'information ainsi que celles de la communication et de recourir aux mécanismes de liaison latérale afin de déplacer vers le bas de l'organisation le point de décision, augmentant ainsi la coordination au niveau opérationnel.

La structure organisationnelle constitue un élément important du design organisationnel et est intimement liée aux processus organisationnels. Ce lien structure-processus est d'ailleurs confirmé par Daft et Lengel (1986) de même que Galbraith (1973, 1974 et 1977) pour lesquels l'incertitude serait grandement responsable d'une faible coordination des activités. Ainsi, pour atteindre une coordination performante, une organisation devra non seulement adapter sa structure organisationnelle en fonction de son environnement mais aussi rechercher une forte adéquation entre sa structure et ses processus.

Dans le contexte des hôpitaux, le processus-clé est celui de la coordination des soins, comparable à l'intégration clinique que Gillies et al. (1993) définissent comme le degré auquel les services directs aux patients sont coordonnés à travers les différentes fonctions, activités et unités de travail. Ainsi, un hôpital performant se caractérisera par une structure organisationnelle favorisant un haut degré de coordination des services directs aux patients à travers l'hôpital. La prochaine section développe le concept de design organisationnel dans le cas particulier de l'hôpital dans sa conception traditionnelle.

2.2. CONCEPTION TRADITIONNELLE DE L'HÔPITAL

Plusieurs auteurs ont écrit sur la structure organisationnelle de l'hôpital. De ces écrits, il ressort deux grands constats : premièrement, l'hôpital est une organisation traditionnellement composée d'une double structure médico-administrative et, deuxièmement, l'hôpital a traditionnellement adopté une structure organisationnelle de type fonctionnel.

2.2.1. *L'hôpital en tant que double structure médico-administrative*

L'hôpital est souvent décrit comme une organisation composée de deux firmes interdépendantes mais possédant chacune sa propre structure (Donabedian, 1966; Fetter et Freeman, 1986; Harris, 1978; Starfield, 1973) : la hiérarchie médicale et la hiérarchie administrative. L'existence de cette double structure se renforce ici du fait que les médecins ne sont pas des employés de l'hôpital, mais des agents libres rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Du point de vue structurel, la hiérarchie médicale répond directement au conseil d'administration de l'hôpital, mais est aussi rattachée à la hiérarchie administrative au niveau du directeur des services professionnels, médecin selon la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec. Le directeur des services professionnels joue un rôle important dans l'intégration des médecins à la hiérarchie administrative. Au sein de la hiérarchie médicale, les médecins sont regroupés en départements et services, souvent en fonction de spécialités médicales (par exemple, la chirurgie cardiaque et la rhumatologie) et parfois en fonction de clientèles particulières (par exemple, l'oncologie et la gériatrie).

La hiérarchie administrative, quant à elle, est composée de deux sous-hiérarchies : l'une, professionnelle qui regroupe tous les professionnels de la santé dont le rôle est de fournir des soins et des services de santé aux patients, et l'autre, technique qui inclut les divers services de support à la sous-hiérarchie professionnelle, tels les services techniques et financiers. Les professionnels de la santé se retrouvent normalement sous la direction des soins infirmiers, celles des services professionnels et des services hospitaliers.

2.2.2. La structure fonctionnelle de l'hôpital

Dans la majorité des hôpitaux, les hiérarchies médicale et administrative sont traditionnellement organisées par fonctions (Leatt et al., 1994), par exemple la cardiologie, les soins infirmiers, la physiothérapie et l'entretien ménager. Ce type de structure permet de maintenir un haut degré de spécialisation technique (Miles et Snow, 1986; Mintzberg, 1982), l'emphase est alors mise sur les *inputs* du processus de soins.

Ce groupement par fonctions privilégie les interdépendances verticales et les économies d'échelle au détriment des interdépendances horizontales (Mintzberg, 1982). Les interdépendances verticales surviennent entre les cliniciens à l'intérieur d'un même département, par exemple entre les cardiologues dans le département de cardiologie (Gosselin, 1985). Les interdépendances horizontales, quant à elles, surviennent plutôt entre les cliniciens de départements différents alors qu'ils fournissent des soins à un même patient. Ces interdépendances horizontales surviennent, par exemple, entre le département de cardiologie, l'unité de soins coronariens, le département de chirurgie cardiaque et le laboratoire de cathétérisation cardiaque (Gosselin, 1985). Étant donné que la coordination des soins demande la participation de cliniciens provenant de plusieurs départements fonctionnels, elle serait a priori plus forte dans une structure qui favorise les interdépendances horizontales au lieu des interdépendances verticales.

Selon Charns et Tewksbury (1993), le groupement par fonctions vise essentiellement à conserver la différenciation entre les professions, elle-même renforcée par le "processus de classement" (Mintzberg, 1982). Durant ce processus de classement, des programmes standards sont appliqués à des situations spécifiques, ces programmes déterminant à l'avance ce qui doit être fait (Mintzberg, 1982). Ce processus comporte une phase de diagnostic, qui consiste à déterminer le cas-type qui s'applique à la situation considérée, et une phase d'exécution, qui consiste à appliquer le programme standard correspondant au cas déterminé. La standardisation des qualifications assure, dans une certaine mesure, que les phases de diagnostic et d'exécution soient semblables, quel que soit le clinicien. Ainsi, avec ce processus de classement, les variations de pratique parmi les cliniciens devraient s'amenuiser. De plus, ce processus rend les cliniciens relativement autonomes, ce qui leur permet de se concentrer sur le perfectionnement de leurs qualifications au lieu de consacrer

des efforts à coordonner leur travail entre eux (Mintzberg, 1982). Cependant, les programmes standards appliqués lors du processus de classement sont toujours propres à des situations vécues par des cliniciens d'une même profession, et non pas à des situations vécues par des cliniciens de professions différentes. En forçant l'application de programmes standards dans chaque groupe fonctionnel, le processus de classement renforce donc les interdépendances verticales.

Ainsi, le groupement par fonctions favorise la différenciation des départements entre eux (Lawrence et Lorsch, 1967). Cette différenciation a tendance à isoler les groupes professionnels les uns des autres, amenant les membres de chaque groupe à favoriser les pratiques de leur propre groupe aux dépens des pratiques des autres groupes. Plus cette différenciation est marquée, plus elle résulte en une ambiguïté dans la pratique des cliniciens (Daft et Lengel, 1986).

L'ambiguïté est définie comme l'existence de plusieurs interprétations conflictuelles de la réalité (Daft, 1992; Daft et Lengel, 1986), chaque interprétation étant teintée par les valeurs propres à chaque département. En situation de coordination des soins qui implique plusieurs cliniciens de départements différents, lorsque l'ambiguïté persiste, il est difficile d'accumuler des données additionnelles pour remédier à la situation (Daft, 1992).

Les participants doivent alors traiter une information plus riche (Daft, 1992). La richesse d'information est définie comme la capacité d'une donnée à produire de l'information (Daft et Lengel, 1986). Pour Daft (1986, 1992), cette richesse d'information se situe sur un continuum des médias de communication : documents numériques formels (richesse la plus faible), documents écrits impersonnels, documents écrits destinés à un destinataire spécifique, téléphone et autres médias électroniques, discussion face-à-face (richesse la plus élevée). Ainsi, plus une structure organisationnelle favorise les discussions face-à-face, plus l'ambiguïté s'atténue et, conséquemment, plus la coordination s'en trouve améliorée.

2.2.3. Production des soins

Les hiérarchies médicale et administrative sont très liées. En effet, selon cette conception de l'hôpital, la hiérarchie administrative transforme des intrants, à savoir les ressources

utilisées, en services intermédiaires, comme des jours de soins infirmiers et des tests de laboratoires. Les médecins utilisent ensuite ces services intermédiaires pour produire des soins de santé (Guisset et al., 1999), par exemple un accouchement sans complications. En fait, chaque ensemble de services intermédiaires fournis à chaque patient spécifique est considéré comme un produit (Fetter et Freeman, 1986), l'emphase est donc mise sur l'*output* du processus de soins. Le système de classification DRG est fondé sur ce principe de produit et permet de catégoriser les différents produits selon leur niveau d'utilisation des ressources et selon certains critères cliniques homogènes (Fetter et Freeman, 1986).

Au niveau opérationnel, en parallèle de la structure formelle, la production des soins s'effectue plutôt au sein d'une structure plus informelle qui tend à regrouper les cliniciens autour d'unités de production de soins. Lamothe (1996) a étudié les interactions au sein de ces unités de production de soins. Selon cette auteure, il existerait quatre types en fonction de la complexité de la pathologie et du traitement, leurs principales caractéristiques sont présentées dans le tableau I.

Tableau I – Principales caractéristiques des unités de production de soins

Types d'unités de production	Standardisation pure	Standardisation segmentée	Personnalisation segmentée	Personnalisation intégrée
Pathologies	Unique	Plus d'une	Plusieurs	Plusieurs
Traitements	Traitement unique	Traitement central avec traitements annexes	Plus d'un traitement central avec des traitements annexes	Traitement global composé de plusieurs traitements spécialisés
Mécanismes de coordination	Standardisation des qualifications	Standardisation des qualifications	Standardisation des qualifications	Standardisation des qualifications
	Supervision professionnelle directe par le médecin traitant			
	Standardisation du travail	Standardisation du travail	Standardisation du travail	Standardisation du travail
		Ajustements mutuels occasionnels	Ajustements mutuels plus fréquents	Ajustements mutuels très fréquents
				Standardisation des normes
Exemples de clientèles	Chirurgie ophtalmologique	Chirurgie vasculaire	Rhumatologie	Gériatrie

Les unités de production de types personnalisation segmentée et personnalisation intégrée se caractérisent par un usage assez fréquent d'ajustement mutuel, ce qui favorise l'accroissement de l'incertitude (Galbraith, 1973, 1974 et 1977).

Du point de vue organisationnel, la production des soins s'effectue au sein d'une organisation caractérisée, premièrement, par une structure formelle basée sur un groupement fonctionnel des cliniciens et orientée vers les *inputs* et, deuxièmement, par une structure informelle d'organisation des soins au niveau opérationnel orientée vers les *outputs*. Ces deux structures qui se chevauchent au sein de l'hôpital suivent des orientations divergentes, il existe nécessairement un conflit entre elles. Mais la majorité des hôpitaux semblent, jusqu'ici, avoir réussi à conserver un équilibre entre ces deux structures conflictuelles afin d'assurer une coordination adéquate des soins.

2.3. LIMITES DE LA STRUCTURE FONCTIONNELLE

Depuis plusieurs années, les hôpitaux sont confrontés à un ensemble de facteurs (Leatt et al., 1994) qui exercent des pressions sur les deux structures en question.

2.3.1. Vulnérabilité de la structure informelle

Le vieillissement de la population et l'incidence de plus en plus élevée de maladies chroniques tendent à augmenter la proportion de patients présentant des pathologies multiples et qui demandent un ensemble de traitements globaux et non des traitements uniques. Les hôpitaux devront alors adapter leur structure organisationnelle pour pouvoir offrir des traitements globaux à ces patients. Or, selon Lamothe (1996), les unités de production de type personnalisation intégrée sont les mieux équipées pour offrir des traitements globaux à des patients présentant de multiples pathologies. Une pression est ainsi exercée sur la structure informelle de l'hôpital pour mettre en place plus d'unités de production de soins de type personnalisation intégrée. Comme cette structure informelle repose, entre autres, sur le degré d'intégration médecins-hôpital, plus la pression sur cette structure pèse fortement, plus l'intégration médecins-hôpital requiert la mise en place de mécanismes d'intégration puissants.

Il existerait, selon Scott (1982), trois modèles d'intégration des professionnels en général et des médecins en particulier. Premièrement, dans le modèle autonome, le corps médical possède une structure qui lui est propre et totalement différenciée de celle de l'hôpital (Alexander et Morrisey, 1988). Ce modèle se retrouve traditionnellement dans la majorité des hôpitaux américains et canadiens qui présentent une structure fonctionnelle. Dans ce modèle, la liaison médecins-hôpital demeure faible. Dans les deux autres modèles, à savoir les modèles hétéronome et conjoint, les deux hiérarchies sont beaucoup plus liées. Dans le modèle hétéronome, les médecins sont sous la subordination des gestionnaires hospitaliers. Dans le modèle conjoint, le groupe des médecins et celui des gestionnaires hospitaliers se partagent le pouvoir à parts égales. Ainsi, les hôpitaux qui opteraient pour une intégration médecins-hôpital selon les modèles hétéronome ou conjoint deviendraient moins vulnérables aux facteurs de pression énoncés ci-haut.

Plusieurs stratégies peuvent être utilisées pour augmenter le degré d'intégration des médecins à l'hôpital dans les modèles hétéronome et conjoint (Alexander et Morrisey, 1988). En effet, plusieurs chercheurs ont étudié les mécanismes entourant l'intégration médecins-hôpital dont Gillies et al. (1993), Alexander et Morrisey (1988), Goes et Zhan (1995), et plusieurs définitions ont été proposées. Cependant, toutes ces définitions partagent des éléments communs. Ainsi, l'intégration médecins-hôpital est définie comme le degré auquel les médecins participent activement à la planification, la gestion quotidienne et la direction (*governance*) de l'hôpital, et le degré auquel les gestionnaires de l'hôpital participent à la gestion des activités médicales. Pour atteindre cette intégration, plusieurs mécanismes sont proposés (Alexander et Morrisey, 1988, Goes et Zhan, 1995), dont :

- la participation de médecins dans l'administration générale de l'hôpital dont le meilleur exemple est celui du médecin occupant le poste de directeur médical ou directeur des services professionnels;
- la participation de médecins à la direction de l'hôpital, c'est-à-dire la nomination de médecins au sein du Conseil d'administration de l'hôpital;
- la rémunération des médecins par l'hôpital en tant que médecins salariés;
- l'emploi de médecins responsables de contrôler les admissions. Cette stratégie est de plus en plus utilisée dans les hôpitaux québécois, notamment dans la création de postes de

médecins coordonnateurs des admissions afin de s'assurer que les patients de l'urgence soient admis le plus tôt possible;

- la mise en place de comités de médecins avec un rôle de gestion. Avec ces comités, les médecins sont sensibilisés au contrôle des coûts, mais peuvent aussi influencer les politiques hospitalières (Roemer et Friedman, 1971). Le comité de revue d'utilisation des médicaments constitue un exemple de comité de gestion qui, pour fonctionner, requiert la participation active des médecins.

2.3.2. *Vulnérabilité de la structure formelle*

Les contraintes budgétaires imposées par les gouvernements, le rôle de plus en plus grand des associations professionnelles dans la définition de standards et de lignes de pratique, la pénurie chronique de médecins et d'infirmiers, ainsi que l'évolution de la technologie médicale qui devient de plus en plus coûteuse mais de plus en plus efficace exercent des pressions sur la structure formelle orientée vers les *inputs*. Comme cette structure tend à favoriser l'ambiguïté, cette dernière s'accroît d'autant que les pressions se multiplient.

Ces différentes pressions caractérisent un environnement instable dans lequel il semble que le groupement fonctionnel devienne dysfonctionnel (Mintzberg, 1982; Woodard et al., 1999). Il en résulte des processus de communication et de prise de décision centralisés, ralentis et même parfois interrompus (Miles et Snow, 1986; Woodard et al., 1999). Tout cela résulte en une dispensation de services discontinus aux patients, selon Lathrop (1993). À la suite d'une étude exploratoire effectuée au sein d'hôpitaux québécois ayant implanté une structure par programmes, l'AHQ (2000) mentionne quinze raisons pouvant être classifiées dans les quatre catégories suivantes :

- professionnalisme trop présent au détriment du service à la clientèle : une structure de soins plus orientée sur le soignant que sur le client, une concentration sur les intérêts des producteurs, un manque d'implication du client dans les décisions le concernant, une tendance aux attitudes corporatistes;
- hiérarchie professionnelle constamment surchargée : une bureaucratie importante, des ruptures de communication, un système décisionnel lourd;
- faible coordination interdépartementale horizontale : une perception de barrières dans la distribution des soins, un cloisonnement et une segmentation des services, des

collaborateurs qui cherchent à s'organiser dans les structures plutôt que de se centrer sur la clientèle, une multitude d'intervenants, des déficiences dans la coordination et la continuité des soins et services, des temps d'attente et des déplacements indus;

- pauvres systèmes d'information : une absence d'information clinique, financière et économique.

Pour Leatt et al. (1994), qui ont procédé à une analyse de cas dans huit hôpitaux ontariens ayant implanté une structure par programmes, le thème commun à tous ces changements structurels est la volonté de décentraliser la prise de décision et de la ramener le plus près possible de l'action (Lapointe, 1991; AHQ, 1996, 2000).

2.3.3. Réconciliation des structures formelle et informelle

Dans ce contexte, l'hôpital se voit ainsi confronté à plusieurs questions : comment réconcilier les deux structures de plus en plus en conflit ? Comment répondre à l'augmentation de l'incertitude ? Comment assurer une forte intégration médecins-hôpital ? Comment solutionner l'augmentation de l'ambiguïté ? Toutes ces questions semblent trouver réponse dans les changements de design organisationnel entrepris par certains hôpitaux et visant à mettre l'accent sur les processus horizontaux (Leatt et al., 1997; Walston et Kimberly, 1997) impliqués dans la coordination des soins. Un tel changement vise le remplacement de la gestion traditionnelle orientée vers les fonctions que l'on retrouve dans le groupement fonctionnel traditionnel de l'hôpital par une gestion orientée vers les processus horizontaux. Ainsi, la nouvelle structure organisationnelle facilitera d'abord les interdépendances horizontales au lieu des interdépendances verticales.

Étant donné que l'objet de ce changement de design réside au niveau des processus clés qui coupent à travers les départements (Leatt et al., 1997), cette stratégie demande une vision de l'hôpital comme une liaison de processus (Lin et Vassar, 1996). Pour Davenport (Lin et Vassar, 1996), un processus comporte un ensemble d'activités conçues pour produire un extrant spécifique pour un client particulier. Cette définition rejoint la structure informelle de l'hôpital orientée vers les *outputs*. Ainsi, assistons-nous à la mise en place d'une nouvelle structure formelle qui s'alignerait avec la structure informelle, toutes les deux maintenant orientées vers les *outputs*.

Le changement vers un design organisationnel qui privilégie les interdépendances horizontales permet de réexaminer tous les aspects du travail pour briser les barrières d'une bureaucratie excessive qui s'est installée avec le temps, par exemple les délais d'attente inutiles entre les activités de chaque clinicien (Leatt et al., 1997). Il s'agit alors de combiner plusieurs professions et structures traditionnellement départementalisées et séparées, souvent avec peu ou pas de coordination entre elles (Charns et Tewksbury, 1993; Walston et al., 2000). De manière plus spécifique, ce changement de design vise principalement les objectifs suivants :

- améliorer la qualité du service aux patients (Arndt et Bigelow, 1998; Ho et al., 1999; Leatt et al., 1997; Lin et Vassar, 1996; Meyer et Feingold, 1995; Schweikhart et Vicki, 1996), en cherchant à améliorer le temps de traitement dans l'offre des soins (Ho et al., 1999) et à diminuer la multiplicité des cliniciens qui interagissent avec le patient (Pilon, 1998);
- améliorer la performance clinique (Green et Katz, 1995; Ho et al., 1999; Leatt et al., 1997; Schweikhart et Vicki, 1996) et financière (Arndt et Bigelow, 1998; Green et Katz, 1995; Ho et al., 1999; Leatt et al., 1997; Meyer et Feingold, 1995; Pilon, 1998; Smith et al., 1989);
- créer des mesures et autres contrôles pour maintenir les nouveaux processus en place (Lagoe et Aspling, 1996; Leatt et al., 1997; Lohrmann et al., 1997).

En s'inspirant de l'approche du traitement organisationnel de l'information de Galbraith, Bolon (1998) analyse, dans le contexte hospitalier, la pertinence des quatre stratégies de Galbraith pour adapter le design organisationnel d'un hôpital : la création de ressources tampons, le regroupement des cliniciens en unités autonomes basées sur les produits, l'adaptation des technologies d'information et de communication, ainsi que l'utilisation de mécanismes de liaison latérale.

Vu le contexte financier du système de santé ces dernières années, il serait inacceptable, selon Bolon (1998), de créer des ressources tampons, que ce soit en créant des ressources non utilisées et disponibles en cas de demande extrême, ou bien en réduisant les standards dans l'offre de soins. Ainsi, la première stratégie paraît inadéquate et inapplicable dans le

secteur hospitalier actuel. Les trois autres stratégies sont examinées en détail dans les prochaines sections.

2.4. REGROUPEMENT DES CLINIENS EN UNITÉS AUTONOMES BASÉES SUR LES PRODUITS : LA STRUCTURE PAR PROGRAMMES

2.4.1. Création des programmes

Le regroupement des cliniciens en équipes formelles, souvent appelées programmes, qui résulte de l'application de la deuxième stratégie proposée par Galbraith, s'effectue en tenant compte des ressources consommées et des compétences cliniques requises pour chaque type de patient. En créant des programmes, l'hôpital regroupe tous les cliniciens qui effectuent des tâches diverses pour le produit P_1 , tous ceux qui effectuent des tâches diverses pour le produit P_2 , et ainsi de suite. Les cliniciens sont alors regroupés selon les processus horizontaux. Dans une telle structure, chaque produit correspond à une catégorie de clientèle. Par exemple, tous les patients souffrant de problèmes cardiaques (le produit) seraient référés au programme de cardiologie ; celui-ci rassemblerait tous les cardiologues, tous les infirmiers spécialisés en cardiologie et le personnel du laboratoire de cathétérisation cardiaque.

La création formelle d'équipes de cliniciens se justifie par le fait que les équipes ont toujours été reconnues comme faisant partie de l'offre des soins, et elles sont, aujourd'hui, reconnues comme un mécanisme crucial d'intégration au niveau organisationnel (Galbraith, 1973, 1974 et 1977; Leatt et al., 1997). Or, les équipes de cliniciens existent aussi dans la structure fonctionnelle traditionnelle, elles sont comparables aux unités de production de soins qui caractérisent la structure informelle. La différence avec les équipes de cliniciens dans la structure par programmes réside dans leur formalisation : la structure par programmes formalise ces équipes de cliniciens alors qu'elles demeurent plutôt informelles dans la structure fonctionnelle.

Les organisations basées sur des équipes formelles sont généralement plus aptes à répondre aux pressions d'un environnement instable. De telles organisations ont tendance à

développer et fournir des services plus rapidement que les organisations basées sur la structure fonctionnelle (Leatt et al., 1997).

Cette structure par programmes est l'une des variantes de la structure divisionnaire (Smith et al., 1989; Leatt et al., 1994) : l'hôpital est constitué d'un ensemble d'unités semi-autonomes sous la direction stratégique d'une structure corporative centrale. Chaque unité, c'est-à-dire chaque programme, possède sa propre équipe de gestion qui a une forte (parfois même complète) autorité sur les opérations à l'intérieur de l'unité. D'un point de vue plus théorique, cette structure peut être assimilée à la structure par marchés, définie par Mintzberg (1982) comme une organisation qui « *est moins une organisation intégrée qu'un ensemble d'entités quasi autonomes couplées par une structure administrative centrale* ». Nous assistons dès lors à une évolution de la structure organisationnelle de l'hôpital, selon le continuum de la figure 1, et inspiré de Charns et Tewskbury (1993).

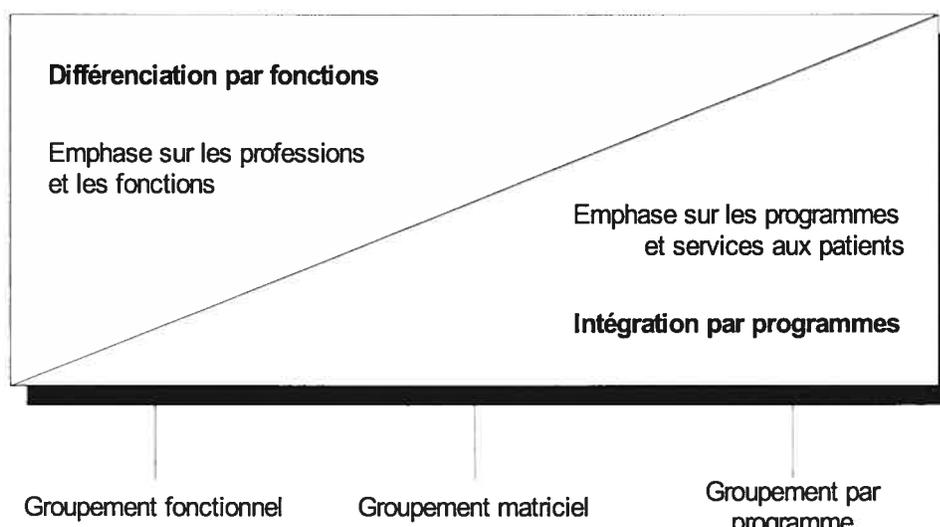


Figure 1 – Continuum des principales configurations hospitalières

La forme pure de structure par programmes s'apparente, d'un point de vue théorique, à la pure structure par marchés (Mintzberg, 1982), appelée en anglais *product-line approach* (Levitt, 1972; Manning, 1987) ou *patient-focused care* (Lathrop, 1993). Elle se situe à l'opposé de la structure fonctionnelle sur le continuum de la figure 1 et montre plusieurs différences significatives avec la structure fonctionnelle. L'un des cas les plus populaires de la structure par programmes, selon la forme *product-line approach*, est l'Hôpital John

Hopkins, qui a adopté ce type de structure divisionnaire, en 1973, (Smith et al., 1989). Dans la forme pure de structure par programmes, même les services administratifs et techniques sont décentralisés dans les programmes (Leatt et al., 1994).

Mais la forme pure de structure par programmes demeure rare dans les hôpitaux qui adoptent plutôt une forme partielle de structure par programmes comportant deux différences majeures par rapport à la forme pure (Leatt et al., 1994). Premièrement, les services administratifs et même certains services cliniques (comme l'imagerie médicale) demeurent centralisés, notamment pour des raisons économiques, comme l'accessibilité à des équipements très coûteux. Deuxièmement, la plupart des activités cliniques, mais pas forcément toutes, sont regroupées en programmes. Ainsi, dans certains cas, les priorités cliniques de l'hôpital seraient structurées en programmes prioritaires et d'autres services, plus secondaires, demeureraient régis par une structure plus fonctionnelle.

Pour l'AHQ (2000), la structure par programmes formalise le travail en équipe interdisciplinaire. Les responsables de programmes ont autorité sur l'allocation de toutes les ressources affectées au programme, tant humaines (médecins, professionnels, personnel clérical, etc.) que matérielles et financières. Leatt et al. (1994) vont plus loin en définissant un ensemble de principes directeurs qui caractérisent toutes les formes de structures par programmes :

- la structure organisationnelle est conçue en fonction des besoins des patients et non en fonction des besoins des cliniciens (AHQ, 1996, 2000);
- la décentralisation verticale des décisions rend les gestionnaires de programme totalement imputables des ressources sous leur contrôle;
- l'accent de la nouvelle structure doit être mis sur les résultats de santé (*outcomes*) dans la population (AHQ, 1996, 2000);
- la prise de décision doit être basée sur l'information.

Dans une perspective plus administrative, certains vont même jusqu'à proposer des objectifs de réduction des coûts d'opération et de déplacement des responsabilités budgétaires vers le bas de l'organisation pour justifier l'adoption d'une structure par programmes, comme c'est le cas à l'Hôpital John Hopkins (Smith et al., 1989).

L'adoption d'une structure par programmes représente un changement organisationnel majeur, mais les hôpitaux qui l'ont appliquée se déclarent satisfaits des nombreux bénéfices obtenus (Leatt et al., 1994; AHQ, 2000), dont :

- une diminution de l'intensité administrative, grâce à l'accélération du processus décisionnel (Smith et al., 1989) et à une plus grande sensibilité aux coûts indirects;
- l'atteinte d'une approche multidisciplinaire par une plus grande cohésion entre les cliniciens, des communications plus efficaces et une diminution du nombre d'intervenants entrant en contact avec le patient dans un but de personnalisation des soins;
- une augmentation de la motivation des collaborateurs identifiés à un programme et la mobilisation autour d'un objectif commun;
- une meilleure planification stratégique, car chaque programme développe son propre plan stratégique en fonction des besoins de sa clientèle.

Lorsque l'organisation décide de ne pas choisir entre la forme pure de structure par fonctions (et ainsi perdre une partie de la spécialisation technique de ses cliniciens) et la forme pure de structure par marchés (et ainsi perdre les bénéfices du regroupement des cliniciens en fonction des clientèles), elle adopte une structure matricielle (Mintzberg, 1982; Leatt et al., 1994; Burton et Obel, 1998). Selon certains auteurs (Galbraith, 1973 et 1977; Mintzberg, 1982), la structure matricielle n'est qu'une structure temporaire, un état intermédiaire entre les deux formes structurelles de base, c'est-à-dire entre les formes pures de structures par fonctions et par marchés. Mais ce constat n'est pas validé par Burns (1989) qui affirme au contraire qu'il s'agit bien d'un design organisationnel stable après avoir étudié, pendant six ans, 315 hôpitaux américains régis par une structure matricielle. Qu'elle soit transitoire ou stable, cette structure organisationnelle demeure lourde à gérer et, par conséquent, coûte cher à administrer (Galbraith, 1973 et 1977). Il ne semble pas exister de consensus quant à la définition de la structure matricielle, car elle existe sous de nombreuses formes dans plusieurs types d'organisations (Ford et Randolph, 1992), l'un des cas bien connus étant celui du centre médical Sunnybrook à Toronto (Smith et al., 1989). Cependant, la caractéristique distinctive de cette structure organisationnelle demeure l'existence d'une structure de commandement multiple, le plus souvent représentée par une double ligne d'autorité (Ford et Randolph, 1992; Galbraith, 1973 et 1977; Leatt et al., 1994; Mintzberg, 1982).

2.4.2. Intégration des médecins

Le regroupement des cliniciens en programmes selon les catégories de patients doit aussi être considéré comme une stratégie d'intégration des médecins à la structure même de l'hôpital (Burns et al., 1998). Ainsi, les hôpitaux précurseurs de la structure divisionnaire, dont l'Hôpital John Hopkins et le Sunnybrook Medical Centre (Smith et al., 1989), ont nommé des médecins dans des rôles de gestionnaires de programmes, il s'agit là d'une des stratégies d'intégration présentées précédemment. En fait, la structure divisionnaire permettrait une meilleure application des modèles hétéronome ou conjoint d'intégration des médecins, tels que définis par Scott (1982).

2.4.3. Rapidité d'exécution dans les processus administratifs et cliniques

L'un des objectifs de changer la structure organisationnelle pour une structure divisionnaire vise l'allègement de la lourdeur bureaucratique (Arndt et Bigelow, 1998) en réduisant les frontières structurelles antérieures (Walston et al., 2000). Ainsi, un ou plusieurs niveaux hiérarchiques sont éliminés dans le but d'accélérer les flux d'information et de faciliter la prise de décision (Leatt et al., 1997; Walston et Kimberly, 1997).

La structure par programmes se distingue aussi par une plus grande décentralisation des services par rapport à la structure fonctionnelle traditionnelle. Les critiques de la structure fonctionnelle, dont Lathrop (1993) et Champy (1995), constatent que l'implication de multiples départements dans l'offre des soins peut créer des temps d'attente inutiles qui résultent en une efficacité restreinte. En décentralisant les services, la structure par programmes peut éviter une multiplication de contrôles et de vérifications (Arndt et Bigelow, 1998) et permettrait ainsi de gérer des unités de plus grande taille qu'au sein de la structure fonctionnelle (Mintzberg, 1982).

Pour être efficace, la décentralisation verticale doit être supportée par la standardisation des résultats comme principal mécanisme de coordination au sommet de la ligne hiérarchique (Mintzberg, 1982). Or, un paramètre de conception essentiel de ce mécanisme de coordination consiste dans la mise en place d'un système de contrôle des performances de

chaque programme : l'administration définit les objectifs de chacun des programmes et ceux-ci doivent les rencontrer pour conserver leur autonomie.

Enfin, la mise en place d'une structure organisationnelle favorisant les interdépendances horizontales permet d'organiser les processus horizontaux autour de résultats plutôt que de tâches, d'activités ou de départements individuels (Lin et Vassar, 1996, Walston et Kimberly, 1997). La mesure des résultats facilite, entre autres, le support à l'intégration des médecins dans la nouvelle structure, car il s'agit d'une stratégie adéquate pour orienter les préoccupations des médecins vers la qualité des soins (Lagoe et Aspling, 1996). En effet, plusieurs cliniciens pensent qu'en standardisant les soins et en diminuant les coûts, on en arrive inévitablement à une réduction de la qualité des soins (Leatt et al., 1997). Il importe de pouvoir réfuter cette opinion car, pour les médecins, la qualité des soins reste un objectif toujours très présent dans tout processus de transformation organisationnelle. La seule façon de réfuter cette opinion passe par la mesure des résultats qui met aussi l'accent sur la standardisation des résultats, mécanisme de coordination plus puissant que la standardisation des qualifications (Mintzberg, 1982).

2.4.4. Interdépendances entre unités de travail

Le regroupement des cliniciens en équipes formelles permet de recourir à un autre mécanisme de coordination, l'ajustement mutuel, selon lequel les cliniciens d'une même équipe coordonnent leurs décisions et leurs actions par communication informelle (Mintzberg, 1982). Contrairement à la structure fonctionnelle dans laquelle l'ajustement mutuel est présent entre les groupes fonctionnels, la structure divisionnaire permet de concentrer l'ajustement mutuel au sein même des programmes. Les interdépendances réciproques entre les départements fonctionnels qui demandent une coordination élevée sont ainsi remplacées par des interdépendances de communauté entre les programmes, ces dernières nécessitant moins d'efforts de coordination. Les interdépendances entre les unités de travail se trouvent réduites dans cette nouvelle structure (Burton et Obel, 1998).

2.5. ADAPTATION DES TECHNOLOGIES D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION

La troisième stratégie définie par Galbraith (1973, 1974 et 1977) correspond à l'adaptation des technologies d'information et de communication. Cette stratégie facilite la rapidité de la prise de décision et de l'identification des problèmes (Daft, 1992, 1986), d'où une meilleure coordination des soins. Bolon (1998) insiste surtout sur les systèmes d'information en tant qu'outils permettant d'améliorer la communication de l'information entre les intervenants. Nous nous baserons en partie sur cette définition en considérant les technologies d'information et de communication comme l'ensemble des mécanismes et outils de gestion de l'information permettant une communication efficace et efficiente de l'information entre les cliniciens, les gestionnaires, et entre les cliniciens et les gestionnaires. Cette définition plus large englobe tant les outils informatisés que non informatisés.

2.5.1. Gestion des données des épisodes de soins : les protocoles cliniques

L'optimisation des processus horizontaux permet de standardiser les protocoles de traitements, résultant en la création de protocoles cliniques ou de cheminements critiques qui minimisent les variations de pratique pour un même diagnostic (Walston et Kimberly, 1997). Ces protocoles cliniques et cheminements critiques sont aussi connus sous le nom de guides de pratique clinique (ou *clinical practice guidelines*). Dans la suite du texte, tous ces outils seront contenus sous l'appellation protocoles cliniques. Le protocole clinique peut être considéré comme un outil de gestion de l'information, au cours de l'épisode de soins de chaque patient.

Pour Mintzberg (1982), la bureaucratie mécaniste constitue la seule configuration convenable pour décrire chaque unité d'une structure divisionnalisée. Toute autre configuration, dont la bureaucratie professionnelle, évolue inexorablement vers une bureaucratie mécaniste dans le temps. La bureaucratie mécaniste, caractérisée par l'utilisation de la standardisation du travail comme principal mécanisme de coordination, spécifie à l'avance le contenu du travail. Ceci pourrait expliquer pourquoi les structures par programmes ont de plus en plus souvent recours aux protocoles cliniques pour standardiser les soins.

Cependant, il faut absolument souligner que la standardisation des qualifications demeure le mécanisme de coordination le plus présent à l'intérieur des programmes, tout comme dans la structure fonctionnelle. Il paraît alors inévitable que la structure par programmes se caractérise par une plus grande utilisation de la standardisation du travail par rapport à la structure fonctionnelle, sans pour autant réduire l'importance primordiale de la standardisation des qualifications.

Un protocole clinique vise à standardiser les soins et à éliminer les variations de pratique inutiles afin d'améliorer la qualité et de réduire les coûts (Green et Katz, 1995; Meyer et Feingold, 1995; Rossi, 1999; Rozovsky, 1995). Cet outil est systématiquement développé à partir d'évidences scientifiques et d'opinions d'experts (Green et Katz, 1995). Le mouvement de la médecine basée sur des données probantes (ou *evidence-based medicine*) illustre bien ce nouveau phénomène. Plus spécifiquement, les objectifs d'un protocole clinique sont multiples et recourent plusieurs des objectifs recherchés par la mise en place d'une structure favorisant les processus horizontaux. Cet outil vise à :

- éliminer les variations dans le traitement et les résultats de santé (Rozovsky, 1995);
- éviter les délais (Rozovsky, 1995), ainsi qu'à réduire les durées de séjour et l'utilisation des ressources (Lagoe et Aspling, 1996);
- atteindre les buts attendus du traitement (Green et Katz, 1995; Rozovsky, 1995);
- intégrer les médecins à la structure de l'hôpital (Burns et al., 1998);
- fournir une base pour l'évaluation des soins (Green et Katz, 1995);
- servir de cadre de travail pour la prise de décision chez le professionnel et le patient (Green et Katz, 1995).

2.5.2. Systèmes d'information

Afin d'assurer le succès du développement de ces outils cliniques, il serait primordial de considérer le développement de systèmes d'information et de communication entre les cliniciens (Lagoe et Aspling, 1996). Pour Manning (1987), des systèmes d'information appropriés pour la gestion et la clinique, adaptés aussi à la structure par programmes, sont d'ailleurs considérés comme des facteurs déterminants pour qu'une structure divisionnaire

fonctionne, ce qui se traduirait par un fonctionnement adéquat des processus organisationnels horizontaux, d'où une meilleure coordination des soins.

De plus, selon Galbraith (1973, 1974 et 1977), une organisation peut augmenter sa capacité à traiter l'information en alignant ses systèmes d'information à la structure organisationnelle et aux processus organisationnels de communication. En augmentant ainsi sa capacité à traiter l'information, l'hôpital se rend moins vulnérable à l'incertitude à laquelle il est confronté. Il occupe alors une meilleure position pour coordonner les soins aux patients.

Pour les fins de la présente thèse, nous séparerons les systèmes d'information en deux catégories, soit les systèmes administratifs (ou systèmes d'information de gestion) et les systèmes cliniques. Il importe de noter que nous incluons aussi dans les systèmes d'information de gestion la composante administrative des systèmes cliniques. Par exemple, le module de calcul des coûts de médicaments par patient dans le système clinique de pharmacie est ici considéré comme un système d'information de gestion. Ainsi, en nous basant sur ces définitions, la pertinence d'adapter les systèmes cliniques à la structure par programmes demeure discutable. En effet, comme les systèmes cliniques gèrent des données de patients, la localisation des patients par service fonctionnel ou par programme reste marginale par rapport aux données cliniques elles-mêmes qui ne devraient pas être influencées par la structure organisationnelle. Les systèmes d'information de gestion sont donc plus susceptibles que les systèmes cliniques de devoir être adaptés à des changements de structure organisationnelle.

Certains pourraient cependant prétendre que des systèmes cliniques tels les systèmes de plans de soins devraient, eux aussi, être adaptés à la structure organisationnelle, vu que ces systèmes dépendent de la façon dont les soins sont fournis aux patients. Dans la mesure où les plans de soins ne devraient être alignés qu'à la structure informelle de production des soins, les systèmes de plans de soins ne devraient pas être influencés de façon significative par la nouvelle structure organisationnelle, à l'instar des autres systèmes cliniques.

2.5.3. Ambiguïté et richesse d'information

En développant ces protocoles cliniques, la structure par programmes favorise la standardisation du travail des cliniciens. De plus, la formation d'équipes augmente les contacts face-à-face entre les cliniciens. Ce type de contacts, plus riche que les mémos écrits (Daft, 1992; Daft et Lengel, 1986; Galbraith, 1973, 1974 et 1977), atténue l'impact négatif de la différenciation fonctionnelle fondée sur la spécialisation, telle qu'elle existe dans la structure fonctionnelle traditionnelle.

Par ces deux mécanismes, à savoir les protocoles cliniques et les contacts face-à-face plus fréquents, la structure par programmes devrait augmenter la richesse de l'information traitée par les cliniciens, ce qui diminuerait l'ambiguïté à laquelle ils sont confrontés.

Dans une perspective de gestion, la structure par programmes facilite, pour les gestionnaires, la gestion de ressources hétérogènes (cliniciens de professions différentes), car elles sont utilisées pour produire des extrants bien spécifiques, à savoir les soins et services pour les clientèles de chaque programme. Dans ce contexte, et au même titre que les cliniciens, les gestionnaires devraient partager des informations à partir de médias plus riches.

Par rapport à la structure fonctionnelle traditionnelle de l'hôpital, la nouvelle structure par programmes repose donc plus sur les technologies de l'information et de la communication pour assurer la coordination des soins (Galbraith, 1973, 1974 et 1977; Leatt et al., 1997; Woodard et al., 1999).

2.6. UTILISATION DE MÉCANISMES DE LIAISON LATÉRALE.

Bolon (1998) considère les mécanismes de liaison latérale, la quatrième et dernière stratégie proposée par Galbraith pour modifier le design organisationnel, selon la perspective des systèmes d'information horizontaux dont l'objectif ultime vise à intégrer les informations cliniques et financières. C'est là le fondement même du système de classification DRG (Fetter et Freeman, 1986). Ces systèmes d'information horizontaux facilitent le partage d'information à travers les départements et les zones de responsabilité (Bolon, 1998).

Cette perspective demeure cependant très étroite. Pour Galbraith (1973, 1974 et 1977), les mécanismes de liaison latérale supportent et même renforcent les interactions entre les membres des différents groupes. Ces mécanismes, tant formels qu'informels, ont d'abord été définis par Galbraith (1973), selon un continuum de sept mécanismes, allant du moins au plus complexe et du peu au très coûteux à implanter. Par la suite, ce continuum a été repris par plusieurs autres auteurs dont Mintzberg (1982), Nadler et Tushman (1988), Daft (1992) et enfin Galbraith lui-même (1994). Selon lui, les mécanismes formels de liaison latérale dans leur ensemble se répartissent en deux catégories : les groupes formels de travail et les rôles intégrateurs (Galbraith, 1994). Les mécanismes informels sont plutôt issus d'une organisation informelle volontaire et spontanée.

Dans une structure fonctionnelle, les interdépendances réciproques entre les groupes fonctionnels doivent être très fortes, puisque la coordination des soins requiert l'implication active de cliniciens appartenant à plusieurs de ces groupes fonctionnels. Par contre, dans une structure par programmes, ces interdépendances entre cliniciens sont maintenant contenues en grande partie à l'intérieur des programmes, seules demeurent alors les interdépendances de communauté entre les groupes, par exemple entre les programmes et le département des laboratoires. Comme les interdépendances de communauté nécessitent peu de coordination, les mécanismes de liaison latérale deviennent peu nécessaires dans la structure divisionnaire au niveau de la coordination des activités de soins, contrairement à une situation comparable dans la structure fonctionnelle.

Cependant, le passage d'une structure fonctionnelle à une structure par programmes favorise les interdépendances horizontales au détriment des interdépendances verticales (Mintzberg, 1982), ce qui peut résulter en une fragmentation des groupes professionnels. Ces derniers perdent alors leur sentiment d'appartenance professionnelle que leur conférait la structure fonctionnelle. Il s'agit, par conséquent, de mettre en place des mécanismes pour continuer d'assurer le maintien des standards professionnels et du développement professionnel (Leatt et al, 1994; Chan et Heck, 2002; Miller et al., 2001; Adamson et al., 1999).

Certains hôpitaux ayant adopté une structure divisionnaire ont mis en place des groupes d'intérêts ou des comités responsables du développement professionnel, des lignes de pratiques et des standards professionnels (Leatt et al., 1994). Nous retrouvons ici les groupes formels tels que définis par Galbraith (1994) comme mécanisme formel de liaison latérale.

Cependant, d'autres hôpitaux ont plutôt eu recours à des mécanismes plus complexes et plus coûteux, c'est-à-dire des rôles intégrateurs. Ainsi, les postes de répondants professionnels ont vu le jour (Chan et Heck, 2002; Miller et al., 2001; Adamson et al., 1999). Comme les différents hôpitaux attribuent des dénominations diverses à ces postes (chef de discipline ou chef de pratique professionnelle), nous opterons pour celle de répondant professionnel dans la suite du texte. La personne qui occupe ce nouveau type de poste est responsable de maintenir le développement et les standards de pratique des professionnels décentralisés dans les différents programmes, ainsi que chargée de les représenter en tant que profession au sein de l'hôpital. Les répondants professionnels n'ont généralement aucune autorité directe ni responsabilité financière (Miller et al., 2001). La création de ce poste devient nécessaire afin de réduire l'incertitude qui s'installe parmi les gestionnaires et professionnels à la suite d'un changement organisationnel qui résulte, entre autres, en l'abolition des postes de chefs de services professionnels (Miller et al., 2001; Chan et Heck, 2002).

Ainsi, pour maintenir le développement et les standards professionnels, tous deux essentiels dans des organisations professionnelles comme les hôpitaux, des mécanismes de liaison

latérale sont utilisés dans la structure par programmes contrairement à ce qui existe dans la structure fonctionnelle.

2.7. AMÉLIORATION DE LA COORDINATION DES SOINS ET DES OPÉRATIONS

2.7.1. Coordination des soins

Soutenu par le regroupement des cliniciens selon des catégories homogènes de patients pour créer des programmes, l'adaptation des technologies d'information et de communication à la nouvelle structure par programmes et l'implantation de mécanismes de liaison latérale pour assurer le maintien du développement et des standards professionnels, l'hôpital réduit l'incertitude à laquelle il est confronté (Galbraith, 1973, 1974, 1977). Or, l'incertitude est responsable d'une faible coordination des activités et l'augmentation de l'incertitude constitue le principal facteur qui rend, aujourd'hui, la structure fonctionnelle inapte à assurer une coordination adéquate des soins. Ainsi, grâce à une réduction de l'incertitude, la coordination des soins devrait être améliorée dans la structure par programmes comparativement à la structure fonctionnelle traditionnelle.

De plus, l'augmentation de la richesse de l'information traitée par les cliniciens réduit l'ambiguïté à laquelle ils sont confrontés (Daft et Lengel, 1986) et améliore d'autant la coordination. En effet, les cliniciens partageant une même compréhension de la réalité laissent présager que les variations de pratique seront moindres, d'où une meilleure coordination des soins.

2.7.2. Satisfaction des cliniciens

Pour Blancett et Flarey (1995), les effets de tout changement organisationnel majeur qui affecte le processus de soins peuvent être évalués, entre autres, selon la satisfaction des cliniciens. D'après une étude réalisée par Davidson et al. (1981) auprès de médecins et d'infirmiers, il existerait une forte corrélation entre la satisfaction des cliniciens et la clarté de leurs rôles dans l'offre des soins aux patients. Ainsi, en regroupant les cliniciens en fonction de clientèles particulières, leurs rôles seront plus définis s'ils concentrent leurs

efforts à fournir des soins et services à leur clientèle de référence, au lieu de consacrer une partie de leur temps à traiter diverses clientèles. La structure par programmes devrait augmenter d'autant leur satisfaction au travail. Par contre, une étude récente de Young et al. (2004) auprès d'onze hôpitaux suggère une satisfaction des cliniciens plus faible dans une structure par programmes comparativement à une structure fonctionnelle. Étant donné que ces auteurs n'ont pu attribuer de causalité entre la structure organisationnelle et la satisfaction des cliniciens, nous retiendrons l'hypothèse que la structure par programmes améliore la satisfaction des cliniciens.

2.7.3. Coordination administrative des opérations

Le type de design que l'on retrouve dans une structure par programmes permettrait une prise de décision plus rapide (Leatt et al., 1994), d'où une amélioration de la capacité à gérer les opérations (Galbraith, 1973, 1974, 1977; Mintzberg, 1982). En effet, si les soins sont mieux coordonnés à cause de la structure par programmes, il devient alors possible de prévoir ce qui sera fait et par qui. Ainsi, les différentes activités cliniques pourraient être mieux planifiées et contrôlées. De plus, si les variations de pratique sont réduites, les exceptions dans les traitements devraient être moins fréquentes, ce qui augmenterait la capacité de planifier et de contrôler les opérations (Galbraith, 1973, 1974 et 1977).

2.8. LIMITES DE LA STRUCTURE PAR PROGRAMMES

Peu d'évidences semblent supporter les bénéfices d'un changement organisationnel visant à mettre l'accent sur les processus horizontaux (Arndt et Bigelow, 1998). En effet, des études ont montré que moins de la moitié des organisations ayant subi un tel changement organisationnel ont atteint une réduction de leurs dépenses, et moins du quart ont amélioré leur productivité avec succès (Hitt et al., 1994). De plus, quatre exercices sur cinq n'ont pas réussi (Leatt et al., 1997; Manganelli 1993).

Plusieurs raisons sont proposées pour expliquer de telles difficultés, dont l'identification et la définition des clientèles des programmes et la coordination interprogrammes (Leatt et al., 1994). En effet, il ne paraît pas toujours facile de définir avec clarté et précision les contours d'un programme en fonction des diagnostics potentiels et des ressources

disponibles, d'autant plus qu'il ne semble pas exister de définition et de catégorisation des patients qui obtiennent consensus. De plus, il existe certainement une limite réaliste au nombre et à la taille des programmes que l'hôpital peut vraiment gérer de façon efficace et efficiente, avant de voir sa performance décroître. Les difficultés inhérentes à l'organisation des programmes expliquent pourquoi la forme pure de structure par programmes est plus rare que des formes partielles, que l'on retrouve en de multiples variantes (Leatt et al., 1994).

En ce qui concerne la coordination interprogrammes, l'emphase mise sur les interdépendances horizontales dans la structure par programmes crée un problème similaire à celui dû à l'emphase sur les interdépendances verticales dans la structure fonctionnelle. Comment les cliniciens peuvent-ils coordonner les soins d'un patient lorsque celui-ci répond aux critères de définition de deux ou de plusieurs programmes ? Dans une telle situation, la coordination interprogrammes devient primordiale. Or, la structure par programmes, en théorie, favorise la coordination intraprogramme, c'est-à-dire les interdépendances horizontales, au détriment de la coordination interprogrammes, c'est-à-dire les interdépendances verticales. Ainsi, le problème de coordination des soins ne semble pas entièrement résolu. Mais, comme la structure par programmes devrait significativement améliorer la coordination des soins comparativement à la structure fonctionnelle, nous assumerons dans la suite de l'étude que les effets négatifs de la coordination interprogrammes représentent un faible compromis que les hôpitaux peuvent accepter.

Enfin, la structure par programmes paraît plus flexible que la structure fonctionnelle, car la planification et le contrôle restent très décentralisés, mais cette structure favorise l'adaptation à l'environnement et la coordination des soins aux dépens d'une efficacité et de la spécialisation technique des cliniciens (Miles et Snow, 1986).

Ainsi, l'adoption de la structure par programmes se montre impuissante à éviter certains facteurs de risque. Même si elle cherche à atteindre des objectifs très louables, il n'en demeure pas moins que la réalité semble toute autre. Le prochain chapitre propose un modèle théorique pour tenter de décrire comment la structure par programmes pourrait parvenir à améliorer la coordination des soins.

CHAPITRE 3. MODÈLE THÉORIQUE

3.1. CHOIX DU MODÈLE D'ÉVALUATION

La question de recherche consiste à déterminer si l'adoption d'une structure par programmes améliore la coordination des soins entre les cliniciens. Dans ce troisième chapitre, nous tenterons d'établir un modèle théorique composé d'un ensemble de propositions à valider pour chercher à répondre à cette question.

L'adoption d'une structure par programmes implique des changements à plusieurs niveaux dans un hôpital. Tout d'abord, la structure organisationnelle change, passant d'un mode de regroupement des cliniciens par fonctions à un regroupement par clientèles de patients. De plus, le processus de soins s'en trouve, lui aussi, modifié. En effet, les cliniciens doivent s'adapter à une nouvelle façon d'interagir entre eux, puisque regroupés différemment. De nouveaux liens interprofessionnels se créent et se tissent. En théorie, le nouveau processus de soins devrait résulter en une meilleure coordination des soins. Enfin, vu que l'adoption de la structure par programmes vise une amélioration de la coordination des soins, la qualité des soins devrait s'en voir accrue et, par conséquent, les résultats de santé des patients devraient se bonifier.

Ainsi, l'adoption de la structure par programmes se reflète dans l'hôpital par des changements de la structure organisationnelle, du processus de soins et des résultats de santé. Donabedian (1980) propose un modèle d'évaluation des programmes de santé basé sur ces trois éléments. Pour Donabedian, il existe une relation fonctionnelle fondamentale, selon laquelle les caractéristiques de la structure influencent le processus de soins et tout changement dans ce processus influence l'effet des soins sur l'état de santé du patient. Ainsi, en appliquant le modèle de Donabedian à l'adoption de la structure par programmes, nous obtenons la relation suivante (figure 2) :

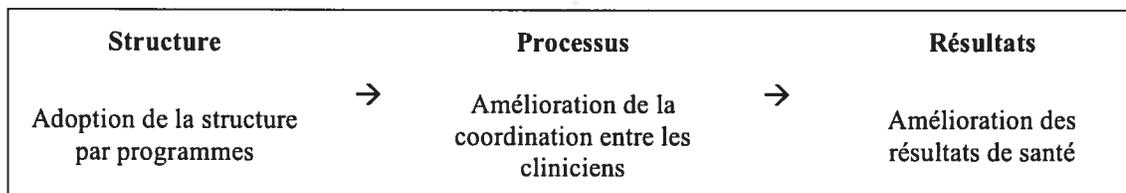


Figure 2 – Relations structure-processus-résultats dans la structure par programmes

Notre modèle théorique est basé sur le modèle d'évaluation de Donabedian (1980) et vise à identifier les caractéristiques distinctives de la structure par programmes qui permettent de valider la première partie de la relation précédente, c'est-à-dire au niveau de la structure et du processus. En effet, comme l'objectif de la présente thèse est d'étudier les impacts de l'adoption d'une structure par programmes sur la coordination des soins, et compte tenu de la complexité de cette problématique, seule la relation structure-processus sera considérée.

Au niveau structurel, les changements requis pour adopter une structure par programmes demandent une modification du design organisationnel. Le modèle théorique utilise donc des concepts empruntés à diverses théories de design organisationnel.

En outre, en nous inspirant de Donabedian (1980), le processus est défini ici comme un ensemble d'activités survenant entre les cliniciens. Comme l'un des objectifs de l'implantation de la structure par programmes est d'améliorer la coordination des soins, le modèle théorique propose diverses relations entre les changements structurels et leurs impacts sur le processus de soins.

Ainsi, le modèle théorique présenté dans ce chapitre se compose de treize propositions qui visent à comparer les différences aux plans de la structure et du processus entre un hôpital ayant adopté une structure par programmes et un hôpital régi par une structure fonctionnelle traditionnelle.

3.2. PROPOSITIONS DU MODÈLE THÉORIQUE

La revue de la littérature effectuée dans le chapitre précédent a permis d'identifier plusieurs différences entre les structures fonctionnelle et par programmes. Ces différences peuvent être regroupées en quatre domaines, soit les changements reliés au mode de regroupement

des cliniciens, à l'adaptation des technologies d'information et de communication (TIC), à l'utilisation de mécanismes de liaison latérale et à l'amélioration de la coordination des soins et des opérations. Les deux premiers domaines concernent des changements structurels, alors que les deux derniers se réfèrent plutôt à des changements au niveau des processus. Ainsi, la relation structure-processus présentée dans la figure 2 (page 31) peut être précisée comme suit (figure 3):

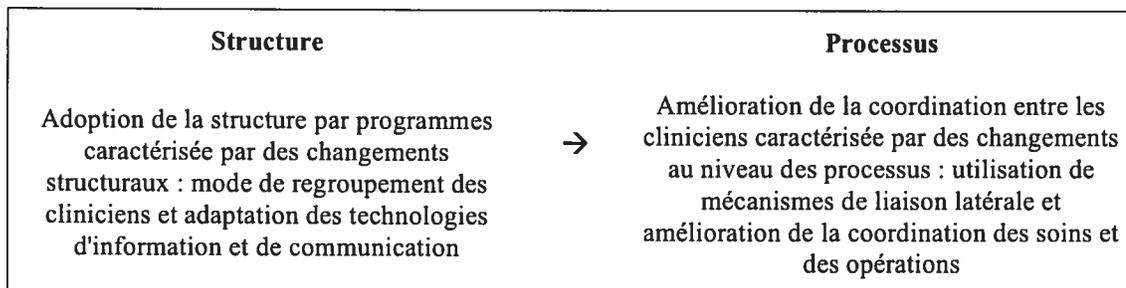


Figure 3 – Relation structure-processus dans la structure par programmes

Les treize propositions du modèle théorique sont regroupées selon ces quatre domaines et sont présentées dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II – Propositions du modèle théorique

Domaines	Propositions
Mode de regroupement des cliniciens	<p>Proposition #1 : La structure par programmes permet d'établir un regroupement administratif des cliniciens en équipes formelles et autonomes en fonction des clientèles de l'hôpital.</p> <p>Proposition #2 : La structure par programmes augmente l'intégration des médecins au sein de l'hôpital comparativement à la structure fonctionnelle.</p> <p>Proposition #3 : La structure par programmes établit un meilleur système de contrôle des performances qui permet à l'administration de contrôler les résultats de chaque programme sans s'ingérer.</p> <p>Proposition #4 : La structure par programmes augmente la taille des unités.</p> <p>Proposition #5 : La structure par programmes réduit le nombre de niveaux hiérarchiques.</p>
Adaptation des TIC	<p>Proposition #6 : La structure par programmes favorise une plus grande utilisation des protocoles cliniques pour standardiser le travail des cliniciens à l'intérieur des programmes.</p> <p>Proposition #7 : La structure par programmes nécessite l'adaptation des systèmes d'information de gestion pour qu'ils soient alignés avec la nouvelle structure organisationnelle.</p> <p>Proposition #8 : La structure par programmes réduit l'ambiguïté clinique et administrative.</p>
Utilisation de mécanismes de liaison latérale	<p>Proposition #9 : La structure par programmes favorise une plus grande utilisation des mécanismes de liaison latérale afin de maintenir les liens professionnels entre les membres d'une même profession.</p>
Amélioration de la coordination des soins et des opérations	<p>Proposition #10 : La structure par programmes diminue l'incertitude clinique et administrative.</p> <p>Proposition #11 : La structure par programmes améliore la coordination des soins. Plus spécifiquement, elle réduit les variations de pratiques et les conséquences non désirées du processus de soins.</p> <p>Proposition #12 : La structure par programmes accroît la satisfaction des cliniciens.</p> <p>Proposition #13 : Grâce à une meilleure coordination des soins, la structure par programmes augmente la capacité des gestionnaires à planifier et contrôler les opérations.</p>

3.3. EXPLICATIONS DU MODÈLE THÉORIQUE

Les propositions théoriques figurant dans le tableau précédent sont justifiées dans le texte ci-dessous qui les reprend une à une, en insistant sur les relations entre elles.

3.3.1. *Mode de regroupement des cliniciens*

La structure par programmes se distingue principalement de la structure fonctionnelle traditionnelle de l'hôpital par la création de programmes qui remplacent les départements fonctionnels. Du point de vue clinique, ces programmes sont créés en tenant compte des différentes clientèles de l'hôpital, par exemple la clientèle de gériatrie et la clientèle d'oncologie. Sur le plan administratif, les programmes visent à être relativement autosuffisants puisque chaque programme réunit et gère l'ensemble des ressources humaines et matérielles nécessaires pour dispenser des soins à sa clientèle spécifique. Donc, la structure par programmes facilite le regroupement administratif des cliniciens en équipes formelles et autonomes plus adapté à la spécificité des diverses clientèles de l'hôpital (proposition #1).

Cependant, ce regroupement des cliniciens doit également être rationnel, compte tenu de la technologie. En effet, l'autonomie organisationnelle ne peut toutefois être totale, les programmes partageant certains plateaux techniques importants et coûteux, comme l'imagerie médicale (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique, etc.) et la médecine diagnostique (laboratoires de biochimie médicale, de microbiologie, d'hématologie, etc.). Ainsi, les cliniciens oeuvrant au sein de ces plateaux techniques peuvent difficilement être décentralisés vers les programmes, et ce, pour des raisons évidentes de productivité et de coûts.

Les ressources humaines gérées par le programme comprennent non seulement les employés de l'hôpital mais aussi les médecins. Le programme constitue ainsi un environnement dans lequel plusieurs mécanismes d'intégration des médecins peuvent être appliqués plus facilement que dans la structure fonctionnelle. La structure par programmes invite alors à se distancer du modèle autonome de relation médecins-hôpital que l'on retrouve dans la structure fonctionnelle pour se rapprocher du modèle hétéronome ou

conjoint. Ainsi, la structure par programmes devrait normalement augmenter l'intégration des médecins au sein de l'hôpital par rapport à la structure fonctionnelle (proposition #2).

L'autonomie conférée aux programmes ne peut être exercée sans la contrainte de respecter les objectifs fixés par l'administration de l'hôpital. Cette dernière doit nécessairement établir un système de contrôle des performances par lequel elle fixe des objectifs à atteindre et contrôle l'atteinte de ces objectifs. Ceux-ci peuvent être d'ordre administratif (comme le respect du budget) et clinique (comme l'atteinte de durées moyennes de séjour cibles). Ainsi, la structure par programmes favorise l'établissement d'un système de contrôle des performances qui permet à l'administration de vérifier les résultats de chaque programme, sans toutefois s'ingérer dans le fonctionnement quotidien de chacun d'eux (proposition #3).

L'autonomie conférée aux programmes par le système de contrôle de leurs performances permet de réduire le nombre de niveaux hiérarchiques (proposition #5) et permet donc d'augmenter la taille des unités organisationnelles en regard du nombre de cliniciens oeuvrant au sein de ces unités (proposition #4).

3.3.2. Adaptation des TIC

Le regroupement des cliniciens à l'intérieur de programmes favorise une plus grande homogénéisation des activités de ces mêmes cliniciens puisqu'ils concentrent leurs efforts à dispenser des soins pour une même clientèle. Il devient ainsi plus aisé d'instaurer des protocoles cliniques en vue de standardiser les soins. Ainsi, la structure par programmes devrait pouvoir augmenter l'utilisation des protocoles cliniques pour standardiser le travail des cliniciens à l'intérieur des programmes (proposition #6).

La nouvelle structure organisationnelle modifie la façon dont les processus organisationnels sont gérés. Elle demande une adaptation des systèmes d'information de gestion, qu'ils soient informatisés ou manuels (proposition #7). Cette adaptation est requise afin d'aligner ces systèmes au nouveau fonctionnement de l'hôpital, ce qui augmente sa capacité à traiter l'information.

En regroupant les cliniciens du point de vue administratif et en décentralisant vers les programmes la responsabilité de gérer les activités cliniques quotidiennes, la structure par programmes devrait théoriquement offrir aux cliniciens et gestionnaires un environnement beaucoup plus propice aux contacts face-à-face comparativement à la structure fonctionnelle. Or, comme ce médium de communication s'est toujours révélé le plus riche de tous, il concourt à la réduction de l'ambiguïté à laquelle les cliniciens et gestionnaires sont confrontés (proposition #8).

3.3.3. Utilisation de mécanismes de liaison latérale

En regroupant les cliniciens en programmes, la structure par programmes devrait réduire les interdépendances verticales qui caractérisent la structure fonctionnelle. Il en résulte potentiellement une réduction du sentiment d'appartenance professionnelle chez les cliniciens, et peut-être même une réduction des standards de pratique. Pour contrer ces problèmes, l'hôpital doit pouvoir assurer le maintien des relations professionnelles entre les cliniciens d'une même profession, même si ces cliniciens sont dispersés dans divers programmes. Ces relations, qui coupent à travers les programmes, peuvent être maintenues, grâce à l'utilisation de deux catégories de mécanismes formels de liaison latérale : les groupes formels de travail et les rôles intégrateurs. Ainsi, la structure par programmes devrait normalement établir des mécanismes de liaison latérale pour que les membres d'une même profession puissent conserver et alimenter entre eux des liens professionnels (proposition #9).

3.3.4. Amélioration de la coordination des soins et des opérations

Le regroupement des cliniciens sur la base des clientèles, l'adaptation des technologies d'information et de communication à la nouvelle structure et l'utilisation des mécanismes de liaison latérale pour conserver les liens professionnels entre les membres d'une même profession constituent trois domaines différenciant la structure par programmes de la structure fonctionnelle. Or, ces domaines constituent aussi trois des quatre stratégies proposées par Galbraith pour réduire l'incertitude à laquelle toute organisation est confrontée. Ainsi, la structure par programmes devrait réduire l'incertitude tant sur le plan clinique qu'administratif (proposition #10).

Étant donné que l'incertitude représente un risque considérable pour la qualité de la coordination des activités, la structure par programmes devrait améliorer la coordination des soins, ce qui devrait se traduire, entre autres, par une réduction des variations de pratiques et des conséquences non désirées du processus de soins (proposition #11). De plus, si les soins sont mieux coordonnés et si les rôles des cliniciens sont plus définis à la suite de leur regroupement en programmes, la structure par programmes devrait alors augmenter la satisfaction des cliniciens (proposition #12).

Enfin, l'adoption d'une structure par programmes est considérée comme un changement organisationnel visant à améliorer la coordination des soins et la coordination des opérations. Un tel changement devrait augmenter la capacité de planification et de contrôle des opérations (proposition #13) : les cliniciens offrant des soins à une même clientèle sont regroupés et devraient normalement utiliser des protocoles cliniques, ce qui devrait améliorer la standardisation des soins.

3.3.5. Synthèse du modèle théorique

La figure 4 suivante présente un schéma des relations entre les treize propositions du modèle théorique selon les quatre domaines de changements. Les propositions concernant les changements structurels sont encadrées d'un trait gras, alors que celles concernant les changements au plan des processus sont encadrées d'un mince filet.

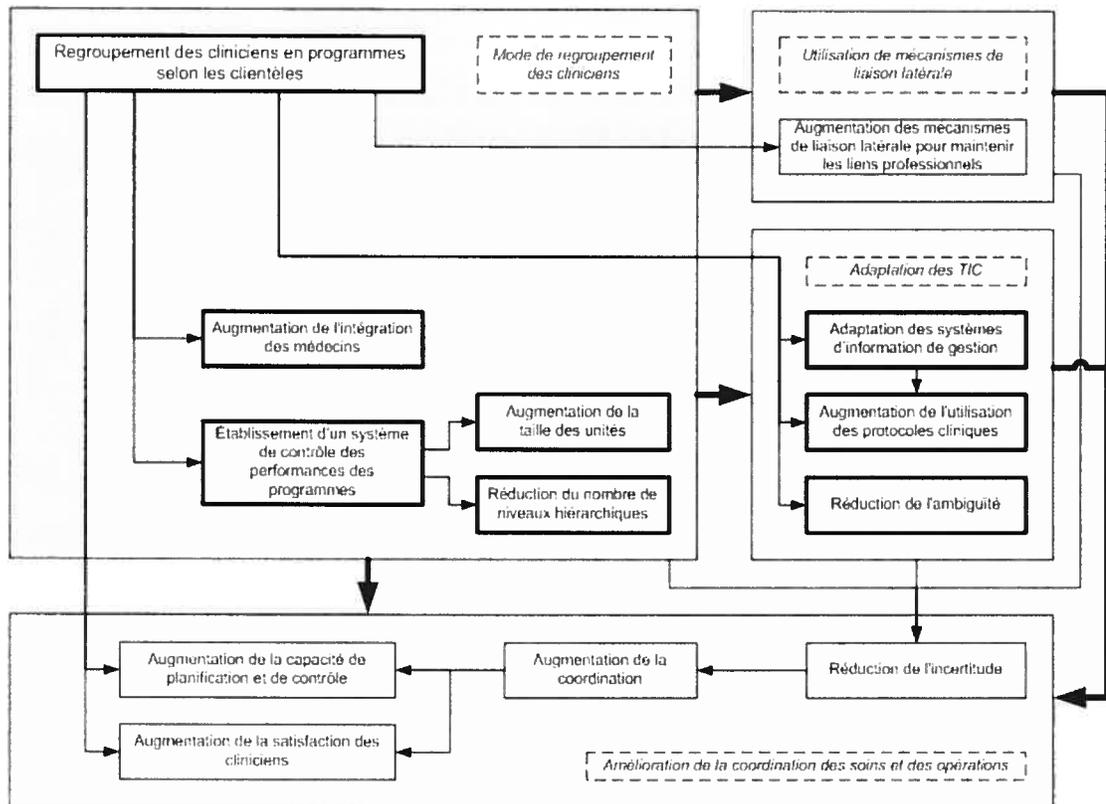


Figure 4 – Représentation schématique du modèle théorique

CHAPITRE 4. DEVIS DE RECHERCHE

Ce quatrième chapitre expose la méthodologie utilisée. Plus spécifiquement, la stratégie de recherche est d'abord décrite, les variables sont définies, et enfin les méthodes de cueillette et d'analyse des données sont présentées.

4.1. STRATÉGIE DE RECHERCHE

L'étude de cas (Contandriopoulos et al., 1990; Yin, 1989) a été retenue comme stratégie de recherche, car elle permet d'analyser un phénomène contemporain, soit l'adoption d'une structure par programmes, dans son contexte lorsque les frontières entre ce phénomène et ce contexte ne sont pas évidentes et pour lesquels de multiples sources d'évidences existent (traduction libre, Yin, 1989).

Notre devis de recherche comprend une étude de cas multiples comptant deux cas (deux hôpitaux ayant adopté une structure par programmes) avec une analyse imbriquée à deux niveaux (l'hôpital et deux programmes dans chaque hôpital). Il s'agit ici d'une analyse de cas multiples comprenant deux niveaux d'analyse. Six analyses indépendantes constituent le tout : deux analyses indépendantes pour le premier niveau (l'hôpital), quatre analyses indépendantes (deux hôpitaux à deux programmes pour chaque hôpital) pour le deuxième niveau (les programmes). Les résultats de chacun de ces cas indépendants sont comparés, selon la méthodologie du *cross-case analysis* proposée par Yin (1989) afin de conclure sur le modèle théorique proposé. Cette étude de cas se place dans le type confirmatoire (traduction libre de *explanatory* de Yin, 1989), car la stratégie de recherche utilisée vise à confirmer les propositions du modèle théorique auprès de cas réels.

4.2. VALIDITÉ ET FIABILITÉ

Les conclusions de la présente étude seront utiles et feront avancer nos connaissances dans la mesure où la validité de la stratégie de recherche est assurée. Quatre types de validité sont cruciaux: la validité de construit, la validité interne, la validité externe et la fiabilité (Yin, 1989).

4.2.1. Validité de construit

La validité de construit vise à établir si les variables proposées constituent des mesures opérationnelles correctes des concepts étudiés (Yin, 1989). Pour assurer une bonne validité de construit, plusieurs sources de données ont été utilisées et une chaîne d'évidences a été établie (Yin, 1989). Les données à analyser ont été obtenues d'abord à partir d'entrevues avec des informateurs-clés, puis elles ont été triangulées avec des données obtenues à partir de documents écrits et du système d'information Med-Écho; la section 4.3 précise ces sources de données.

Par ailleurs, les étapes essentielles définies par Yin (1989) pour établir une chaîne d'évidences ont été appliquées de la façon suivante. D'abord, les résultats de l'étude des deux cas présentés dans les chapitres cinq et six font référence aux données colligées. De plus, une base de données a été développée afin d'identifier chaque évidence colligée et analysée ainsi que les circonstances (lieu et date) de sa cueillette. Plus précisément, cette base de données contient les références à toutes les évidences (entrevues, documents, système Med-Écho), les évidences elles-mêmes (transcriptions des entrevues, citations pertinentes provenant des transcriptions, notes obtenues suite à la lecture des documents, données brutes et analysées du système Med-Écho). Enfin, tous les efforts ont été fournis pour assurer la cohérence entre la cueillette des données sur le terrain et le devis de recherche proposé.

4.2.2. Validité interne

La validité interne concerne les relations causales du modèle théorique. Pour Yin (1989), l'une des tactiques les plus appropriées correspond à l'appariement d'un modèle à la réalité. Il s'agit alors de comparer une configuration théorique, c'est-à-dire le modèle théorique proposé dans le chapitre précédent, à une configuration empirique, soit chacun des deux hôpitaux étudiés ayant adopté une structure par programmes. Plus ces deux configurations convergent, plus la validité interne de l'étude s'en trouve renforcée. Nous avons tenté d'obtenir cette convergence de deux façons. Premièrement, les deux chapitres d'analyses de cas ont été revus par un informateur-clé stratégique dans chaque hôpital. Deuxièmement,

les résultats des analyses individuelles de cas ont été croisés ensemble et avec le modèle théorique (l'analyse croisée des cas est présentée dans le chapitre 7).

4.2.3. Validité externe

La validité externe vise à assurer la généralisation des résultats à d'autres cas. Selon Yin (1989), la réplication théorique dans une étude de cas multiples permet au devis de présenter une forte validité externe. La réplication théorique se définit comme la capacité de prédire des résultats similaires pour deux ou plusieurs cas (Yin, 1989). La présente étude applique cette approche de réplication théorique, car le modèle théorique développé dans le chapitre précédent sera testé sur deux cas indépendants.

4.2.4. Fiabilité

Enfin, la fiabilité vise à assurer la reproductibilité des résultats indépendamment de l'évaluateur (Yin, 1989). En fait, il s'agit de minimiser les erreurs et les biais dans l'étude. Pour ce faire, un protocole a été défini et présenté dans ce chapitre, une base de données a été développée pour identifier et documenter chaque évidence colligée et analysée, comme mentionné dans la section sur la validité de construit. Ces deux éléments permettent d'augmenter la fiabilité d'une étude de cas multiples, selon Yin (1989).

4.3. DÉFINITION DES VARIABLES

Le modèle théorique proposé comporte plusieurs variables regroupées en quatre domaines : mode de regroupement des cliniciens, adaptation des TIC, utilisation de mécanismes de liaison latérale et amélioration de la coordination des soins et des opérations. La définition opérationnelle de chaque variable est présentée dans le texte qui suit.

4.3.1. Variables du domaine Mode de regroupement des cliniciens

Le domaine *Mode de regroupement des cliniciens* comprend cinq variables : regroupement des cliniciens, intégration des médecins, système de contrôle des performances, taille des unités et niveaux hiérarchiques.

La variable *regroupement des cliniciens* décrit leur regroupement, selon les interdépendances horizontales, c'est-à-dire les clientèles de l'hôpital. Il paraît utile de souligner que le terme « cliniciens » comprend tous les médecins, infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, et autres professionnels de la santé qui oeuvrent généralement dans un hôpital. Dans la présente thèse, nous définissons les programmes comme des équipes formées selon des clientèles spécifiques qui recherchent une autonomie élevée, c'est-à-dire que les cliniciens requis pour offrir les soins à la clientèle du programme sont regroupés et oeuvrent en quasi complète autonomie au sein de ce cadre délimité.

Il existe plusieurs types de regroupements dont le regroupement physique où les cliniciens d'un programme sont physiquement ensemble mais continuent de se rapporter à leurs chefs professionnels respectifs et le regroupement administratif où les cliniciens d'un programme se rapportent tous au chef du programme et non plus à leurs chefs professionnels respectifs. Cette thèse se concentre sur le regroupement administratif dans la variable *regroupement des cliniciens*.

La variable *intégration des médecins* décrit le niveau d'intégration des médecins à la structure organisationnelle de l'hôpital. Dans la structure par programmes, cette variable explique dans quelle mesure les médecins sont impliqués dans la gestion des programmes, tant au niveau opérationnel et tactique qu'au niveau plus stratégique où les grandes orientations organisationnelles sont définies. Plus spécifiquement, plus nombreux sont les médecins détenteurs de postes au sein de l'équipe de gestion de l'hôpital et membres de comités de gestion, plus l'intégration des médecins s'effectue réellement.

La variable *système de contrôle des performances* se définit comme la présence de deux éléments distincts : premièrement, un système formel d'identification et d'évaluation des objectifs à atteindre pour chaque programme et, deuxièmement, une perception, chez les gestionnaires de programmes, d'une autonomie dans la planification des actions quotidiennes à l'intérieur du programme.

Enfin, la variable *taille des unités* mesure le nombre moyen d'employés et de médecins dans un programme, alors que la variable *niveaux hiérarchiques* mesure le nombre de niveaux hiérarchiques que comporte la structure organisationnelle.

4.3.2. Variables du domaine *Adaptation des TIC*

Le domaine *Adaptation des TIC* comprend trois variables : protocoles cliniques, systèmes d'information et ambiguïté.

La variable *protocoles cliniques* correspond à la façon dont sont utilisés les outils cliniques pour parvenir à standardiser la pratique clinique, notamment les plans de soins et les cheminements critiques, dans la structure par programmes en comparaison avec la structure fonctionnelle.

La variable *systèmes d'information* expose les efforts investis pour adapter les systèmes d'information de gestion, tant informatisés que manuels, à la nouvelle structure organisationnelle de l'hôpital, ainsi que la nature de cette adaptation.

La variable *ambiguïté* comporte deux facettes. Premièrement, elle décrit la fréquence d'utilisation de médias de communication allant du médium le moins riche au médium le plus riche : documents numériques formels, documents écrits impersonnels, documents écrits destinés à un destinataire spécifique, téléphone et autres médias électroniques, discussion face-à-face. Deuxièmement, la variable *ambiguïté* inclut aussi à quel point la nouvelle structure organisationnelle, les rôles de chacun, les informations de gestion et autres éléments ont été clarifiés pour assurer le partage d'une définition et compréhension communes à travers l'organisation.

4.3.3. Variable du domaine *Utilisation de mécanismes de liaison latérale*

Dans le présent modèle théorique, le domaine *Utilisation de mécanismes de liaison latérale* comprend une seule variable : les *mécanismes de liaison latérale*. Cette variable se définit par le degré et la nature de l'utilisation des groupes formels de travail et des rôles intégrateurs en tant que mécanismes formels de liaison latérale.

4.3.4. Variables du domaine *Coordination des soins et des opérations*

Le dernier domaine, *Coordination des soins et des opérations*, comprend quatre variables : incertitude, coordination entre les cliniciens, satisfaction des cliniciens ainsi que capacité de planification et de contrôle des opérations.

La variable *incertitude* équivaut à la perception qu'ont les gestionnaires et cliniciens de posséder plus d'information pour prendre leurs décisions, suite au changement de structure organisationnelle.

La variable *coordination entre les cliniciens* comprend deux éléments, l'un qualitatif et l'autre quantitatif. L'élément qualitatif, le plus important des deux, tient compte de la perception des cliniciens et des gestionnaires quant au degré de coordination des soins aux patients ainsi qu'à l'évolution de certains indicateurs cliniques comme les délais d'attente, l'annulation et la duplication inutile d'activités diagnostiques et thérapeutiques. L'élément quantitatif comporte quatre indicateurs qui mesurent l'évolution des variations de pratique et des conséquences non désirées du processus de soins. Dans cette étude, nous présumons que plus la coordination des soins est optimisée, plus faibles sont les variations de pratique et l'incidence des conséquences non désirées du processus de soins. La section suivante décrit l'approche utilisée pour mesurer ces quatre indicateurs.

La variable *satisfaction des cliniciens* rend compte du degré général de satisfaction ressenti par les cliniciens dans leur exercice de dispenser des soins et services dans la nouvelle structure par programmes.

La dernière variable, *capacité de planification et de contrôle des opérations*, traduit le sentiment qui anime les gestionnaires de programmes et les cadres supérieurs de l'hôpital de pouvoir mieux s'acquitter de leur tâche de planifier et contrôler leurs opérations comparativement à la structure fonctionnelle traditionnelle.

4.4. SOURCE ET ANALYSE DES DONNÉES

Un facteur essentiel pour augmenter la validité de construit consiste à recourir à plusieurs sources de données. Dans ce travail, trois sources de données ont été considérées : des entrevues avec des informateurs-clés, des documents écrits et des données provenant du système d'information Med-Écho. Après avoir défini l'échantillon de cas, chacune de ces sources est présentée, de même que les analyses utilisées et les variables associées à ces sources de données.

4.4.1. *Choix des cas sous étude*

L'étude de cas est composée de deux hôpitaux de la région de Montréal qui ont modifié leur structure fonctionnelle en une structure par programmes entre les années 1996-1997 et 2001-2002, la majeure partie du changement structurel s'étant effectuée entre 1996-1997 et 1998-1999. Au moment de sélectionner les hôpitaux à étudier, environ une demi-douzaine d'hôpitaux québécois avaient implanté une structure par programmes, mais seulement trois semblaient démontrer une certaine maturité étant donné leur expérience étalée sur quelques années. Les trois hôpitaux ont été contactés pour participer à l'étude: l'un d'eux a refusé parce qu'une équipe de recherche se trouvait déjà sur place et les deux autres hôpitaux ont accepté. La principale condition stipulait le respect de l'anonymat des hôpitaux et des personnes rencontrées. Le chercheur s'est engagé à remplir cette exigence.

Le chercheur demeure conscient du faible nombre d'hôpitaux étudiés mais, pour compenser la quantité, nous menons des analyses de cas en profondeur et croyons que ces deux hôpitaux représentent deux cas exemplaires qui illustrent bien le phénomène du déploiement de la structure par programmes dans les hôpitaux québécois.

En ce qui concerne le deuxième niveau d'analyse, nous avons choisi d'étudier deux programmes dans chaque hôpital : un programme à orientation médicale et un autre à orientation chirurgicale. Les programmes ont été retenus en fonction de deux facteurs: la stabilité du programme dans le temps et la présence de gestionnaires de programmes souhaitant participer à l'étude. Le premier facteur nous assure que nous étudions un cas qui présente une situation mature au plan du déploiement d'une structure par programmes.

Ainsi, dans l'hôpital A, les programmes de gériatrie (programme A) et de chirurgie (programme B) ont été sélectionnés, alors que dans l'hôpital B, les programmes de médecine (programme A) et d'urgence-trauma-chirurgie (programme B) ont été retenus.

La cueillette des données s'est effectuée entre juillet 2001 et juin 2002, la majorité des efforts ayant été consentis lors d'une période de pointe entre mars et juin 2002.

4.4.2. Entrevues

L'entrevue constitue la première et la plus considérable source de données de l'étude. Pour chaque hôpital, deux séries d'entrevues avec des informateurs-clés ont été réalisées, une série pour chacun des deux niveaux d'analyse. Les informateurs-clés devaient pouvoir donner un point de vue assez complet sur l'un ou l'autre des deux niveaux d'analyse. Ainsi, des informateurs-clés au niveau stratégique (cadres supérieurs), près des opérations (cadres intermédiaires) et près des soins (cliniciens) ont été identifiés.

Au premier niveau d'analyse, le directeur général a été rencontré prioritairement. Nous avons confirmé la liste des cadres supérieurs avec lui : le directeur des programmes, le directeur des soins infirmiers et le directeur des services professionnels ont été choisis de facto; un autre cadre supérieur s'est ajouté à cette liste pour chaque hôpital, soit le directeur des services corporatifs pour l'hôpital A et le directeur de la planification et des communications pour l'hôpital B. Les entrevues du premier niveau d'analyse ont duré environ une heure, à l'exception de l'entrevue avec le directeur des programmes qui s'est poursuivie sur plus de deux heures, dans chaque cas.

Au deuxième niveau d'analyse, le directeur des programmes a aidé à la sélection des programmes et des personnes à rencontrer dans les programmes. Dans chaque programme, nous devions pouvoir rencontrer le(s) gestionnaire(s) de programme, au moins un médecin mais préférablement deux et au moins deux professionnels de la santé (incluant les infirmiers). Les entrevues du deuxième niveau d'analyse ont duré en moyenne entre trente et quarante-cinq minutes.

Le tableau III ci-dessous indique le titre des personnes rencontrées en entrevue, selon l'hôpital et le niveau d'analyse. Pour chaque niveau d'analyse, les personnes rencontrées sont catégorisées selon la direction qu'ils dirigent (pour le premier niveau) ou selon leur catégorie professionnelle (pour le deuxième niveau). Le titre des personnes ayant oeuvré dans l'hôpital avant l'implantation de la structure par programmes apparaît en **caractères gras** et le titre des personnes ayant occupé la même fonction avant et après l'implantation de la structure par programmes est suivi d'un astérisque. Cette liste a pour objectif de préciser la position hiérarchique des personnes interrogées dans leur hôpital respectif; l'analyse de l'histoire individuelle de chaque personne ne fait cependant pas l'objet de cette thèse.

Tableau III – Personnes rencontrées en entrevues

	Hôpital A	Hôpital B
Niveau 1		
Direction des programmes	Directeur général Directeur des programmes	Directeur général Directeur des programmes
Autres directions	Directeur médical Directeur des services corporatifs	Directeur de la planification et des communications Directeur des soins infirmiers * Directeur des services professionnels*
Niveau 2 – Programme A		
Gestionnaire	Gestionnaire de programme	Gestionnaire clinico-administratif de programme Gestionnaire médical de programme
Professionnels (incluant les infirmiers)	Assistant infirmier chef Ergothérapeute *	Infirmier * Diététicien
Médecins	Chef du département de médecine * Chef de la division de gériatrie *	Médecin *
Niveau 2 – Programme B		
Gestionnaire	Gestionnaire de programme	Gestionnaire clinico-administratif de programme Gestionnaire médical de programme
Professionnels (incluant les infirmiers)	Infirmier chef Infirmier clinicien * Physiothérapeute *	Infirmier * Psychologue
Médecins	Chef du département de chirurgie * Chirurgien général *	Chef du département de chirurgie *

Ainsi, quinze personnes ont été rencontrées dans chaque hôpital. Nous sommes satisfait de ce nombre d'informateurs-clés, car nous avons pu constater une saturation théorique. En effet, au niveau administratif, les questionnaires des deux niveaux d'analyse confirmaient les mêmes évidences et au niveau clinique, les réponses de la majorité des cliniciens faisaient consensus.

L'annexe 1 contient les questionnaires des premier et deuxième niveaux d'analyse utilisés lors des entrevues, ainsi que les variables concernées par chaque question. En plus de la prise de notes manuscrites pendant chacune des entrevues, ces dernières ont été enregistrées puis retranscrites. Par la suite, les verbatims ont été codés en fonction des variables énoncées précédemment à l'aide du logiciel MAXQDA, afin d'identifier les évidences provenant des entrevues.

4.4.3. Documents écrits

Les documents constituent une autre source importante d'évidences pour toute étude de cas (Yin, 1989). Lors de chaque rencontre avec un informateur-clé, des documents ont été demandés concernant les éléments suivants : le projet d'adoption de la structure par programmes, l'organigramme hiérarchique de l'organisation (avant et après le changement de structure), la description des postes créés dans la nouvelle structure par programmes, et tout autre document jugé pertinent par les informateurs-clés. Le contenu de chaque document a été codé en utilisant les mêmes codes que pour les entrevues.

Le tableau IV dresse la liste de tous les documents obtenus pour chaque cas. Les documents qui contiennent des évidences ayant servi à l'analyse de cas sont suivis d'un numéro de référence entre parenthèses, ce numéro étant utilisé dans les deux chapitres suivants présentant les analyses individuelles de cas.

Tableau IV – Documents obtenus pour chaque hôpital

Catégories de documents	Documents du cas A	Documents du cas B
Documents sur le projet d'adoption de la structure par programmes	Rapport sur l'analyse de la gestion par programmes soumis en 1996 au conseil d'administration et proposant l'approche d'implantation de la structure par programmes	Appel de propositions pour le design de la structure par programmes Scénario initial de la structure par programmes (B1) Présentation sommaire de la structure par programmes à l'intention des cadres et du conseil d'administration Résumé exécutif du rapport d'évaluation de l'approche de gestion par programmes (B2) Extrait du journal interne de l'hôpital ayant un dossier spécial sur les programmes (B3)
Organigrammes	Organigrammes hiérarchiques de l'hôpital avant (A1) et après (A2) l'implantation de la structure par programmes	Organigramme hiérarchique de l'hôpital après l'implantation de la structure par programmes (B4) Organigramme du programme A (B5)
Descriptions de postes	Sommaire des responsabilités entre les gestionnaires de programmes et les répondants professionnels (A3) Descriptions des postes de gestionnaire de programme (A4) et de répondant professionnel (A5)	Descriptions des postes de gestionnaire clinico-administratif de programme (B6), de gestionnaire médical (B7) de programme, de répondant professionnel (B8) et de chef de département clinique
Autres documents	Rapports annuels de l'hôpital et du programme A (A6) Rapport annuel du programme A pour l'année 1999 (A7) Agenda d'une réunion du comité de gestion du programme A Sommaire exécutif sur cinq ans des activités par programmes (A8)	Tableau de bord du conseil d'administration (B9) Distribution des cliniques thématiques par programmes (B10) Table d'équivalence entre l'ancienne et la nouvelle charte comptable (B11)

Ces documents ne sont pas inclus dans cette thèse par souci de discrétion envers les hôpitaux étudiés. Ils demeurent toutefois disponibles pour tout chercheur désirant les consulter.

4.4.4. Système d'information Med-Écho

La dernière source de données est le système d'information Med-Écho qui contient un sommaire de toutes les hospitalisations et toutes les chirurgies d'un jour réalisées au Québec, chaque année. Ces données ont été obtenues auprès du Groupe de recherche

interdisciplinaire en santé (GRIS) pour les années de 1995-1996 à 2000-2001. Des analyses de variance ont été effectuées afin d'identifier une différence statistiquement significative entre les années pour les quatre indicateurs suivants pour chacun des deux niveaux d'analyse :

- la proportion d'hospitalisations dont la durée de séjour se situe à l'extérieur d'un écart-type de la durée moyenne de séjour;
- la proportion d'hospitalisations dont le nombre de consultations médicales est à l'extérieur d'un écart-type du nombre moyen de consultations médicales;
- le taux de mortalité chez les patients hospitalisés;
- le taux de réadmissions chez les patients hospitalisés.

Les deux premiers indicateurs permettent d'évaluer l'évolution des variations de pratique en analysant l'évolution des écarts à la moyenne de la durée de séjour et du nombre de consultations respectivement, en contrôlant la gravité clinique qui est elle-même fonction de l'âge et du sexe de chaque patient, ainsi que du diagnostic principal de l'hospitalisation. Dans le cas du premier indicateur, s'il y a diminution de la proportion d'hospitalisations dont la durée de séjour varie de plus d'un écart-type par rapport à la moyenne, cela signifie que l'ensemble des durées de séjour s'approchent de la durée moyenne de séjour, et donc les durées de séjour varient de moins en moins. Il en résulte alors une réduction des variations de pratiques. Le même raisonnement s'applique au deuxième indicateur.

Les deux derniers indicateurs permettent d'évaluer l'évolution des conséquences non désirées du processus de soins, c'est-à-dire la mortalité et les réadmissions à l'intérieur de trente jours pour un même diagnostic, en contrôlant le risque de mortalité dans le cas du taux de mortalité et la gravité clinique dans le cas du taux de réadmissions.

Une analyse de variance à deux facteurs (année; gravité clinique ou risque de mortalité) est ensuite appliquée sur les quatre indicateurs (pour chaque programme de chaque hôpital) pour déterminer si l'année est significative durant la période de temps étudiée. Pour les échantillons où l'année est significative, le test de Tukey est utilisé pour déterminer les années spécifiques durant lesquelles les indicateurs varient de façon significative par rapport aux années précédentes. L'annexe 2 décrit les méthodes de calculs de ces indicateurs ainsi que les analyses statistiques effectuées.

L'intérêt de ce genre d'analyse consiste à utiliser les données disponibles pour effectuer une évaluation de type pré-post de l'implantation d'une nouvelle structure organisationnelle et vérifier que des variations significatives en la matière ne se sont pas manifestées, ce qui aurait nécessité une investigation plus poussée. Nous sommes conscient des limites de cette analyse qui repose sur un faible nombre d'indicateurs très généraux dont les variations peuvent être expliquées par plusieurs autres facteurs que le changement de structure organisationnelle. En effet, ces indicateurs ne concernent que la clientèle hospitalisée et ne tiennent pas compte de la clientèle ambulatoire qui prend une place de plus en plus considérable dans les activités de l'hôpital. Malgré ces limites, cette analyse secondaire nous est quand même apparue fort utile et sera interprétée en fonction de ses limites.

4.4.5. Confirmation des évidences

Après avoir codé les évidences provenant des entrevues et des documents écrits, des matrices de résultats ont été créées, selon l'approche proposée par Miles et Huberman (1994), afin de faire ressortir les principaux éléments d'analyse.

Chaque cas a ensuite été analysé séparément (chapitres 5 et 6) avant de conduire l'analyse croisée des deux cas (chapitre 7). Cet exercice a fait ressortir un deuxième ensemble de questions plus spécifiques pour chacun des cas. Ces questions ont été posées à des informateurs-clés pertinents, soit le directeur des programmes et les gestionnaires de programmes. Leurs réponses ont permis de compléter les deux analyses de cas.

Près d'un an après la fin de la cueillette des données, les analyses de cas ont été revues par l'un des informateurs-clés dans chaque hôpital : le directeur général dans l'hôpital A et le directeur de la planification et des communications dans l'hôpital B. Cette révision poursuivait deux objectifs. Premièrement, il s'agissait de valider les éléments factuels rapportés. Deuxièmement, la révision cherchait à obtenir l'avis de ces informateurs-clés, occupant une position stratégique dans leur organisation respective, sur les principaux résultats obtenus à la suite de l'analyse des évidences. Une entrevue d'environ quatre-vingt-dix minutes s'est tenue avec chacun de ces informateurs-clés. Comme ils ont tous deux

corroboré la très grande partie des résultats, seuls des changements mineurs ont dû être effectués, notamment certaines dates et quelques termes utilisés.

4.4.6. Association des sources de données aux variables

Le tableau V présente les sources de données utilisées pour chacune des variables. À l'exception de la variable *satisfaction des cliniciens*, toutes les autres variables s'appuient sur au moins deux sources de données, ce qui augmente la validité de construit.

Tableau V – Sources des données et variables

Domaines	Variables	Sources des données		
		Entrevues	Documents	Med-Écho
Mode de regroupement des cliniciens	Regroupement des cliniciens	✓	✓	
	Intégration des médecins	✓	✓	
	Système de contrôle des performances	✓	✓	
	Taille des unités	✓	✓	
	Niveaux hiérarchiques	✓	✓	
Adaptation des TIC	Protocoles cliniques	✓	✓	
	Systèmes d'information	✓	✓	
	Ambiguïté	✓	✓	
Utilisation des mécanismes de liaison latérale	Mécanismes de liaisons latérales	✓	✓	
Coordination des soins et des opérations	Incertitude	✓	✓	
	Coordination entre cliniciens	✓		✓
	Satisfaction des cliniciens	✓		
	Capacité de planification et de contrôle	✓	✓	

CHAPITRE 5. ANALYSE DE CAS DE L'HÔPITAL A

Ce chapitre expose les résultats de l'analyse du cas de l'hôpital A. La première section décrit l'hôpital A ainsi que les principales étapes d'implantation de la structure par programmes. La section suivante rapporte les évidences supportant l'amélioration de la coordination en vue de répondre à la première question de la thèse. La troisième section décrit les mécanismes ayant favorisé une amélioration de la coordination pour répondre à la deuxième question de la thèse.

5.1. IMPLANTATION DE LA STRUCTURE PAR PROGRAMMES À L'HÔPITAL "A"

5.1.1. Au niveau de l'hôpital

L'hôpital A est un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la région de Montréal avec une affiliation universitaire. L'implantation de la structure par programmes s'est amorcée il y a près de huit ans, soit de 1995 à 2001. Cette implantation s'est déroulée en trois phases distinctes : la préparation de la nouvelle structure, la définition des programmes et la décentralisation des cliniciens de leurs services respectifs vers les différents programmes.

Confronté à des changements majeurs tant dans son environnement interne qu'externe, l'hôpital a entamé une analyse de la structure par programmes en octobre 1995 afin d'analyser les bénéfices potentiels pour l'avenir de l'hôpital. Cette analyse, élément clé de la phase de préparation, a été menée sous l'initiative de la personne qui occupe aujourd'hui le poste de directeur des services corporatifs dans la nouvelle structure. Elle s'est terminée par le dépôt, en avril 1996, d'un rapport recommandant l'adoption d'une structure par programmes.

En novembre 1997, plus d'un an et demi après le dépôt du rapport, le changement vers cette nouvelle structure a débuté par la nomination d'un nouveau directeur général et d'une nouvelle équipe de direction composée de trois nouveaux directeurs : un directeur des

programmes (ayant officiellement le mandat d'implanter les programmes) et un directeur des services corporatifs nommés tous les deux en novembre 1997, ainsi qu'un directeur médical nommé en février 1998.

Désirant conserver la culture de l'organisation orientée vers la compassion et la transparence, l'équipe de direction a préconisé une approche d'évolution et non de révolution afin d'implanter le changement souhaité à un rythme qui convenait à tous les acteurs de l'organisation. Ainsi, le changement culturel qui caractérise la première phase s'est amorcée, dès 1995, par l'analyse de la structure des programmes. Le changement structurel a réellement débuté, en 1998, avec la proposition d'un nouvel organigramme aux différents groupes d'acteurs de l'organisation et l'approbation de celui-ci par le Conseil d'administration, en février 1998 (documents A1 et A2).

Selon le nouvel organigramme, l'hôpital a regroupé ses activités cliniques en huit programmes : médecine, gériatrie, soins mère-enfant, chirurgie, oncologie, soins ambulatoires, santé mentale et médecine familiale. Les services diagnostiques et thérapeutiques majeurs (laboratoires, imagerie et pharmacie) restaient centralisés, alors que les laboratoires spécialisés (exemple : laboratoire d'électrocardiographie) et les autres services professionnels (soins infirmiers, service social, thérapie récréationnelle, orthophonie, audiologie, inhalothérapie, ergothérapie, physiothérapie et diététique) allaient être décentralisés dans les programmes.

La deuxième phase commence durant l'hiver 1998 avec la détermination des ressources pour chaque programme et la création du comité de coordination des programmes par le directeur des programmes. Le rôle du comité de coordination des programmes consistait, à cette époque, à faciliter la décentralisation des cliniciens dans les programmes, tout en assurant une représentation adéquate des différents groupes professionnels et en abordant tant les questions administratives (par exemple, la distribution des cliniciens par programmes) que les questions professionnelles. Les cliniciens ont d'ailleurs exprimé la plupart de leurs craintes et résistances à ce sujet. Au début, le comité de coordination incluait le directeur-adjoint des soins infirmiers, le coordonnateur des archives médicales et de l'admission, le coordonnateur des services de réadaptation, le coordonnateur du service

social, le coordonnateur de la gestion de la qualité et de l'éducation de même que le chef de l'inhalothérapie.

Lors de la formation des programmes, entre mars et mai 1998, les infirmiers, préposés et employés cléricaux ont été transférés dans les programmes, sans trop de problèmes. En effet, ce personnel qui était dans les unités de soins et les cliniques externes n'a pas fait l'objet d'une décentralisation vers les programmes, mais fut plutôt soumis à un processus de fusion pour former les programmes.

Durant la même période, l'hôpital a affiché les postes de gestionnaires de programmes pour tous les programmes, sauf celui de médecine familiale, parce que le département de médecine familiale se trouvait sous revue opérationnelle. En juin 1998, les gestionnaires des programmes de médecine, gériatrie, mère-enfant, chirurgie, santé mentale et oncologie ont été nommés. Ces six gestionnaires de programmes occupaient déjà des postes de cadre dans l'hôpital. Les postes de gestionnaires des programmes de soins ambulatoires et de médecine familiale ont été comblés lors d'une deuxième ronde, soit en juin 1999 et mai 2000 respectivement. Les gestionnaires de programmes retenus devaient assumer les responsabilités décrites dans leur description de poste (document A7).

Une fois les gestionnaires de programmes trouvés, le directeur des programmes et le comité de coordination des programmes ont concentré leurs efforts sur la décentralisation des cliniciens, la troisième et dernière phase de l'implantation de la structure par programmes.

Le service social fut le premier groupe de cliniciens à être décentralisé dans les programmes, avec la signature d'une entente locale, en juin 2000. Par la suite, le technicien en loisirs, l'orthophoniste, l'audiologiste, le service d'inhalothérapie (incluant les techniciens en anesthésie), les services d'ergothérapie, de physiothérapie et de diététique ont été décentralisés. Le comité de coordination des programmes a décentralisé les services professionnels, l'un après l'autre. La décentralisation des cliniciens s'est donc échelonnée sur une longue période. En fait, en 2001 et 2002, moment où les entrevues dans le cadre de la présente thèse se sont tenues, la décentralisation des cliniciens n'était pas entièrement complétée : les services d'ergothérapie (il restait à signer l'entente locale), de physiothérapie (les discussions étaient déjà amorcées) et de diététique (aucune discussion n'avait encore eu

lieu) restaient à décentraliser. Par contre, durant cette période de décentralisation des cliniciens, la plupart d'entre eux fonctionnaient dans leur quotidien comme s'ils étaient décentralisés, même s'ils se rapportaient encore à leur chef de service. Selon le directeur général, tous les cliniciens ont été décentralisés dans les programmes, sans le moindre grief.

Selon le devis proposé dans cette étude, deux programmes ont été étudiés plus en profondeur. Dans le cas de l'hôpital A, les programmes de gériatrie et de chirurgie ont été retenus.

5.1.2. Le programme A : gériatrie

Sous la supervision d'un gestionnaire de programme et d'un assistant infirmier chef, le programme de gériatrie comprend une unité de soins de longue durée de 45 lits, une unité de gériatrie active de 22 lits et une clinique externe de consultation gériatrique. Parmi les cliniciens regroupés dans ce programme, il y a une technicienne en loisirs et un ergothérapeute.

5.1.3. Le programme B : chirurgie

Le programme de chirurgie constitue le deuxième en importance, suivant celui de médecine. Le personnel d'encadrement se compose d'un gestionnaire de programme, d'un infirmier chef pour l'unité de soins et d'un assistant infirmier chef pour le bloc opératoire. Le programme de chirurgie englobe toutes les activités chirurgicales de l'hôpital : la clinique de pré-admission, la chirurgie d'un jour et le bloc opératoire, la salle de réveil, l'unité de soins chirurgicaux (issue de la fusion de deux unités de soins dans l'ancienne structure de l'hôpital), la chirurgie mineure et la clinique post-opératoire. Parmi les cliniciens décentralisés dans le programme de chirurgie, il y a tous les techniciens en anesthésie, un ergothérapeute, un travailleur social, un physiothérapeute et un diététicien.

5.2. AMÉLIORATION DE LA COORDINATION

Cette section répond à la première question de la thèse : la structure par programmes améliore-t-elle la coordination des soins par rapport à la structure fonctionnelle ? L'analyse

des évidences liées aux quatre variables du domaine *Coordination des soins et des opérations* aide à répondre.

Selon le modèle théorique, la disponibilité d'une plus grande quantité d'informations favoriserait une réduction de l'incertitude à laquelle l'hôpital se trouve confronté et ainsi améliorerait la coordination des soins. L'amélioration de la coordination a été évaluée sur la base de la perception des personnes interrogées et, de façon complémentaire, à partir d'indicateurs. De plus, une amélioration de la coordination devrait produire un impact favorable sur la satisfaction des cliniciens et sur la capacité de planification et de contrôle des opérations.

5.2.1. Incertitude

Au niveau administratif, la majorité des gestionnaires interrogés constatent qu'ils ont accès à plus d'informations, depuis l'implantation de la nouvelle structure :

« Ce qui m'a étonné en arrivant [à l'hôpital], c'est qu'il n'y avait pas d'information. [Maintenant,] le tableau de bord et les analyses sont produites par la direction des services corporatifs » (directeur médical);

« On reçoit de plus en plus d'informations. [...] Et pour chaque programme, je peux demander d'avoir telle information et de telle façon » (traduction libre, directeur des programmes);

"Now, I have access to more information" (gestionnaire du programme A);

« Maintenant, je réussis à avoir de l'information de partout. C'est là que je peux voir les problèmes » (gestionnaire du programme B).

Cette plus grande disponibilité d'informations pour les gestionnaires en général répond à un plus grand besoin d'informations chez les gestionnaires de programmes en particulier, tel que constaté par le gestionnaire du programme B pour qui les résultats semblent bénéfiques: « *Ça facilite le contrôle budgétaire. J'ai un meilleur aperçu des ressources utilisées, les heures et les dollars, et les interactions entre les dollars et les activités* ».

Les médecins chefs de départements cliniques ne reçoivent pas les rapports de gestion automatiquement, ils doivent les demander : « *Il n'y aucun rapport de gestion qui va aux*

chefs de départements. Mais ils ont accès » (directeur médical). Ainsi, pour ces chefs, les informations de gestion leur sont accessibles lorsqu'ils savent qu'elles existent. Donc, leur incertitude ne diminue pas forcément a priori, car ils ne reçoivent pas automatiquement les informations de gestion dont ils auraient besoin.

Au niveau plus opérationnel, tous les cliniciens des deux programmes affirment n'avoir constaté aucun changement significatif, quant à la disponibilité d'informations dans leur quotidien. Certains, comme l'ergothérapeute dans le programme A et le chef de chirurgie dans le programme B, n'y voient d'ailleurs aucun lien avec l'adoption de la structure par programmes.

Ainsi, l'incertitude est diminuée au niveau administratif, mais il semble toutefois que l'incertitude au niveau clinique persiste et demeure inchangée.

5.2.2. Coordination au niveau clinique

De façon générale, les cadres supérieurs croient que la coordination des soins s'est améliorée, ils répondent tous *"I believe[care is better coordinated] but I cannot answer"*. En fait, pour le directeur général, la coordination des soins s'effectue à l'intérieur des programmes grâce aux comités de gestion des programmes : *"In the program of medicine, the largest program, they meet every two weeks, no VP, no CEO is there, there are only chiefs, head nurses, program manager, PT, OT, etc. In the program of surgery, it's the same thing but they invite the DPS. Every program has a management committee"*.

Pour le directeur des services corporatifs, la coordination pourrait même encore être améliorée dans la mesure où le comité de coordination des programmes ne joue pas pleinement son rôle : *"Pour moi, l'équipe de coordination des programmes n'a pas le mandat qu'elle devait avoir. Elle devait s'impliquer dans chaque programme pour s'assurer que, lorsqu'il y a des changements, tout le monde est bien représenté parce que le nursing est trop fort"*.

Par ailleurs, selon le directeur des services corporatifs et le directeur médical, la coordination des soins serait plus influencée par les technologies d'information que par la structure par programmes :

« Ce n'est pas parce qu'on est passé par programmes mais c'est plutôt l'utilisation de l'ordinateur [qui peut aider à réduire les duplications] » (directeur médical);

« Je ne pense pas que la structure par programmes va améliorer [la coordination des activités cliniques], mais je pense que ça peut aider. Selon moi, l'informatique peut avoir plus d'impact que les programmes » (directeur des services corporatifs).

Ce constat est important. Nous y revenons plus loin dans notre analyse des systèmes d'information abordée à la section 5.3.2.

Dans la mesure où la coordination des soins paraît plus évidente au niveau opérationnel, il est intéressant de distinguer les perceptions des membres de la haute direction de celles des membres des programmes qui se situent plus près des opérations. Les gestionnaires et cliniciens des deux programmes analysés semblent avoir des perceptions différentes. D'une part, pour ceux du programme A, la coordination au niveau clinique n'a pas changé, suite à l'implantation de la structure par programmes, même si l'équipe de soins se sent plus cohésive :

"There was no impact from program management. [Clinical activities] are well coordinated. It's more cohesive" (gestionnaire de programme);

"Program management has nothing to do with the way we work internally. People at my level need to take ownership of the program. No change in how we make rounds, in how we provide care" (infirmier);

"[Clinical activities] are very well coordinated. I'm not sure if it's because of program management, maybe it's because of maturity, but it's different for every program. Program management [...] was more an administrative change than a clinical change because the [geriatrics] team was mature" (ergothérapeute);

"Program management was more a change of structure on paper than in reality. The only difference is that now there are program managers in charge of the program, from the administrative perspective. There was no change [in clinical care] due to program management" (médecin).

L'absence de changement est aussi perceptible en regard des délais d'attente ainsi que de l'annulation et de la duplication inutile d'activités diagnostiques et thérapeutiques. Ce

constat est confirmé par le gestionnaire de programme, le médecin et l'infirmier, qui expriment l'opinion que la structure par programmes n'a eu aucun effet sur ces indicateurs cliniques, mais ils n'ont pas de données quantitatives pour le prouver.

D'autre part, les membres du programme B considèrent que leur regroupement en une équipe résulte en une meilleure cohésion et une meilleure continuité dans le processus clinique. Les cliniciens peuvent ainsi prendre des décisions plus rapidement, ce qui favorise, selon eux, la coordination des soins :

« Les gens commencent à avoir une vision globale. Les corrections se font sur-le-champ. On se pose moins de questions » (gestionnaire de programme);

« Les professionnels prennent plus de décisions que les comités, donc la décision est plus rapide et la communication est plus rapide. S'il y a un problème dans la salle de réveil, les infirmières n'attendent pas de parler avec l'infirmière chef qui parlera avec l'infirmière chef du bloc, elles vont directement parler avec le personnel du bloc » (gestionnaire de programme);

« Maintenant, il y a une continuité dans le processus opératoire, de la pré-admission aux soins post-opératoires, c'est comme un "one-stop shopping" pour le patient, et ça fonctionne très bien » (chef du département de chirurgie);

"We are more cohesive because program management helped to develop the mentality of team work and be more organized" (physiothérapeute);

"Decisions can be made within the program, for example the need for an orderly. The program manager is involved and makes the decision. Before, it was the director of nursing" (éducateur).

Le chef du département de chirurgie constate même une réduction des opérations annulées. Il attribue cela à la création de la clinique de pré-admission, qui fait partie intégrante du programme de chirurgie.

Cette différence de perception entre les deux programmes peut s'expliquer partiellement par le degré de maturité de l'équipe à travailler en mode multidisciplinaire, ce qui est recherché dans la structure par programmes. En effet, les membres du programme A reconnaissent qu'ils travaillent ensemble depuis près de vingt ans, leurs pratiques cliniques multidisciplinaires ont donc eu le temps de se consolider. Cet élément pourrait expliquer pourquoi les membres de ce programme perçoivent la nouvelle structure essentiellement comme un changement administratif. Par contre, les membres du programme B semblaient

travailler dans la structure précédente de façon plus indépendante que leurs confrères du programme A. Leur regroupement en un programme donne lieu à un changement de leurs pratiques, ce qui pourrait expliquer l'impact plus grand de la nouvelle structure comparativement au programme A.

Cette différence entre les deux programmes n'a pu être mise en lumière par l'analyse des variations de pratique. Aucun changement significatif n'est constaté dans les variations de pratique de la durée de séjour (tableau VI) des patients de tout l'hôpital et du programme B entre 1995-1996 et 2000-2001. En ce qui concerne le programme A, les variations de pratique ont sensiblement augmenté durant la période avant de diminuer les deux dernières années couvertes. Dans l'ensemble, les fluctuations des variations de pratiques de la durée de séjour ne révèlent pas de changement majeur.

Tableau VI – Proportions d'hospitalisations dont la durée de séjour est à l'extérieur d'un écart-type par rapport à la moyenne

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Hôpital * ¹	10.5%	10.0%	10.1%	9.5%	9.7%	9.1%
Programme A *	8.7%	16.4% ** ²	18.5%	18.2%	10.0%	16.7%
Programme B *	8.9%	9.4%	9.2%	9.0%	6.5% **	7.3%

Au niveau de l'hôpital, les variations de pratique du nombre moyen de consultations médicales par hospitalisation ont fluctué, au cours de la même période. Elles ont augmenté, en 1996-1997, puis sont revenues au même niveau qu'en 1995-1996 par la suite, alors qu'aucun changement significatif n'a pu être constaté pour les deux programmes (tableau VII). La période de changement notable des variations de consultations chevauche en grande partie la période d'implantation de la structure par programmes. La période de transition entre les deux structures aurait donc pu entraîner des impacts défavorables mais temporaires dans la pratique clinique.

¹ Un astérisque (*) indique que la variable Année est significative dans le modèle pour ce niveau d'analyse (sig. < 5 %).

² Deux astérisques (**) indiquent que l'année en question est significativement différente de l'année précédente (sig. < 5%).

Tableau VII – Proportions d'hospitalisations dont le nombre de consultations est à l'extérieur d'un écart-type par rapport à la moyenne

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Hôpital *	8.6%	12.8% **	10.7% **	8.7% **	8.8%	8.9%
Programme A	18.9%	10.7%	13.0%	9.1%	20.0%	0.0%
Programme B *	11.7%	13.2%	12.2%	10.6%	8.9%	10.1%

L'analyse de l'incidence des conséquences non désirées du processus de soins donne des résultats peu satisfaisants. En tenant compte du risque de mortalité, le taux de mortalité (tableau VIII) a sensiblement augmenté pour tout l'hôpital (de 4% à 6%), alors qu'aucun changement n'est constaté pour les deux programmes.

Tableau VIII – Taux de mortalité

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Hôpital *	4.1%	6.0% **	6.0%	5.5%	6.0%	5.6%
Programme A	6.3%	8.3%	9.3%	0.0%	10.0%	0.0%
Programme B *	0.8%	1.3%	1.7%	1.1%	1.2%	1.8%

Quant au taux de réadmissions (tableau IX), il n'a pas changé ni pour l'hôpital ni pour les deux programmes. En fait, l'année n'a aucun impact significatif sur le taux de réadmissions. Le changement de structure organisationnelle semble donc n'avoir eu aucun effet sur le phénomène des réadmissions.

Tableau IX – Taux de réadmissions

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Hôpital	3.5%	3.6%	4.1%	3.5%	3.6%	3.6%
Programme A	2.4%	0.8%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%
Programme B *	0.9%	0.6%	1.1%	0.5%	1.2%	1.2%

Ces résultats n'étonnent pas le gestionnaire du programme A et le chef du département de médecine. Le premier pense qu'il n'existe pas de relation entre la structure par programmes et les conséquences non désirées (*"I am not sure if program management had anything to do, on the geriatric assessment unit we have permanent nurses and permanent physicians"*). Le deuxième, quant à lui, pense même qu'il se commet plus d'erreurs (*"I think*

that quality of care is reduced, there are more errors"), et cela, même si des indicateurs de qualité sont mesurés et analysés dans le programme (document A7).

Des perceptions différentes entre les deux programmes se retrouve ici aussi. En effet, pour certains membres du programme B, les incidents devraient être moins fréquents, et ce, pour trois raisons. Premièrement, selon le gestionnaire du programme, des indicateurs cliniques sont suivis par le programme : « *l'équipe a des indicateurs cliniques et le travail d'équipe est plus grand* ». Deuxièmement, selon les professionnels du programme, le rôle de chaque membre est mieux défini et la présence des infirmiers chefs devient plus fréquente au sein des unités de soins : *"I guess [incidents] are more avoidable because head nurses are more on the units"* (infirmier-chef), *"it's easier to avoid because I know who to go to, the program manager, I assume [incidents] are avoided"* (physiothérapeute). Troisièmement, les membres du programme ont maintenant une meilleure vision globale du processus chirurgical, selon les chirurgiens, dont le chef du département de chirurgie : « *Je pense que [les incidents évitables sont plus évités] car on voit le patient dans sa globalité mais la gestion par programmes n'est pas nécessaire pour réduire ces incidents* » (chef du département de chirurgie).

Enfin, nous n'observons aucun changement au plan de la satisfaction des cliniciens lorsqu'ils ont répondu à la question « L'adoption d'une structure par programmes a-t-elle changé votre vie? ». Plus spécifiquement, l'infirmier et le médecin du programme, ainsi que l'éducateur et les deux chirurgiens du programme B ont clairement répondu que leur travail quotidien n'a subi aucun changement.

Par contre, les deux gestionnaires de programmes ont répondu différemment à cette même question, ceux-ci se disant plus satisfaits de travailler dans la nouvelle structure :

"I am more satisfied to work in this new structure. In the old system, my immediate boss was more controlling. Now, [the new programs director] only contacts me if there are concerns. I feel like I can discuss openly" (gestionnaire du programme A);

« Oui, ça facilite le processus. C'est plus cohérent, car avant chaque unité avait une infirmière chef. [...] Je ne retournerai pas dans l'ancienne structure parce que l'équipe est autonome, il y a plus de professionnalisme » (gestionnaire du programme B).

Les différences de perceptions entre les cliniciens et les gestionnaires montrent bien l'importance de considérer séparément la coordination administrative et la coordination clinique.

5.2.3. *Coordination au niveau administratif*

La coordination administrative semble avoir subi plus de changements que la coordination clinique. En effet, pour la haute direction, l'implantation de la structure par programmes permet au directeur général de mieux se concentrer sur la planification stratégique, et moins sur les activités quotidiennes : *"I see my role of CEO as working on external relations (with the Foundation, the Board, the Regional Council, the MSSS, the community) and strategic orientations"*.

Le directeur des programmes déplore cependant l'inexistence de rencontres régulières avec le directeur médical, sauf lors des périodes de crises. Mais ces crises semblent plutôt rares puisque aucune personne n'a fait allusion à ce problème :

"We should meet [the medical director] and I, along with the program managers and the clinical chiefs in the same room. We do it when the emergency is overcrowded, at that time we decide that we should meet regularly. We want to meet [...] but we haven't done it yet" (directeur des programmes).

Par rapport à la structure fonctionnelle précédente, la nouvelle structure par programmes est plus centralisée horizontalement. En effet, l'hôpital est passé de six à trois directeurs se rapportant au directeur général, ce qui est confirmé par les organigrammes précédents (document A1) et courant (document A2), ainsi que par deux des trois directeurs:

« Tous les chefs de programmes se rapportent [au directeur des programmes] mais doivent collaborer avec les chefs cliniques correspondants » (directeur des programmes);

« Je crois que le grand bénéfice de la structure par programmes, c'est la vitesse à laquelle on prend nos décisions. Les choses vont tellement vite, il faut être prêt à changer très vite. [Avant,] chacun [des directeurs] menait ses affaires indépendamment des autres. Alors, le temps de réponse était très long. [Aujourd'hui,] le DG a trois personnes sous lui, c'est tout. Il peut donc toujours

savoir ce qui se passe en parlant à une seule personne » (directeur des services corporatifs).

Cette centralisation au sommet de la ligne hiérarchique augmente la rapidité de l'organisation à prendre des décisions ainsi que le contrôle sur ces décisions. Il en résulte une augmentation de la capacité de planification et de contrôle des opérations au niveau de la haute direction. La même situation est aussi constatée dans les programmes où la gestion est centralisée auprès d'une seule personne. En effet, les gestionnaires de programmes sont devenus responsables de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières (document A7), alors que cette responsabilité incombait auparavant aux infirmiers chefs et aux chefs professionnels. Ainsi, le gestionnaire du programme A a soumis, en 1998, un plan directeur des espaces pour son programme et avait, en 2002, pour objectif de revoir les ressources humaines de sa clinique ambulatoire (document A7). Quant au programme B, son gestionnaire a fusionné deux des trois unités de soins afin de répondre plus efficacement aux variations de volumes d'activités. Il a aussi modifié l'horaire du bloc opératoire en collaboration avec le chef de chirurgie afin de réaliser les chirurgies les plus lourdes en début de semaine pour réduire le nombre de lits occupés les fins de semaine : « *Par exemple, les grosses chirurgies sont faites en début de semaine et les chirurgies d'un jour sont faites en fin de semaine. [...] Je peux allouer les ressources entre les secteurs, c'est plus facile à gérer* ».

Même la capacité de contrôle des opérations s'est accrue pour l'infirmier chef. En effet, comme il ne s'occupe plus des budgets et des horaires, il passe plus de temps au sein de l'unité de soins avec les infirmiers : *"I can plan and control better because I don't spend time on budgets, schedules, etc. Some of my time is freed up for other things"* (infirmier chef, programme B). Malgré cela, les infirmiers chefs déplorent certains aspects de cette centralisation à l'intérieur des programmes : *"A lot of information is missing because of program management. For example, when there is a lack of staff, it is discussed between the program managers but there is no exchange with the head nurses"* (infirmier chef dans le programme B). Certains médecins expriment aussi certaines réticences face à cette centralisation horizontale à l'intérieur du programme : *"For the other professionals, they are accountable to someone who doesn't know their job, they lost something in the professional sense"* (médecin dans le programme A et chef du département de médecine).

Les activités de ce type sont plus souvent effectuées par les directeurs de la haute direction dans une structure fonctionnelle. La vision globale du processus de soins dans un programme semble expliquer pourquoi les gestionnaires de programmes peuvent réussir avec succès ces activités de gestion :

"It's faster [to make decisions] in one sense because I have a better idea of what is going on, but on the other end I have more staff to manage, so it's also harder. But I guess it's faster because of program management" (gestionnaire du programme A);

« C'est très rapide, car j'ai une vision globale, tout est intégré et j'ai de l'autonomie si j'atteins le but final qui est le budget. [La gestion par programmes] facilite le contrôle budgétaire. J'ai un meilleur aperçu des ressources utilisées, les heures et les dollars, et les interactions entre les dollars et les activités" (gestionnaire du programme B).

La capacité des gestionnaires à mieux planifier et contrôler leurs opérations semble associée à la création d'un comité de gestion dans chaque programme : "*We have monthly meetings of the Geriatrics Administration and Coordination Committee. Any decision of the program manager has been discussed with the committee. It's important to other professionals to show transparency, the committee helps me do that*" (gestionnaire du programme A).

De plus, plusieurs médecins ont senti un changement administratif, alors qu'ils n'en perçoivent aucun au niveau clinique : "*The only difference is that now there are program managers in charge of the program, from the administrative perspective*" (médecin, programme A), ce qui démontre la nécessité d'établir la distinction entre la coordination administrative et clinique. Les effets de la structure par programmes sont manifestes au plan de l'amélioration de la coordination administrative.

Au niveau opérationnel, les bénéfices d'une meilleure coordination au niveau administratif entraînent des effets pervers au plan de la flexibilité dans l'allocation des ressources, selon certains cliniciens. En effet, il semble exister une compétition entre les programmes pour les ressources :

"I think [program management] made it difficult to a portion of services. For example, there are rehabilitation services in geriatrics and in medicine. They are like locked in the programs, so if we need them elsewhere, then it's difficult. There is less flexibility. We have mixed the emergency and [the medical inpatient unit] into one program to increase the dialogue and the efficiencies but there is still no flexibility in moving nurses from the floor to the emergency because of the unions" (chef du département de médecine, programme A).

Il en résulte une réduction de la capacité à allouer les ressources, selon l'évolution des volumes d'activités : *"How do we distribute physical therapy resources to accommodate the needs, for example what do we do when there is a decrease of volume in orthopedics and an increase in medicine? Adequate coverage needs flexibility"* (physiothérapeute, programme B).

Cette baisse de flexibilité dans l'allocation des ressources pourrait paradoxalement signifier que la capacité de l'organisation à contrôler les opérations a été améliorée. Ce meilleur contrôle des opérations devrait pourtant fournir une certaine flexibilité occasionnellement pour répondre aux fluctuations imprévues des volumes d'activités, comme le confirme le directeur des programmes : *« Et quand je suis une travailleuse sociale qui doit couvrir deux programmes, je n'ai pas deux patrons, j'ai un patron de gestionnaire de programme. Je ne peux pas me rapporter à deux personnes »* (directeur des programmes). Ainsi, dans un exemple où un travailleur social travaillerait dans les programmes d'oncologie à 75% et de soins ambulatoires à 25%, si la demande augmente dans le second programme, alors le travailleur social irait *« négocier avec le gestionnaire de programme en oncologie et dire j'ai un problème »* (directeur des programmes).

Ainsi, la crainte des cliniciens de voir les ressources bloquées dans les programmes n'est toutefois pas réellement problématique dans la mesure où cette situation a été envisagée, lors de l'implantation de la nouvelle structure, et un mécanisme de dialogue a été instauré pour y remédier. Mais ce genre de situation ne semble toutefois pas fréquente, selon le directeur des programmes : *« Est-ce que c'est arrivé qu'on a pris des ressources de gériatrie pour les mettre en médecine, pas à ma connaissance, pas jusqu'à ce jour »*.

5.2.4. Synthèse : une coordination administrative améliorée

En résumé, la coordination paraît s'être améliorée essentiellement au niveau administratif. En effet, la capacité de planification et de contrôle des opérations semble avoir augmenté, tant au niveau de l'hôpital que dans les programmes. Au niveau clinique, les équipes de soins semblent démontrer plus de cohésion dans leurs actions et parviennent à prendre des décisions plus rapidement. Par contre, il est difficile de tirer une conclusion quant à l'impact de cette meilleure coordination sur les conséquences non désirées du processus de soins. Enfin, les cliniciens n'éprouvent pas plus de satisfaction dans la nouvelle structure. Pour l'hôpital A, l'adoption d'une structure par programmes a donc permis d'améliorer la coordination clinique mais surtout la coordination administrative. La section suivante cherche à déterminer les mécanismes qui permettent d'expliquer cette situation.

5.3. MÉCANISMES D'AMÉLIORATION DE LA COORDINATION

Il s'agit maintenant d'identifier les mécanismes qui ont favorisé l'amélioration de la coordination administrative et, dans une moindre mesure, clinique. La présente section tente de répondre à la deuxième question de la thèse, en analysant les évidences des variables pour les domaines *Mode de regroupement des cliniciens*, *Adaptation des TIC* et *Utilisation des mécanismes de liaison latérale*.

5.3.1. Mode de regroupement des cliniciens

Le premier domaine comprend cinq variables, soit le regroupement des cliniciens, l'intégration des médecins, le système de contrôle des performances, la taille des unités et les niveaux hiérarchiques.

5.3.1.1. Regroupement des cliniciens

Selon le modèle théorique proposé, la structure par programmes repose sur deux mécanismes distincts : un regroupement administratif des cliniciens (premier élément) en unités relativement autosuffisantes (deuxième élément), c'est-à-dire que chaque unité possède ses propres ressources et opère de façon autonome dans la production de ses

services. Le texte ci-dessous fait état de nos données probantes confirmant ces deux mécanismes.

Premièrement, avec la nouvelle structure organisationnelle de l'hôpital, tous les cliniciens sont regroupés en programmes du point de vue administratif, à l'exception des médecins et pharmaciens, ce que transmet bien le directeur médical :

« De façon générale, les professionnels et le personnel clérical sont inclus dans les programmes. Et les gens de soutien sont dans les services de soutien. On a défini les groupes de soutien comme non membres des programmes. [...] [Les médecins] font partie des programmes, mais avec des lignes pointillées. Il y a une autorité médicale mais pas celle du programme ».

Les pharmaciens sont physiquement décentralisés dans les programmes, mais ils se rapportent toujours au chef pharmacien du point de vue administratif. Malgré la définition de la variable *regroupement des cliniciens*, qui met l'accent sur le regroupement des cliniciens sur le plan administratif, les pharmaciens peuvent toutefois être considérés comme étant décentralisés dans les programmes au niveau opérationnel, car ils sont directement impliqués dans le processus de soins aux côtés de leurs confrères des autres professions. Ainsi, en comparaison à une structure fonctionnelle dans laquelle les pharmaciens demeurent physiquement centralisés dans la pharmacie, la décentralisation physique des pharmaciens dans les programmes devrait avoir un impact sur la coordination des soins. Cette décentralisation physique des pharmaciens accentue les processus horizontaux instaurés par la structure par programmes.

La répartition des cliniciens dans les programmes devait être cohérente, même si aucun critère spécifique n'avait été identifié :

« L'idée était de décentraliser le plus possible, d'enlever les départements comme le service social, la physiothérapie. Les programmes ont été formés par consensus, on n'avait pas vraiment de critères, car ça bloque la vision, mais on disait qu'il fallait que ça ait du sens. Le concept était clair et net. Par exemple, le patient devait être traité au même endroit par la même personne, qu'il soit interne ou externe. Le seul problème s'est posé pour la dialyse » (directeur des services corporatifs).

Deuxièmement, le regroupement des cliniciens en programmes permet aux gestionnaires de programmes d'être responsables de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières, ce qui rend les programmes relativement autosuffisants : « *[Le comité de coordination des programmes] est unanime que le chef de programme doit être responsable du budget, des ressources humaines et de la discipline* » (directeur des programmes). Cette responsabilité est d'ailleurs clairement exprimée dans la répartition des fonctions entre les gestionnaires de programmes et les répondants professionnels (document A7), notamment en ce qui concerne le budget. Par contre, les deux fonctions semblent se partager les responsabilités aux niveaux des ressources humaines et de la discipline.

Au deuxième niveau d'analyse, l'implantation de la nouvelle structure semble avoir été vécue différemment, selon les programmes. Dans le programme A, le changement a surtout été d'ordre administratif, puisqu'au niveau clinique, les cliniciens impliqués travaillaient déjà depuis plusieurs années autour de la clientèle du programme (*"Since 1983, we were working as a team with OT, PT, speech pathology, social work. [...] Unlike other programs, we already had a structure of a program"*, gestionnaire de programme). Le fonctionnement par programmes était en grande partie déjà appliqué au sein de la structure fonctionnelle pour l'équipe des cliniciens du programme A. Cette perception d'un changement surtout administratif est d'ailleurs partagée par plusieurs membres du programme :

"There was no change for geriatrics, except administratively speaking: who reports to who, budgets, timesheets, etc." (ergothérapeute);

"Geriatrics has always worked as a team, the nurses, PT, OT, it didn't really changed. [...] The only difference is that now there is a program manager in charge of the program, from the administrative perspective" (médecin).

Ainsi, pour les cliniciens du programme A, le regroupement selon les interdépendances horizontales au niveau clinique était déjà présent dans la structure fonctionnelle, mais de façon informelle. La structure par programmes s'est traduit essentiellement par un changement au niveau administratif, à savoir le regroupement administratif des cliniciens, formalisant ainsi le regroupement clinique déjà effectif, lors de l'implantation de la nouvelle structure.

Contrairement au programme A, la création du programme B semble avoir résulté en des changements plus importants, car ce programme regroupe « *toutes les étapes reliées au processus de chirurgie : de la préparation à son congé, [la pré-admission], l'unité de soins, le bloc opératoire, la salle de réveil, la chirurgie d'un jour, la chirurgie mineure, la clinique postopératoire* » (gestionnaire de programme). Et l'effet paraît plutôt bénéfique au point de vue administratif : « *J'ai une vision globale du processus, avant j'avais une vision compartimentée. C'est plus cohérent, [...], c'est plus facile à gérer* » (gestionnaire du programme B). Comme les cliniciens du programme B étaient tous centralisés dans leurs groupes fonctionnels respectifs dans la structure fonctionnelle précédente, la structure par programmes a entraîné un regroupement non seulement administratif mais aussi opérationnel, ce qui justifie des perceptions de changements plus fines que dans le programme A.

5.3.1.2. Intégration des médecins aux programmes

Tel que mentionné plus haut, les médecins n'ont pas été regroupés dans les programmes de la même manière que les autres catégories de professionnels. L'organisation traditionnelle de la structure médicale est demeurée. Cette présence de l'ancienne structure médicale n'a pas permis à la nouvelle structure par programmes d'intégrer les médecins dans les nouveaux programmes. Une plus forte intégration des médecins à la structure de l'hôpital n'a toujours pas été enclenchée, leur structure demeurant parallèle à celle de l'hôpital :

« Au niveau médical, il y eu moins d'impacts qu'au niveau des opérations. Le programme comme tel n'est pas la force qui a eu un impact sur les médecins. [...] Ils font partie des programmes, mais avec des lignes pointillées. Il y a une autorité médicale mais pas celle du programme » (directeur médical);

« Chaque programme est dirigé par un seul chef, jamais un médecin, car les médecins ne sont pas employés. Les médecins ne sont pas inclus dans les programmes, ils restent dans la hiérarchie médicale » (directeur des programmes).

Le seul nouveau mécanisme structurel susceptible de favoriser une plus grande intégration des médecins aux autres cliniciens consiste dans la tenue de rencontres ad hoc entre les chefs médicaux et les gestionnaires de l'hôpital: « *Ce qu'on n'a pas fait encore et on devrait le faire, on le fait à l'occasion mais pas souvent, c'est de se rencontrer avec le directeur*

médical, les chefs de programmes et les chefs de départements cliniques dans la même pièce » (traduction libre, directeur des programmes).

Ces rencontres entre les chefs médicaux et les gestionnaires de programmes sont comparables, dans la structure fonctionnelle, aux rencontres entre ces mêmes chefs médicaux et les infirmiers chefs et chefs de services professionnels. Ainsi, en regard des mécanismes identifiés par le modèle théorique favorisant l'intégration des médecins, l'implication des médecins dans la gestion des activités cliniques s'est peu transformée comparativement à la structure fonctionnelle précédente. Nous constatons très peu d'évolution quant à l'intégration des médecins.

Cependant, le fait que les rôles des différents intervenants soient plus précis pourrait faciliter les relations entre les médecins et le reste des cliniciens : « *La gestion par programmes n'a pas vraiment changé les choses pour moi en tant que clinicien, ni pour les personnes que je représente, ça a aidé à clarifier les rôles* » (médecin du programme B et chef du département de chirurgie). Même si l'hôpital A a conservé un modèle hétéronome de relation médecins-hôpital, la clarification des rôles de chacun aurait toutefois eu un impact positif chez les médecins. De plus, au niveau opérationnel, les médecins travaillant à plein temps avec la clientèle du programme A sont considérés par leurs collègues des autres professions comme des membres à part entière du programme : "*Physicians are an integral part of the program*" (gestionnaire du programme A). À l'instar des pharmaciens, l'implication des médecins dans les processus opérationnels des nouveaux programmes démontre aussi les effets positifs de toute structure qui favorise les interdépendances horizontales, dont la structure par programmes.

5.3.1.3. Système de contrôle des performances

L'hôpital a mis en place un système de contrôle des performances qui n'existait pas dans la structure précédente. Celle-ci était d'ailleurs caractérisée par une centralisation marquée au sommet de la ligne hiérarchique, comme le confirment le directeur général ("*Before, the process was very centralized, it was run by two people who were very high up*") et le directeur des programmes ("*Before, the head nurse would go to the Director of Nursing,*

and the Director of Nursing would go to the DG and say I need X number of more dollars because nursing requires that").

Dans la nouvelle structure, le système de contrôle des performances traduit une nouvelle philosophie de gestion axée sur la décentralisation verticale :

"I get as little involved as possible in the operations, if I'm involved then it's a failure of the system. My three [directors] have "carte blanche" but they are accountable for their job" (directeur général);

« Quand j'ai un problème, le DG ne veut pas me voir. Je dois d'abord tout essayer pour le régler. J'en discute avec [le directeur des programmes] ou avec [le directeur médical] s'il le faut, mais le DG ne veut pas savoir comment je règle le problème. Et cette nouvelle culture est appliquée partout » (directeur des services corporatifs);

« Les problèmes ne montent plus au niveau du DG, ça se règle au niveau des directeurs ou même en-dessous » (directeur des services corporatifs).

Mais ce système est surtout axé sur la performance budgétaire et financière :

"We have monthly reports in which we can identify which program managers are doing a bad job. So every program manager has the power to hire anybody" (directeur général);

« Ma façon de savoir ce qui se passe dans chaque programme, depuis environ un an, je rencontre chaque gestionnaire de programme une fois par mois » (directeur des programmes);

« Ça c'est une chose qu'on a bien réussie, le contrôle du budget. Ce qui compte, c'est le bottomline, c'est-à-dire le budget. [...] Si un gestionnaire de programme veut couper des heures à un endroit et les réallouer ailleurs, c'est sa décision, ça ne me regarde pas. Tout son argent lui appartient, je ne regarde qu'à la fin son budget. [...] Le gestionnaire doit contrôler le nombre d'heures par patient. Si le ratio augmente durant une période, alors le gestionnaire doit se rattraper dans le reste de l'année s'il n'a pas de raison valable » (directeur des services corporatifs).

La décentralisation verticale est aussi renforcée, lors des rencontres mensuelles du comité de régie élargi, qui comprend les cadres supérieurs et les cadres intermédiaires. Selon le directeur général, les priorités, résultats et problématiques de l'hôpital sont communiqués et discutés durant ces rencontres. De plus, d'après les commentaires des directeurs, cette

décentralisation verticale semble aussi reposer beaucoup sur la qualité des gestionnaires, plus spécifiquement leur style de gestion et leur compétence :

"I believe in decentralization provided that you have the right persons in place and provided that the leader can provide strategic directions. I feel my self fortunate because my [directors] are very good" (directeur general);

« Comment tu réorganises la structure? La clé, c'est l'équipe de gestion. Ça ne marchera jamais si tu n'as pas les bonnes personnes. C'est le style de management qui fait la gestion par programmes, quelle que soit la structure » (directeur des services corporatifs).

Ce constat sur la qualité des gestionnaires ne devrait pas être unique à la structure par programmes, car toute organisation a besoin de gestionnaires compétents pour être performante. Cependant, l'emphase mise par les directeurs sur la qualité des gestionnaires de programmes démontre à quel point les premiers sont conscients que l'implantation d'une structure par programmes constitue un changement majeur et quelque peu ardu pour l'organisation. En identifiant des gestionnaires compétents, les directeurs cherchent à assurer non seulement le succès de cette implantation mais aussi la pérennité de la nouvelle structure. Il s'agit donc là d'un engagement de la part de la haute direction envers la nouvelle structure et ses potentiels bénéfiques à long terme.

Au niveau opérationnel, la décentralisation verticale obtenue par la mise en place d'un système de contrôle budgétaire résulte en un sentiment d'autonomie dans les programmes quant à la prise des décisions. Sur le plan administratif, cette autonomie est perçue par les deux gestionnaires de programmes :

"The budgets, I meet with [the director of programs] every month, we go over the budgets [...]. The program manager must justify the variances. For quality, there is the quality improvement program. No objectives are set by the administration, the team set up its own objectives" (gestionnaire du programme A);

« J'ai une rencontre mensuelle avec [le directeur des programmes] pour le suivi des dossiers. Le comité du programme de chirurgie prend des décisions sur les problèmes cliniques. Les gens commencent à avoir une vision globale. Les corrections se font sur-le-champ, on essaie de réduire les redondances. On se pose moins de questions. [...] Les professionnels prennent plus de décisions au lieu des comités, donc la décision est plus rapide. Je ne retournerais pas dans l'ancienne structure parce que l'équipe est autonome, il y a plus de professionnalisme » (gestionnaire du programme B).

Sur le plan clinique, les cliniciens du programme A perçoivent un changement quant à l'autonomie des gestionnaires de programmes à prendre des décisions plus opérationnelles par rapport à la structure fonctionnelle précédente : *"Decisions can be made within the program. The program manager is involved and makes the decision. Before, it was the Director of Nursing"* (infirmier, programme A). Cette situation est différente dans le programme B où les deux professionnels et l'un des médecins n'ont constaté aucun changement. Le chef du département de chirurgie va même plus loin dans son constat, car il s'attendait à plus d'autonomie de gestion au niveau opérationnel : « *La gestion par programmes semblait vouloir donner une autonomie de gestion, mais on n'a pas obtenu l'autonomie à laquelle on s'attendait, selon moi. Il n'y a donc pas d'autonomie mais une imputabilité totale* ». Cette perception pourrait être expliquée par le fait que les médecins ne sont pas formellement impliqués dans la gestion des programmes.

L'autonomie des programmes peut aussi entraîner des effets négatifs. En effet, comme les programmes sont relativement autosuffisants, ils sont plutôt indépendants les uns des autres, ce qui aurait tendance à créer des silos au niveau horizontal dans l'hôpital, d'où une compétition pour les ressources humaines disponibles. Le chef du département de chirurgie (et médecin dans le programme B) illustre bien cette situation de compétition :

« La gestion par programmes crée des territoires, des silos, j'en ai contre ça. Dire qu'il faut protéger son programme est une posture défensive par rapport aux autres programmes. C'est un problème lorsqu'il manque des ressources. [...] Mais si on brise les silos, on peut s'entendre, ça crée des liens de partenariats. Cela ne vient pas de la gestion par programmes, ça vient d'une réflexion sur les limites de la gestion par programmes en pensant à une vision plus globale. [...] Il y a des faiblesses dans l'articulation entre les programmes, d'une part, et entre les programmes et les cadres supérieurs, d'autre part. Quels sont les mécanismes de résolution de ces conflits ? Si les programmes sont autonomes, y a-t-il une dispersion des visées par rapport à celle de l'hôpital ? »

Ainsi, l'accent sur les interdépendances horizontales dans la structure par programmes entraînerait des effets négatifs sur la coordination des soins, tout comme l'accent sur les interdépendances verticales dans la structure fonctionnelle. Ces effets négatifs dans la structure par programmes seraient plus aigus dans les situations où les patients pourraient être assignés à plus d'un programme, à cause de leurs pathologies multiples.

Ainsi, l'implantation de la structure par programmes est accompagnée à la fois d'une décentralisation verticale dont le principal mécanisme de contrôle demeure le budget, mais aussi d'une autonomie de gestion à l'intérieur du programme qui se reflète, entre autres, dans le contrôle de la qualité des soins; c'est d'ailleurs l'objectif du directeur général : *"I want to be assured that patients are receiving excellent care, so I can assure the Board"*. L'imputabilité envers la haute direction semble donc impliquer essentiellement les gestionnaires de programmes, et non les cliniciens.

5.3.1.4. Taille des unités

De façon générale, la taille moyenne des unités paraît avoir augmenté, suite à l'implantation de la structure par programmes. En effet, l'hôpital est passé de 23.7 ETC / cadre en 1996 à 28.9 ETC / cadre en 1999 (document A6), soit une augmentation de 22%. Ceci est d'ailleurs partiellement confirmé par le directeur des services corporatifs (*« Il y eu une coupure dans le middle management. En tout, l'hôpital est passé de 89 à 34 cadres en huit ans »*) et le directeur médical (*« Maintenant, il y a 35 cadres. Je pense qu'il s'agit de la moitié d'il y a cinq ans mais je ne pense pas que ce soit à cause des programmes »*).

Cette augmentation de la taille des unités a été accompagnée d'une réduction de 15% du nombre d'équivalents temps complets (ETC) d'employés : l'hôpital est ainsi passé de 1174 ETC en 1996 à 998 en 1999 (document A6). Cependant, il n'a pas été possible de savoir si cette réduction a touché de façon égale les secteurs cliniques et non-cliniques. Ainsi, la structure par programmes aurait permis de réduire significativement le personnel d'encadrement sans effets négatifs notables, puisque personne ne se plaint du manque de cadres.

Il est utile de rappeler que l'adoption de la structure par programmes a coïncidé dans le temps avec les compressions budgétaires considérables qu'a subies le réseau de la santé. Il paraît alors difficile de conclure quant à l'impact spécifique de la nouvelle structure sur la taille moyenne des unités. En effet, la relation entre les deux peut être expliquée de deux façons différentes :

- l'augmentation de la taille moyenne des unités pourrait découler de la nouvelle structure par programmes adoptée par l'hôpital et ne pourrait être imputée de quelconque façon aux compressions budgétaires;
- les compressions budgétaires ont forcé l'hôpital à réduire son personnel d'encadrement, ce qui a forcément augmenté la taille moyenne des unités; l'augmentation de la taille moyenne des unités devenant alors un problème de gestion, l'hôpital a tenté de le résoudre en adoptant une structure par programmes afin de maintenir la qualité des soins.

Cette augmentation de la taille des unités semble cependant insignifiante au niveau clinique, car les cliniciens n'avaient aucune opinion à exprimer à ce sujet. Par contre, les gestionnaires de programmes justifiaient cette augmentation par la réduction des postes d'infirmiers chefs, augmentant ainsi la quantité de personnel sous leur responsabilité : « *Avant, il y avait deux infirmiers chefs pour les unités de soins, un infirmier chef pour le bloc et un assistant au directeur des soins infirmiers qui les chapeautait. Aujourd'hui, j'ai deux infirmiers chefs, dont un seul pour les unités de soins* » (gestionnaire du programme B).

5.3.1.5. Niveaux hiérarchiques

Pour le personnel d'encadrement, soit la haute direction et les gestionnaires de programmes, le nombre de niveaux hiérarchiques n'a pas changé, suite à l'implantation de la structure par programmes. Par contre, pour certains cliniciens provenant des anciens services professionnels, il y a un niveau de plus dans les soins infirmiers, celui du gestionnaire de programme, alors qu'il y en a un de moins dans les services professionnels, car il n'existe plus de chef de services professionnels: "*The plan was to decentralize, to flatten the structure. I feel that this flattening did not happen because the hierarchy in nursing becomes bigger, program managers are an additional layer, head nurses are still needed. The structure was flattened only in the professional groups*" (ergothérapeute, programme A).

L'organigramme de l'hôpital (document A2) montre effectivement un niveau additionnel occupé par les gestionnaires de programmes, alors que les services professionnels n'existent

plus. Ce constat est représenté dans les figures 5A et 5B, illustrant de façon schématique l'évolution de la structure organisationnelle de l'hôpital A au niveau des directions cliniques.

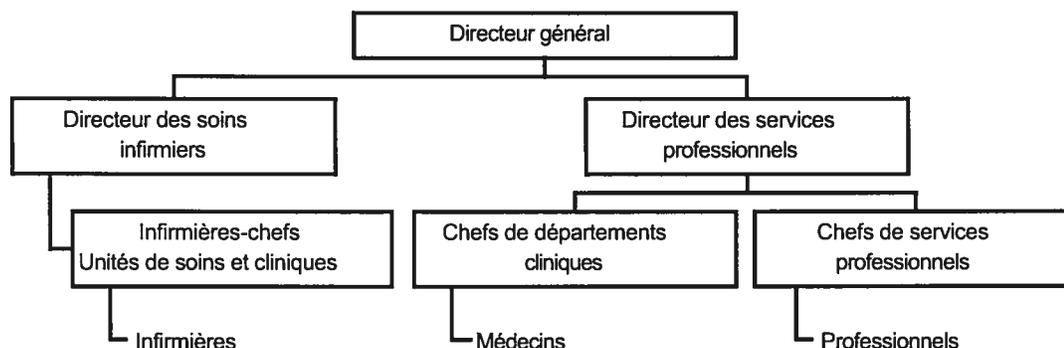


Figure 5A – Représentation schématique de l'organigramme de l'hôpital A, avant la structure par programmes

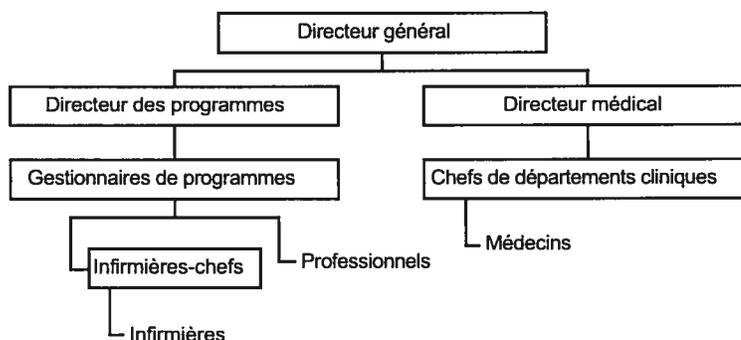


Figure 5B – Représentation schématique de l'organigramme de l'hôpital A, après la structure par programmes

Malgré ce constat, la prise de décision s'est réellement décentralisée vers le bas, comme les propos précédents le démontrent explicitement. Ainsi, la relation proposée dans le modèle théorique entre la décentralisation verticale et le nombre de niveaux hiérarchiques n'est pas validée dans l'hôpital A.

5.3.2. Adaptation des TIC

L'adaptation des TIC comprend les protocoles cliniques, les systèmes d'information et l'ambiguïté.

5.3.2.1. Protocoles cliniques

La nouvelle structure semble être imprégnée par les protocoles cliniques. En effet, les plans de soins étaient utilisés dans l'ancienne structure fonctionnelle : "*Protocols were already started before program-management*" (physiothérapeute, programme B). Mais ils ont été adaptés, d'après le directeur médical (« *Les plans de soins étaient utilisés avant, mais ça va mieux maintenant* ») et l'infirmier chef du programme B ("*I believe [care maps] were used before. I believe they changed because of the focus on programs*"). Les protocoles cliniques sont utilisés et de la formation est même donnée aux cliniciens afin de faciliter l'utilisation des nouveaux protocoles (document A7). Cependant, pour les cliniciens, la relation entre ces éléments de standardisation et la gestion par programmes ne leur paraît pas évidente malgré le fait que ces mêmes cliniciens confirment leur utilisation dans la structure par programmes : "*Clinical practice guidelines have nothing to do with program-management*" (infirmier, programme A).

Parallèlement aux efforts consentis à l'adaptation et investis dans la formation sur les protocoles cliniques afin de standardiser les soins, l'hôpital paraît avoir aussi investi dans le programme d'amélioration continue de la qualité. En effet, tous les membres des programmes interrogés ont mentionné cette démarche, selon laquelle chaque programme a créé une équipe de qualité qui semble posséder l'autonomie nécessaire pour choisir et mesurer ses propres indicateurs de qualité : « *Avec l'équipe de qualité, on se fixe des objectifs puis on les suit avec des indicateurs. [...] Selon le choix des indicateurs, on crée des groupes de travail* » (gestionnaire du programme B). D'ailleurs, le programme A a formellement établi un ensemble d'objectifs à réaliser et d'indicateurs à mesurer, les deux étant soumis à une révision annuelle (document A7).

Ainsi, l'utilisation d'outils supportant la standardisation des soins semble s'être accrue avec l'implantation de la nouvelle structure, le programme d'amélioration continue de la qualité et les protocoles cliniques sont devenus des priorités nécessitant des efforts considérables de déploiement.

5.3.2.2. Systèmes d'information

Selon certains gestionnaires, plusieurs systèmes d'information de gestion ont été modifiés pour tenir compte de la nouvelle structure organisationnelle :

« La charte comptable a été refaite pour tenir compte des programmes, [...] même le grand livre » (directeur des services corporatifs);

« Les systèmes de support: paie, ressources humaines, achats, diététique, maintenance, etc. [ont été modifiés] pour aider à supporter la structure par programmes. Les rapports financiers ont été changés par programmes » (gestionnaire du programme B).

Étant donné que la charte comptable constitue un système d'information de gestion au cœur des processus administratifs, car elle reflète la structure d'imputation des coûts, son adaptation à la nouvelle structure était de première importance. Les autres systèmes administratifs qui supportent la gestion des ressources humaines et matérielles ont aussi été modifiés, ce qui reflète la considération accordée par l'hôpital à l'alignement des systèmes d'information de gestion à la nouvelle structure organisationnelle.

5.3.2.3. Ambiguïté

Pour réduire l'ambiguïté à laquelle les personnes qui prennent des décisions sont confrontées, il faut leur fournir une information plus riche. Le modèle théorique définit la richesse d'information comme un continuum des médias de communication allant du plus faible au plus élevé : documents numériques formels, documents écrits impersonnels, documents écrits pour un destinataire spécifique, médias électroniques (téléphoniques, courrier électronique), discussion face-à-face.

Au niveau de la haute direction, la richesse d'information a augmenté. En effet, les discussions face-à-face semblent être privilégiées, car les directeurs n'utilisent même pas le courrier électronique : « *En quatre ans, on ne s'est pas envoyé un seul mémo, pas un seul courrier électronique. [...] Tous les lundis matins, on se rencontre tous les quatre [et] on parle seulement de stratégie au comité de gestion avec le DG* » (directeur des services corporatifs).

Par ailleurs, les communications plus générales, c'est-à-dire celles ne visant aucun groupe en particulier, du directeur général vers le personnel de l'hôpital paraissent plus nombreuses qu'auparavant, et l'utilisation de médias électroniques, comme le site internet de l'hôpital, semble plus élevée : *"In terms of communication, we have an internal structure to communicate. We have a monthly one-page newsletter, "Au courant", from the CEO. It gives the "grandes lignes" of what is happening. [...] We have a nice web site that is updated every month"* (directeur général). Cependant, le recours plus fréquent aux médias électroniques peut résulter plus du style de gestion du nouveau directeur général que de l'adoption de la nouvelle structure.

L'ambiguïté a aussi été réduite par la modification de la charte comptable pour l'adapter à la structure par programmes. Les rapports financiers et statistiques sont donc compréhensibles pour tous les gestionnaires, car ils montrent les coûts en fonction de la nouvelle structure organisationnelle. Par contre, le tableau de bord (document A8) comprend des indicateurs qui portent à confusion. Par exemple, pour le programme de chirurgie, un même indicateur mentionné plusieurs fois prendra plusieurs valeurs, selon la source des données. Il semble donc que les systèmes de type décisionnel, comme le tableau de bord, demeurent généralement inadaptés à la nouvelle structure.

Au niveau clinique, le gestionnaire du programme A a pour objectif d'augmenter la propagation d'information par des sessions d'éducation, inexistantes dans la structure précédente (document A7). L'orientation de ces sessions d'éducation et celle des clubs de journal est modifiée pour se concentrer sur les protocoles cliniques et les données probantes. Cet exercice de transfert des connaissances vise ainsi à assurer une compréhension et une utilisation uniformes des outils cliniques.

Par contre, les cliniciens interrogés n'ont constaté aucune différence significative. Ainsi, les réunions formelles qui facilitent les discussions face-à-face, par exemple les tournées d'équipe, les clubs de journal et les rencontres multidisciplinaires, sont aussi nombreuses qu'avant, et ce, pour les deux programmes.

Donc, l'ambiguïté a surtout été réduite au niveau administratif, des efforts importants restent à fournir pour obtenir une réelle réduction au niveau clinique.

5.3.3. Utilisation des mécanismes de liaison latérale

La spécialisation horizontale des cliniciens soulève des opinions contradictoires, selon les groupes interrogés. D'une part, les gestionnaires et la haute direction ont la perception qu'il existe un problème d'appartenance professionnelle, suite à la décentralisation des cliniciens dans les programmes :

« L'idée, c'est que la physiothérapeute soit toujours la même personne. Là où la physiothérapeute perd quelque chose dans la décentralisation, c'est dans l'appartenance à sa profession, mais pour le patient c'est mieux, car tout le monde relève d'une seule personne. La difficulté est donc de conserver cette appartenance tout en s'assurant de décentraliser le plus bas possible » (directeur des services corporatifs);

« Les professionnels veulent être sûrs de ne pas perdre leurs expertises, [par exemple, la physiothérapeute] ne veut pas faire de l'orthopédie pendant cinq ans sinon [elle] va perdre [ses] références » (directeur des programmes).

Cela se reflète d'ailleurs sur la formation : « *La chose qui cloche et dont nous n'avons pas encore parlé demeure l'éducation* » (traduction libre, directeur des programmes).

Tel que défini dans le modèle théorique, afin de conserver la spécialisation horizontale des cliniciens, l'hôpital peut recourir à deux catégories de mécanismes de liaison latérale : des groupes de travail et des rôles intégrateurs.

L'hôpital a créé des postes de chefs professionnels de discipline pour assumer principalement les responsabilités de développement professionnel et de maintien des standards professionnels (document A5). Ces postes de chefs professionnels de discipline correspondent aux postes de répondants professionnels définis dans le modèle théorique. Ainsi, les problèmes d'ordre professionnel que vit un professionnel doivent maintenant être réglés avec son gestionnaire de programme et son répondant professionnel : « *Il faut que [le professionnel] aille négocier avec le gestionnaire du programme et dire j'ai un problème. Et il est très important d'impliquer le répondant professionnel dans tout ça* » (directeur des programmes). Ce rôle de répondant professionnel peut être considéré comme un rôle intégrateur, la création de ce rôle confirme le recours aux mécanismes de liaison latérale.

De plus, deux nouveaux groupes de travail ont été initiés au niveau professionnel, ce qui augmente et formalise les communications entre intervenants. Premièrement, le comité de coordination des programmes a le mandat d'assurer le maintien du professionnalisme parmi les cliniciens décentralisés dans les différents programmes. Deuxièmement, dans les soins infirmiers, le comité de pratique professionnelle a été fondé pour maintenir le professionnalisme au sein de cette profession la plus nombreuse dans l'hôpital : "*[In] the Professional Practice Committee, where about 10 to 12 nurses meet once a month, we discuss professional issues, how daily life is from a professional point, and any issue that a unit have regarding a pharmacy thing or a lab thing*" (directeur des programmes).

Cependant, ce problème d'appartenance professionnelle que les gestionnaires craignaient n'a pas été constaté, lors des entrevues avec les cliniciens eux-mêmes. En fait, la plupart des cliniciens ne perçoivent aucun changement, quant à leur degré de spécialisation horizontale : c'est ce que constatent l'infirmier, l'ergothérapeute et l'un des médecins, dans le programme A, de même que l'infirmier chef, le physiothérapeute et l'éducateur, dans le programme B. Il est fort possible que l'impact des mécanismes de liaison latérale, à savoir les postes de répondants professionnels et les deux comités professionnels, ait peu d'incidence au niveau clinique, car la nouvelle structure reste encore trop récente.

CHAPITRE 6. ANALYSE DE CAS DE L'HÔPITAL B

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse du cas de l'hôpital B, selon les mêmes sections que le chapitre précédent.

6.1. IMPLANTATION DE LA STRUCTURE PAR PROGRAMMES À L'HÔPITAL "B"

6.1.1. Au niveau de l'hôpital

L'hôpital B est un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. Confronté à des majeurs changements dans son environnement externe, l'hôpital B a réalisé un exercice de planification stratégique, au milieu des années 90. Plusieurs problèmes ont été identifiés (document B1) : l'hôpital n'est pas un tout centré sur la clientèle, la structure de soins est basée davantage sur le soignant que sur le client, il y a un problème de coordination des services à la clientèle, des problèmes de communications entre les intervenants et des temps d'attente indus. L'une des recommandations du plan stratégique était d'implanter une structure par programmes-clientèles pour résoudre ces problèmes.

Après avoir nommé un directeur général adjoint qui est devenu le cadre supérieur en charge des programmes-clientèles, les membres du conseil d'administration lui ont confié, en 1996, le mandat d'implanter la nouvelle structure par programmes. Les principaux groupes de l'hôpital ont été consultés au sujet de la nouvelle structure. Cette consultation a permis de définir les objectifs de la nouvelle structure ainsi que certains critères de design des programmes, comme les pré-requis d'un regroupement d'activités (par exemple, un regroupement devait intégrer les dimensions soins, enseignement, évaluation et recherche) et les volumes minimaux d'activités.

Un premier scénario a été défini, en novembre 1996, suite à l'analyse de plus de cinquante propositions. Après discussions, le scénario final d'implantation, incluant le nouvel organigramme de l'hôpital et les étapes d'implantation, a été approuvé par le conseil d'administration, en 1997. L'approche proposée était de type "big bang" afin de ne pas trop

déstabiliser l'organisation, même s'il fallait réévaluer la nouvelle structure pour y apporter des correctifs, par la suite. Cette approche proposait de rapidement créer les programmes, décentraliser les groupes professionnels et négocier les nouvelles ententes syndicales avec tous les groupes concernés. C'est ce qui a été fait : l'implantation était terminée, en juin 1998, puis la nouvelle structure a été évaluée, en 2000-2001, menant à plusieurs recommandations en regard d'objectifs cliniques (importance du travail interdisciplinaire et l'amélioration continue de la qualité), du service à la clientèle, des ressources humaines, de la structure des programmes, de la structure professionnelle et des systèmes d'information (document B2).

Au moment des entrevues, l'hôpital avait regroupé ses activités cliniques en neuf programmes (document B3): mère-enfant, hématologie-oncologie / immunologie-rhumatologie, médecine, multispécialités et transplantation, soins intensifs et sciences cardiaques, urgence / traumatologie / chirurgie, sciences du développement et de la mobilité, réadaptation, psychiatrie. Les soins infirmiers, les services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, diététique, inhalothérapie, service social, psychologie, audiologie, orthophonie) et certains services de support (préposés aux bénéficiaires, secrétariat, rendez-vous, salubrité, archivistes médicales) ont été décentralisés dans les programmes. Par contre, les services diagnostiques et thérapeutiques majeurs, comme la biologie médicale, l'imagerie médicale, la pharmacie et le bloc opératoire sont restés centralisés.

Chaque programme est caractérisé par une cogestion administrative et médicale : un gestionnaire clinico-administratif et un gestionnaire médical, certains programmes ont deux gestionnaires médicaux. Le gestionnaire médical occupe un poste rémunéré par l'hôpital, le médecin qui occupe ce poste fait ainsi partie du personnel d'encadrement de l'hôpital. Ces deux gestionnaires de programmes se rapportent au directeur des programmes et le gestionnaire médical de programme se rapporte en plus au chef de département le plus concerné par le programme (document B7).

Les deux gestionnaires de programmes collaborent dans la gestion des opérations cliniques et administratives de leur programme respectif. Par contre, leurs rôles se distinguent au niveau de la gestion des ressources : le gestionnaire clinico-administratif gère les ressources

humaines (employés), matérielles, financières et informationnelles du programme, alors que le gestionnaire médical est responsable de la planification des besoins en effectifs médicaux, en collaboration avec les chefs de départements et de services médicaux.

Selon le devis proposé de l'étude actuelle, deux programmes ont été approfondis. Dans le cas de l'hôpital B, les programmes de médecine et d'urgence-traumatologie-chirurgie ont été retenus.

6.1.2. Le programme A : médecine

Le programme de médecine est le troisième programme en importance bénéficiant d'un budget annuel estimé à 12 millions \$ en date de février 2002 (document B3). Sa clientèle, très vaste, est principalement composée de patients souffrant de problèmes d'endocrinologie, de diabète, de maladies infectieuses et de médecine générale. Il compte 53 médecins, 130 ETC d'infirmiers, 28 ETC de professionnels et 78 ETC d'employés généraux (secrétaires, préposés aux bénéficiaires, etc.), répartis dans cinq unités d'hospitalisation, sept cliniques externes et un centre de jour (document B6). Au cours de l'année 2000-2001, ce programme comptait plus de 25 000 jours-présences pour les patients hospitalisés et près de 23 000 visites en cliniques externes.

6.1.3. Le programme B : urgence-traumatologie-chirurgie

Au début de l'implantation de la structure par programmes, l'urgence-traumatologie constituait un programme et la chirurgie cervico-faciale en était un autre. Plus tard, ils ont été fusionnés pour former le programme d'urgence-traumatologie-chirurgie, à la suite de l'une des recommandations de l'évaluation de la nouvelle structure (rapportée dans la section 6.1.4). Il s'agit de l'un des programmes géré par deux gestionnaires médicaux. La définition de la clientèle de ce programme est moins claire que celle des autres programmes, elle n'est pas basée sur un ensemble restreint de pathologies. Contrairement aux autres programmes qui ont leurs clientèles spécifiques, la clientèle du programme urgence-traumatologie-chirurgie est celle de tous les autres programmes, car l'urgence voit les patients des autres programmes, en plus des patients de chirurgie générale, de traumatologie et de chirurgie cervico-faciale. Ce programme compte 74 médecins, 87 ETC

d'infirmiers, 24 ETC de professionnels et 93 ETC d'employés généraux répartis dans une seule unité d'hospitalisation de 24 lits, la salle d'urgence et plusieurs cliniques externes, ainsi que les unités de chirurgie d'un jour et de chirurgie mineure (document B3). Avec un budget annuel de 10,5 millions \$, ce programme comptait plus de 6200 jours-présence, 5400 usagers en chirurgie d'un jour, plus de 52 000 visites en cliniques externes et plus de 70 000 visites à l'urgence en 2000-2001.

6.2. AMÉLIORATION DE LA COORDINATION

Cette section de l'étude cherche à répondre à la première question de la thèse : la structure par programmes améliore-t-elle la coordination des soins par rapport à la structure fonctionnelle ? L'analyse des évidences liées aux quatre variables du domaine *Coordination des soins et des opérations* permet d'y répondre.

Selon le modèle théorique, la disponibilité d'une plus grande quantité d'informations pourrait permettre de réduire l'incertitude à laquelle l'hôpital est confronté et ainsi améliorerait la coordination des soins. L'amélioration de la coordination a été évaluée sur la base de la perception des personnes interrogées et, de façon complémentaire, à partir d'indicateurs. De plus, une amélioration de la coordination devrait avoir un impact favorable sur la satisfaction des cliniciens et sur la capacité de planification et de contrôle des opérations.

6.2.1. Incertitude

Pour l'administration, l'incertitude a été réduite car plus d'informations de gestion sont disponibles, entre autres, parce que les systèmes d'information ont été adaptés ou sont en cours d'adaptation pour tenir compte de la structure par programmes. L'adaptation des systèmes d'information a permis de répondre aux nouveaux besoins d'informations de l'administration :

« Mes besoins se sont raffinés. Je reçois la même quantité d'informations, mais répartie différemment » (directeur général);

« Mes besoins ont changé, car je ne gère plus les mêmes unités, mais j'ai besoin de la même information » (directeur des soins infirmiers);

« J'ai l'impression que c'est le même genre d'information, sauf qu'elle est regroupée par programmes » (directeur des services professionnels).

Par contre, les gestionnaires de programmes et les cliniciens ne constatent aucun changement lié à l'implantation de la gestion par programmes :

« Comme gestionnaire, j'ai besoin de plus d'informations, car je suis impliqué dans plus de dossiers par rapport à avant. Rien n'a changé dans ma pratique » (gestionnaire médical du programme A);

« J'ai plus besoin du volet stratégique, car mon champ d'action est très large » (gestionnaire clinico-administratif du programme A);

« Le changement principal est venu de l'informatique. Je ne pense pas que l'on a plus d'informations à cause de l'approche par programmes. Si le gestionnaire médical du programme avait vraiment le contrôle du budget, alors il aurait besoin de plus d'informations. Mais il n'a pas le contrôle du budget, alors il a peu besoin d'informations » (médecin dans le programme A);

« Les besoins ont augmenté à cause de l'implication théorique des médecins dans l'administration. Au niveau clinique, rien n'a changé, sauf que maintenant, il y a deux coordonnateurs pour aller chercher l'information, alors qu'avant, il fallait aller voir en physiothérapie, en ergothérapie, etc. » (chirurgien dans le programme B).

Ainsi, l'utilisation de certaines stratégies a permis de réduire l'incertitude, mais principalement au niveau administratif. Au niveau clinique, rien n'a changé, selon les cliniciens.

6.2.2. Coordination au niveau clinique

Au premier niveau d'analyse, les cadres supérieurs s'entendent à l'effet que le regroupement des cliniciens en programmes a amélioré la coordination des soins :

« Je suis certain que les soins et la qualité des services se sont améliorés, parce que maintenant je sais qui sont les répondants responsables pour chaque clientèle. [Les délais d'attente] se sont améliorés, c'est surtout dû au travail interdisciplinaire dans les programmes » (directeur général);

« Il n'y a donc pas beaucoup de changement dans le quotidien. Mais il y a eu des changements dans les relations avec les professionnels, incluant les médecins, pour l'ensemble du programme » (directeur des soins infirmiers);

« C'est probablement mieux coordonné qu'avant à cause du regroupement des professionnels ensemble. La coordination est au niveau du programme et avec la direction des opérations cliniques » (directeur des services professionnels).

Plus spécifiquement, pour la haute direction, l'amélioration de la coordination est particulièrement évidente, suite à la fusion des activités d'hospitalisation et ambulatoires qui étaient séparées dans la structure fonctionnelle précédente :

« L'un des bénéfices de la structure par programmes est que la clientèle interne et externe voit la même équipe, c'est la même infirmière chef qui gère l'interne et l'externe » (directeur des soins infirmiers);

« Parmi les avantages [de la nouvelle structure], il y a la régulation des processus administratifs et l'amélioration de la continuité des soins, car avant, l'ambulatoire était séparé de l'hospitalisation » (directeur de la planification et des communications).

Dans la mesure où la coordination des soins relève tout particulièrement du niveau opérationnel, il devient nécessaires de distinguer les perceptions des membres de la haute direction de celles des membres des programmes qui oeuvrent plus près des opérations. Pour les gestionnaires de programmes, la coordination est meilleure, car il existe maintenant une cohésion entre les cliniciens et une continuité plus marquée dans les activités de soins :

« Le fait d'avoir rapatrié certains professionnels dans le programme a créé un sentiment d'appartenance, et le même professionnel fait le suivi interne-externe, donc la coordination est facilitée. Les dossiers tombent moins entre deux chaises » (gestionnaire médical du programme A);

« La structure par programmes permet d'avoir un continuum dans l'intervenant. [...] La consultation est faite par le même professionnel de l'interne vers l'externe, par exemple c'est la même infirmière qui fait l'enseignement à son patient tout au long du traitement du patient » (gestionnaire clinico-administratif du programme A);

« [La gestion par programmes] change un peu, car on a fait des unités où les spécialités se rejoignent. [...] Maintenant, on a l'unité urgence-trauma-cervico-facial, les échanges sont plus faciles et les contacts plus évidents » (gestionnaire médical du programme B);

« Maintenant, toutes les activités requises par une clientèle précise sont gérées par une même équipe. Il y a plus de cohésion dans les services. [Par exemple,] on a des infirmières spécialisées en trauma qui s'occupent des cas hospitalisés dans l'unité de trauma. Avant, on avait quelques cas hospitalisés sur les quatre unités de chirurgie et n'importe quelle infirmière s'en occupait » (gestionnaire clinico-administratif du programme B).

Les cliniciens tendent à confirmer les constats des questionnaires de programmes. En effet, les contacts entre cliniciens s'établissent plus aisément et les décisions sont prises plus rapidement, grâce au regroupement de ceux-ci en programmes :

« Avec la gestion par programmes, on sait qui s'occupe de quoi et on peut transférer la responsabilité du patient, car chacun [des membres d'une profession] est dédié à une clientèle. La communication entre intervenants est plus facile. C'est comme avoir une équipe de vingt membres versus dix équipes à deux membres chacune. [...] Les structures sont moins présentes, par exemple la diététicienne appelle la psychologue du programme au lieu de chercher quel psychologue est libre » (diététicien du programme A);

« Ce qui est évité, c'est la confusion dans le plan de soins : le patient est moins envoyé de professionnel en professionnel, les corridors de soins sont mieux identifiés, mais il manque de coordination quand le patient a besoin de plusieurs programmes » (chirurgien dans le programme B).

En ce qui concerne l'évolution des délais d'attente et de l'annulation et duplication inutile d'activités diagnostiques et thérapeutiques, les questionnaires et cliniciens interrogés ne semblent pas confirmer une quelconque amélioration qui serait due à la nouvelle structure par programmes:

« Le fait d'avoir rapatrier certains professionnels dans le programme a créé un sentiment d'appartenance, et le même professionnel fait le suivi interne-externe, donc la coordination est facilitée. Les dossiers tombent moins entre deux chaises. Avant, le risque était plus grand mais je ne sais pas si ça arrivait plus avant » (gestionnaire médical du programme A);

« Ça n'a pas changé. Mais la rémunération mixte a ralenti la réduction des listes d'attente » (gestionnaire médical du programme B);

« Il n'y a pas eu d'effets sur les délais d'attente. Il y a moins de chirurgies annulées car il y a moins de temps opératoire, pas à cause de la gestion par programme. Le temps est plus précieux donc les gens font plus attention » (chirurgien dans le programme B).

Parallèlement à l'amélioration de la coordination des soins à l'intérieur des programmes, la coordination interprogrammes semble grandement préoccuper l'équipe de direction dont le directeur général lui-même : « *il y a une zone grise, l'interprogrammes, car on a mis le focus sur l'implantation dans les programmes, mais on réalise que l'inter est aussi important* ». La coordination interprogrammes constitue encore un défi à relever pour certains gestionnaires de programmes et cliniciens qui s'attendaient à ce que les liens entre les équipes des différents programmes s'intensifient (document B2). Certains cliniciens le confirment aussi :

« L'inconvénient de la structure par programmes est de morceler la structure si on ne collabore pas entre nous » (gestionnaire médical du programme A);

« Un des problèmes, ce sont les cas vus par plusieurs cliniques, ils nécessitent une coordination interprogrammes, [...] c'était plus facile dans l'ancienne structure » (psychologue du programme B);

« Ce qui est évité [dans la structure par programmes] c'est la confusion dans le plan de soins [...] mais il manque de coordination quand le patient a besoin de plusieurs programmes » (chirurgien du programme B).

Les variations de pratique de la durée de séjour ont augmenté dans l'hôpital B entre 1995-1996 et 2000-2001, passant de 3.3% à 5.2% d'hospitalisations dont la durée de séjour se situe à l'extérieur d'un écart-type par rapport à la durée moyenne de séjour (tableau X). Aucun changement significatif n'est constaté dans le programme A alors que, dans le programme B, elles ont augmenté en 1996-1997 puis diminué en 1999-2000 et 2000-2001 sous le niveau atteint en 1995-1996.

Tableau X – Proportions d'hospitalisations dont la durée de séjour est à l'extérieur d'un écart-type par rapport à la moyenne

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Hôpital *	3.3%	5.1% **	4.6%	5.8% **	5.6%	5.2%
Programme A	4.3%	3.3%	3.7%	6.3%	2.9%	3.3%
Programme B *	5.7%	8.5% **	9.2%	8.0%	4.7% **	3.5%

Quant aux variations de pratique des consultations médicales, les résultats sont différents (tableau XI) : aucun changement significatif n'est constaté pour l'hôpital, contrairement aux deux programmes. Elles ont diminué les deux dernières années dans le programme A,

passant de 12.1% à 10% durant la période, alors que, dans le programme B, elles ont connu une baisse au milieu de la période puis sont revenues à leur niveau de 1995-1996.

Tableau XI – Proportions d'hospitalisations dont le nombre de consultations est à l'extérieur d'un écart-type par rapport à la moyenne

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Hôpital	8.8%	8.7%	8.8%	9.6%	10.3%	11.1%
Programme A *	12.1%	13.1%	12.3%	14.9% **	7.9% **	10.0% **
Programme B *	11.1%	7.8% **	6.6%	7.4%	12.1% **	11.6%

Malgré les fluctuations observées des variations de pratique, elles demeurent quand même faibles et peuvent s'expliquer par quantité de facteurs autres que le changement de structure organisationnelle. L'évolution des variations de pratique ne démontre donc pas de changement majeur, durant la période considérée.

En ce qui concerne les conséquences non désirées du processus de soins, les gestionnaires et le médecin du programme A n'estiment pas qu'un changement soit intervenu, alors que les autres gestionnaires de programmes et cliniciens interrogés n'avaient aucune réponse à fournir, à ce sujet :

« Je ne pense pas que la structure par programmes ait eu un impact sur [les taux de mortalité et de réadmissions] » (gestionnaire médical du programme A);

« Je ne pense pas que la gestion par programmes a eu des effets sur la mortalité » (gestionnaire clinico-administratif du programme A);

« [La mortalité et les réadmissions] ne sont pas plus évitées. La gestion par programmes a peu d'influence sur les soins aux patients » (médecin du programme A).

Pour la mortalité, les résultats des analyses quantitatives (tableau XII) semblent confirmer les commentaires précédents. En effet, le taux de mortalité n'a pas significativement changé entre 1995-1996 et 2000-2001, à l'exception de sa faible augmentation dans le programme B, au cours des deux dernières années.

Tableau XII – Taux de mortalité

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Hôpital *	0.8%	0.7%	0.6%	0.7%	0.8%	0.6%
Programme A *	0.6%	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%
Programme B *	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.6% **	0.3%

Quant au taux de réadmissions, il a baissé de façon générale dans l'hôpital. En effet, le taux de réadmissions est passé de plus de 7% à environ 6% durant la période, allant même sous le 5% en 1998-1999. Il a baissé, dès la deuxième année de près de la moitié dans le programme B, alors qu'aucun changement significatif n'est observé dans le programme A (tableau XIII).

Tableau XIII – Taux de réadmissions

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Hôpital *	7.2%	7.1%	5.9% **	4.8% **	5.1%	6.1% **
Programme A *	1.9%	2.4%	1.8%	1.8%	1.6%	2.0%
Programme B *	2.9%	1.6% **	2.0%	1.3%	2.0%	1.5%

À l'instar de l'évolution des variations de pratique, plusieurs autres facteurs que le changement de structure organisationnelle peuvent avoir influencé l'évolution du taux de réadmissions, particulièrement la façon dont les congés de patients hospitalisés sont gérés.

Enfin, malgré les attentes du directeur des services professionnels à l'effet que la satisfaction des cliniciens, spécialement celle des médecins, devait s'améliorer, suite à l'implantation de la structure par programmes, la satisfaction des cliniciens interrogés ne s'est pas modifiée comparativement à celle éprouvée dans la structure fonctionnelle précédente :

« Comme gestionnaire, oui. Comme clinicienne enseignante, pas du tout. L'approche multidisciplinaire était déjà là avant » (médecin dans le programme A et ancien chef du département de médecine);

« Non, [ça n'a pas changé] et on ne s'attendait pas à ce que ça change » (gestionnaire médical du programme B).

Ainsi, la coordination clinique est meilleure, grâce à une amélioration de la cohésion et de la continuité dans les activités hospitalières et ambulatoires, qui constituaient des problèmes avant. Cela se traduit, entre autres, par une plus grande rapidité de prise des décisions. Mais les impacts favorables sur les variations de pratique et les conséquences non désirées du processus de soins n'ont pu être démontrées.

6.2.3. Coordination au niveau administratif

La centralisation horizontale de la gestion des activités cliniques au sommet de la ligne hiérarchique pourrait expliquer en partie cette perception. En effet, les activités cliniques, autrefois sous trois directions (soins infirmiers, services professionnels et services ambulatoires), sont maintenant centralisées sous la direction des programmes. Les directions des soins infirmiers et des services professionnels conservent seulement certaines unités majeures de production dont les cliniciens n'ont pas été décentralisés comme les laboratoires, l'imagerie médicale et le bloc opératoire :

« C'est une approche de partenariat. La direction des opérations cliniques s'occupe de la gestion globale des programmes avec la DSI et la DSP. La DSI a des conseillères et des monitrices pour la formation, la pratique professionnelle, le développement clinique. [...] La DSP a une structure médicale et des unités fonctionnelles (imagerie, bloc opératoire, laboratoires) » (directeur des programmes);

« Avant, il y avait deux chemins de lobby indépendants qui arrivaient du directeur général. La gestion par programmes a un effet régulateur, ce qui démontre le succès de la gestion par programmes au niveau administratif. Par exemple, il y a une seule liste d'équipements par clientèle. [...] Les opérations sont décentralisées mais la gestion reste centralisée » (directeur de la planification et des communications).

Selon l'administration, le contrôle des ressources s'est amélioré et la planification semble désormais possible, étant donné que la prise de décision s'est rapprochée des opérations :

« J'ai l'assurance qu'il y a neuf groupes responsables de ma clientèle, donc j'ai neuf responsables qui règlent les problèmes sur le terrain, contrairement à deux personnes avant, le DSI et le DSP. Les responsables de programmes sont plus proches du terrain et de la décision aussi » (directeur général);

« C'est plus le gestionnaire médical qui [contrôle les opérations dans le programme]. Avant, c'était plus le directeur des services professionnels et les chefs de départements » (directeur des services professionnels);

« Dans le quotidien, je n'ai plus de décision, la première ligne est faite par le gestionnaire médical » (directeur des services professionnels);

« Avec la gestion par programmes, on sait qui s'occupe de quoi et on peut transférer la responsabilité du patient, car chacun [des membres d'une profession] est dédié à une clientèle. C'est plus rapide, car je sais qui fait quoi et le transfert est presque immédiat. C'est comme si on avait des hôpitaux spécialisés » (diététicien du programme A);

« La structure par programmes a aussi des avantages. Il y a la souplesse du programme, car on peut revoir les ressources, par exemple est-ce préférable d'avoir trois infirmières ou deux ergothérapeutes? » (médecin dans le programme A).

Par contre, il nous apparaît impossible de conclure quant à la planification et au contrôle des opérations du travail quotidien des cliniciens : « *À cause de l'évolution des conditions de travail plus ardues, le planning est nécessaire, mais ce n'est pas dû à la gestion par programmes. Pour le contrôle, il n'y a pas de changement* » (chirurgien dans le programme B).

L'amélioration du contrôle des opérations au niveau administratif semble résulter, entre autres, du rôle très précis du gestionnaire clinico-administratif de programme. Selon sa description de poste (document B6), il est responsable de la gestion des opérations cliniques et administratives ainsi que de la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. De plus, il participe à la détermination des orientations cliniques et scientifiques du programme de même qu'il voit à l'élaboration des objectifs annuels, à l'évaluation des résultats cliniques et de la qualité des soins. Mais ces mandats semblent trop lourds selon l'avis de certains cadres supérieurs, même si les gestionnaires de programmes interrogés n'ont pas fait allusion à cette surcharge de responsabilités :

« On dit souvent que les gestionnaires clinico-administratifs sont peu présents dans le programme, ils ont peu de temps pour innover, planifier, développer des liens avec les parents et les partenaires (CLSC, etc.), car ils sont trop pris dans les problèmes quotidiens. Sont-ils devenus des super-infirmières-chefs plutôt que des gestionnaires de programmes ? C'est plus une gestion de crise que l'administration » (directeur de la planification et des communications);

« [La nouvelle structure] demande beaucoup plus de consultation, plus qu'avant. Ce qui fait que dans certains cas, la décision prend plus de temps qu'avant » (directeur des soins infirmiers).

La coordination administrative semble ainsi avoir connu plus de changements favorables que la coordination clinique. Les principales raisons sont une centralisation horizontale plus forte au sommet de la ligne hiérarchique par rapport à la structure fonctionnelle précédente et une augmentation du contrôle des ressources au niveau de la haute direction et des gestionnaires de programmes.

6.2.4. Synthèse : une coordination administrative améliorée

La coordination paraît avoir augmenté aux niveaux administratif et, dans une moindre mesure, clinique. La coordination clinique s'est améliorée de façon plus mitigée que ne l'estiment certains cadres supérieurs et gestionnaires de programmes. Les sujets des deux niveaux confirment que le contrôle des opérations est plus efficace dans la nouvelle structure, comparativement à la structure fonctionnelle précédente. D'autre part et à l'instar de l'hôpital A, les impacts favorables sur les variations de pratiques, les conséquences non désirées du processus de soins et la satisfaction des cliniciens n'ont pu être démontrés. Ainsi, pour l'hôpital B, l'adoption d'une structure par programmes a amélioré la coordination administrative et, dans une moindre mesure, la coordination clinique. La section suivante cherche à déterminer les mécanismes pouvant expliquer cette situation.

6.3. MÉCANISMES D'AMÉLIORATION DE LA COORDINATION

Il s'agit maintenant d'identifier les mécanismes qui ont favorisé l'amélioration de la coordination administrative et clinique. Cette section tente de répondre à la deuxième question de la thèse, en analysant les évidences des variables pour les domaines *Mode de regroupement des cliniciens*, *Adaptation des TIC* et *Utilisation des mécanismes de liaison latérale*.

6.3.1. Mode de regroupement des cliniciens

Le premier domaine comprend cinq variables, soit le regroupement des cliniciens, l'intégration des médecins, le système de contrôle des performances, la taille des unités et les niveaux hiérarchiques.

6.3.1.1. Regroupement des cliniciens

Selon le modèle théorique proposé, la structure par programmes se caractérise par deux éléments distincts : un regroupement des cliniciens (premier élément) en unités relativement autosuffisantes (deuxième élément), c'est-à-dire que chaque unité possède ses propres ressources et est autonome dans la production de ses services.

Le regroupement des cliniciens, à l'exception des médecins et pharmaciens, se confirme non seulement par le nouvel organigramme (document B6), mais aussi par les témoignages des personnes interrogées :

« Les infirmières, les professionnels (ergo, physio, etc.), sauf les pharmaciens. L'équipe médicale est reliée au programme. [...] Les laboratoires spécialisés sont dans les programmes, donc il y a un seul rendez-vous, mais pas les laboratoires centraux, sauf pour le personnel de prélèvement qui est dans les programmes » (directeur des programmes);

« [Avant,] il n'y avait pas de partenariat établi, chacun relevait de directeurs différents donc chacun avait ses choses à faire. Maintenant, on est ensemble dans le même bateau » (gestionnaire clinico-administratif du programme A).

Le regroupement s'est effectué selon « *des balises quantitatives et qualitatives, comme un minimum de niveau d'activités, pour orienter la discussion* » (directeur des soins infirmiers), mais aussi « *les programmes devaient être basés sur l'homogénéité des clientèles et la continuité des soins, [ce qui a poussé parfois à rassembler des spécialités médicales et chirurgicales ensemble]* » (directeur de la planification et des communications).

Ce nouveau mode de regroupement des cliniciens se vérifie concrètement dans l'organisation de la couverture professionnelle, qui n'est plus gérée, comme jadis, au niveau du service professionnel, mais plutôt au niveau du programme : « *La planification des*

vacances est plus difficile, car il n'y a plus de couverture au niveau professionnel mais au niveau du programme » (psychologue dans le programme B).

Cependant, il semblerait que l'hôpital ait voulu pousser trop loin la décentralisation des employés dans les programmes qui incluaient originellement le personnel des archives médicales et de la salubrité. Comme ces deux catégories d'employés ne démontraient aucun sentiment d'appartenance aux programmes (document B2), ils ont été retournés dans leurs départements fonctionnels respectifs.

6.3.1.2. Intégration des médecins aux programmes

Tout comme dans l'hôpital A, les médecins ont conservé leur regroupement départemental que l'on retrouvait dans la structure fonctionnelle précédente. Mais, contrairement à l'hôpital A, ils sont aussi partie intégrante des programmes et se rapportent au niveau clinique à des gestionnaires médicaux de programmes : *« La seule chose qui est peut-être différente [pour les médecins] est que les décisions opérationnelles sont plus avec les gestionnaires médicaux, ce qui n'était pas le cas avant, car ça se passait entre le directeur des services professionnels et les chefs de service »* (directeur des services professionnels).

Chaque programme bénéficie d'un gestionnaire médical, et parfois de deux, en plus du gestionnaire clinico-administratif (document B7). Le gestionnaire médical collabore avec le gestionnaire clinico-administratif pour déterminer les orientations cliniques et scientifiques du programme et pour planifier les ressources : *« Le partenariat médico-administratif n'existait pas avant ni dans d'autres structures »* (directeur des programmes).

Contrairement au gestionnaire clinico-administratif de programmes, le gestionnaire médical de programme ne gère aucune ressource (document B7). Il se rapporte à la fois à son chef de département et au directeur des programmes : *« Le gestionnaire de programme se retrouve entre les services et la Direction des opérations cliniques, et s'y réfère en cas de problèmes »* (gestionnaire médical du programme B). Même s'il ne gère pas de ressources, le gestionnaire médical de programme détient un rôle essentiel dans la gestion des activités cliniques de son programme. En effet, en occupant un poste de cadre, le gestionnaire de programme est formellement intégré à la structure de gestion de l'hôpital. Il s'agit là d'un

message clair envoyé au corps médical, dans la mesure où l'intégration des médecins au reste de l'hôpital passe non seulement par le directeur des services professionnels (comme dans la structure fonctionnelle traditionnelle) mais aussi par un ensemble de gestionnaires médicaux de programmes. Dans la structure par programmes, l'intégration des médecins se manifeste aux niveaux stratégique et tactique; dans la structure fonctionnelle, cette intégration est plus faible, se retrouvant essentiellement au niveau stratégique. L'intégration opérationnelle des médecins se traduirait par le regroupement administratif des médecins en programmes et non plus en départements et services, mais ce niveau d'intégration n'est pas encore perceptible dans l'hôpital B.

Malgré cette intégration, la structure par programmes ne semble avoir apporté aucun changement notable au niveau clinique pour les médecins, de l'avis du directeur de la planification et des communications : « *Les mécanismes médicaux de changement n'ont pas été touchés : les médecins ont vu le train passé, car ils sont restés distants, critiques. Ils ont pensé que c'était un changement administratif* ». En fait, les médecins ont perçu le changement de structure comme essentiellement administratif :

« Les médecins sont plus impliqués dans l'administration. Pour un chef de service médical, je pense que la gestion par programmes change, car il y a un nouveau palier plus local. [...] Tout le monde doit maintenant s'asseoir à la même table. Ça réimplique les médecins dans la structure administrative, on avait été mis de côté. Maintenant, on est plus impliqué dans la gestion quotidienne » (gestionnaire médical du programme A);

« Au niveau clinique, rien n'a changé [, mais au niveau administratif], les médecins ont besoin de plus d'informations pour prendre des décisions » (chirurgien et chef du département de chirurgie).

Le rôle du chef de département médical est demeuré incontournable dans la structure par programmes tout comme dans la structure fonctionnelle, ce rôle comportant de nombreuses responsabilités administratives et universitaires : « *Selon la loi, c'est le chef de département qui importe. Pour l'université, c'est aussi le chef de département qui importe. Il a donc fallu que le gestionnaire médical soit sous le chef de département, car il n'avait pas la reconnaissance des pairs et pas d'autorité* » (directeur des services professionnels). Cette fonction jouit d'un statut privilégié qui se traduit par l'existence d'un lien formel d'autorité entre le gestionnaire médical de programme et le chef de département. Cette mesure attirera possiblement plus les médecins vers la nouvelle structure.

Ainsi, malgré la création des postes de gestionnaires médicaux de programmes, le fonctionnement des médecins au niveau clinique semble être demeuré comparable à celui que l'on retrouve dans la structure fonctionnelle traditionnelle, ce qui expliquerait l'absence de perception de changement au niveau clinique pour les médecins.

Mais il apparaît que la structure par programmes ait toutefois apporté certains bénéfices pour les médecins, notamment un alignement plus ajusté aux objectifs et priorités de l'hôpital :

« Les médecins développent une référence au programme à force de travailler ensemble dans le programme » (gestionnaire médical du programme A);

« Tout le monde tirait de son côté. Maintenant, on comprend mieux les besoins des autres, il existe un consensus, c'est comme une famille » (gestionnaire médical du programme B);

« Les médecins étaient moins impliqués dans l'administration des activités. Maintenant, ils sont plus impliqués mais ils n'ont pas forcément de contrôle » (chirurgien et chef du département de chirurgie).

Ce dernier commentaire doit cependant être nuancé, car l'implication plus poussée des médecins entraîne parfois une lourdeur administrative exacerbée, ce que confirment tant le directeur des programmes (« *Il y a trop de comités parce que l'on veut impliquer les médecins. C'est lourd à gérer* ») qu'un médecin du programme A (« *La gestion par programmes a compliqué beaucoup le fonctionnement administratif pour le corps médical : plus de comités, plus de réunions, plus de décisions* »).

6.3.1.3. Système de contrôle des performances

La décentralisation verticale s'est implantée à deux niveaux. Premièrement, une partie de la décentralisation s'est effectuée du directeur général vers le directeur des programmes : « *Je ne dirige pas la nouvelle structure, c'est le rôle du directeur des [programmes]. Il me fait rapport de la situation dans les programmes* » (directeur général). Deuxièmement, la décentralisation s'est réalisée du directeur des programmes vers les gestionnaires de programmes : « *Nous nous basons sur des principes de la décentralisation avec un respect de l'autonomie de chaque programme, parce que, quand on donne la responsabilité au*

programme d'une clientèle donnée, [l'administration] se discipline pour respecter l'autonomie du programme » (directeur général).

Le résultat le plus évident de cette décentralisation verticale consiste dans la résolution des problèmes à l'intérieur des programmes. Cette façon de procéder fait en sorte qu'on y gagne de la rapidité et de la fluidité comparativement à la structure fonctionnelle précédente au sein de laquelle les problèmes remontaient souvent jusqu'à la haute direction :

« Dans la structure traditionnelle, les décisions se prennent au niveau du comité de gestion où le DSI et le DSP doivent faire des compromis. Avec la structure par programmes, les décisions sont déjà prises au niveau des programmes » (directeur général);

« Ce ne sont plus les mêmes dossiers qui montent à mon niveau. Ce n'est plus la même nature de dossiers. Les dossiers opérationnels se règlent de plus en plus dans les programmes. [...] Maintenant, les gestionnaires de programmes sont comme des mini-directeurs à cause de l'étendue de leurs activités et de leurs ressources » (directeur des programmes).

Tout comme l'hôpital A, les cadres supérieurs de l'hôpital B reconnaissent que cette décentralisation verticale repose, entre autres, sur la qualité des gestionnaires. En effet, pour le directeur des soins infirmiers, « *la structure par programmes repose beaucoup sur les individus en place. Maintenant, rien ne garantit que si les directeurs changent alors ça va fonctionner comme maintenant* ». Il en va de même pour le directeur de la planification et des communications qui croit que « *la perméabilité entre les programmes est plus due au leadership des individus qu'aux programmes eux-mêmes* ».

Cette décentralisation verticale est supportée par un contrôle des résultats, surtout financiers mais aussi cliniques, ce qui constitue un élément nouveau par rapport à la structure précédente :

« On a des indicateurs de productivité et cliniques. Les objectifs sont révisés chaque année et les gestionnaires de programme en sont imputables » (directeur des programmes);

« [Avant,] il y avait un peu d'objectifs fixés avec les cadres. Sauf que maintenant, les objectifs touchent les programmes, l'amélioration continue de la qualité, l'enseignement et la recherche, la gestion des ressources humaines. Quand on évalue les cadres, certains objectifs sont ceux du programme et

d'autres, sont personnels. On évaluait seulement les objectifs personnels avant » (directeur des programmes);

« Les gestionnaires [de programmes] sont plus imputables sur des indicateurs administratifs que sur des indicateurs de résultats cliniques. Je pense que c'est parce qu'il n'y a pas une longue tradition de contrôle des résultats, il y a plutôt une tradition de contrôle des coûts. Maintenant, on essaie de se raffiner vers des résultats cliniques, par exemple les projets de tableaux de bord cliniques dans les programmes » (directeur de la planification et des communications);

« Comme indicateurs, il y a les budgets, on doit justifier les ratios » (gestionnaire médical du programme A).

Cependant, la décentralisation des responsabilités vers les gestionnaires de programmes n'est pas entièrement supportée par les outils appropriés, comme le constate le directeur des services professionnels : « *Il manque aux gestionnaires [de programmes] la boîte à outils qui leur permettrait d'assumer leurs responsabilités* ». Au niveau de l'hôpital, le tableau de bord fait partie des outils utilisés pour supporter le contrôle des résultats. En effet, dans le tableau de bord pour le conseil d'administration, les volumes d'activités sont présentés par programmes, mais les dépenses restent globales pour l'hôpital (document B9). Plusieurs des personnes interrogées ont fait référence au tableau de bord :

« Je pense que le tableau de bord est un outil intéressant de discussion pour améliorer la performance. Mais il y a des dimensions que le tableau de bord ne touche pas, ça touche particulièrement les professionnels, c'est la dimension enseignement et recherche. Le tableau de bord présente des résultats qui sont indiscutables, car ils sont par programmes » (directeur général);

« Il existe un tableau de bord pour les programmes qui est un détail du tableau de bord pour le conseil d'administration, mais c'est plus administratif » (gestionnaire clinico-administratif du programme A);

« Il y le tableau de bord, les résultats budgétaires, la performance au niveau du nombre d'employés versus le nombre de visites. [...] Les durées de séjour, le nombre de patients sont des préoccupations de l'équipe. On a des statistiques par professionnel » (gestionnaire clinico-administratif du programme B).

Même si des indicateurs cliniques figurent dans le tableau de bord de l'hôpital, la priorité est plutôt accordée aux indicateurs administratifs dans le but de mieux suivre le contrôle des dépenses. À un niveau plus micro, le contrôle des résultats cliniques semble plutôt géré à l'intérieur de chaque programme. En effet, un comité de gestion qui jouit d'une large autonomie pour modifier le fonctionnement interne du programme œuvre au sein de chaque programme :

« Pour chaque programme, il existe un comité de gestion qui se fixe des objectifs et qui a sa propre façon de fonctionner dans chaque programme » (directeur des soins infirmiers);

« Avec la gestion par programmes, on a plus d'initiative pour demander des protocoles, car maintenant il y a le comité de gestion élargi qui implique des infirmières, des médecins, etc., et plusieurs problèmes se règlent entre les chefs de programmes. Avant, il fallait passer par le DSI et le DSP, on a donc un meilleur temps réponse aujourd'hui » (gestionnaire clinico-administratif du programme A);

« Pour chaque programme, il y a un comité administratif du programme qui regroupe le coordonnateur médical, le coordonnateur administratif et quatre ou cinq représentants. Ce comité se rencontre plusieurs fois par année ou par mois. Il est responsable des budgets, des plaintes » (chirurgien dans le programme B).

Le comité de gestion de chacun des programmes vient appuyer le gestionnaire clinico-administratif qui, lui, est responsable de la gestion des opérations cliniques et administratives ainsi que de la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. Cet apport inculque une plus grande autonomie de gestion pour le gestionnaire clinico-administratif de programme : « *J'ai plus de latitude, car avant j'étais suivi par la direction. Je me développe des outils, j'ai le pouvoir de régler les problèmes près de moi. Avant, ça me prenait plus d'autorisation que maintenant* » (gestionnaire clinico-administratif du programme A).

De plus, l'accroissement du contrôle des résultats cliniques à l'intérieur du programme se concrétise aussi dans la création d'équipes d'amélioration continue de la qualité. Ces équipes sont responsables d'identifier et de résoudre les problèmes affectant la qualité des soins, par exemple les taux de complications (document B2). L'intérêt porté à ces équipes se vérifie par le propos du directeur des programmes qui avance que l'hôpital peut compter sur « *cinquante équipes cliniques d'amélioration continue de la qualité et chacune est responsable d'identifier un ou deux objectifs par an* ».

La décentralisation verticale donne aussi à constater une meilleure gestion des professionnels du programme :

« La décentralisation a eu des effets : le chef médical de l'unité et l'infirmière chef ont le pouvoir de régler les problèmes en lien avec les orientations de

l'hôpital. La gestion des professionnels est facilitée, car ils sont intégrés aux activités du programme. Le rôle de chaque professionnel est clair, car il est dédié au programme. Dans l'ancienne structure, le chef professionnel n'avait pas cette situation de gestion, chaque professionnel pouvait faire ce qu'il voulait » (gestionnaire clinico-administratif du programme A).

Par contre, les cliniciens eux-mêmes ne perçoivent aucun changement quant au contrôle des résultats de leurs activités, car ils semblent peu informés de l'existence d'indicateurs pour le programme :

« Je ne connais pas les attentes face aux gestionnaires médicaux » (médecin dans le programme A);

« Je ne sais pas. Pas vraiment au niveau professionnel, c'est plutôt au niveau administratif [que les professionnels sont imputables] comme pour les jours de formation » (psychologue du programme B);

« [Les gestionnaires de programme] ne sont pas imputables en fonction de résultats. Ils n'ont pas de compte à rendre. Ils sont impliqués dans l'obtention des résultats. [...] Il n'y a pas de culture d'imputabilité systématisée et/ou contrôlée. [...] [Les professionnels ne sont] pas vraiment [imputables non plus] » (chirurgien dans le programme B).

Cette situation est d'ailleurs entérinée par le directeur de la planification et des communications, suite à l'évaluation de la nouvelle structure : « *De façon générale, [les cliniciens sont imputables]. En pratique, il n'y a pas de démonstration que c'est le cas. Les professionnels semblent se demander à qui rendre compte, surtout les autres qu'infirmières et médecins* ». Donc, le rôle du gestionnaire clinico-administratif n'est pas encore suffisamment explicite pour les professionnels même si, selon la description de poste de celui-ci, il les supervise dans leurs activités cliniques.

Ainsi, le système de contrôle des performances mis sur pied supporte la décentralisation verticale essentiellement au niveau financier, ce qui se traduit par une plus grande autonomie de gestion et de résolution plus rapide des problèmes liés à la qualité des soins dans chaque programme.

6.3.1.4. Taille des unités

La variation de la taille des unités peut s'expliquer soit par la variation du nombre de gestionnaires (si le nombre de gestionnaires diminue, les gestionnaires qui doivent alors superviser plus d'employés), soit par la variation du nombre d'employés. Le directeur des programmes confirme la première approche en mentionnant que « *la simplification de la structure administrative a permis de passer de cent vingt-cinq à quatre-vingt-quinze cadres* ». Selon lui, le nombre moyen de cliniciens par unité administrative a augmenté en délaissant la structure fonctionnelle pour adopter la structure par programmes. Cette affirmation est d'ailleurs partiellement reprise par le directeur des soins infirmiers : « *Depuis la structure par programmes, on rajoute toujours du personnel, comme des secrétaires, malgré l'informatisation* ». Aussi, est-il plausible d'admettre que la taille des unités a connu une augmentation suite au changement de structure.

6.3.1.5. Niveaux hiérarchiques

Le nombre de niveaux hiérarchiques s'est accru avec l'ajout des gestionnaires clinico-administratifs de programmes qui constituent un niveau additionnel de gestion entre les cadres supérieurs et les infirmiers chefs, tel qu'illustré dans l'organigramme de l'hôpital (document B4) et l'organigramme du programme A (document B5), mais aussi avec l'ajout des gestionnaires médicaux de programmes entre les chefs médicaux de départements et les médecins :

« [Le nombre de niveaux de gestion] a augmenté, car il y a les gestionnaires médicaux maintenant » (directeur des services professionnels);

« [Avant,] il y avait une entité de moins, le gestionnaire médical de programme. [...] Pour un chef de service médical, je pense que la gestion par programmes ça change, car il y a un nouveau palier plus local » (gestionnaire médical du programme A).

Les figures 6A et 6B illustrent, de façon schématique, l'évolution de la structure organisationnelle de l'hôpital B au niveau des directions cliniques.

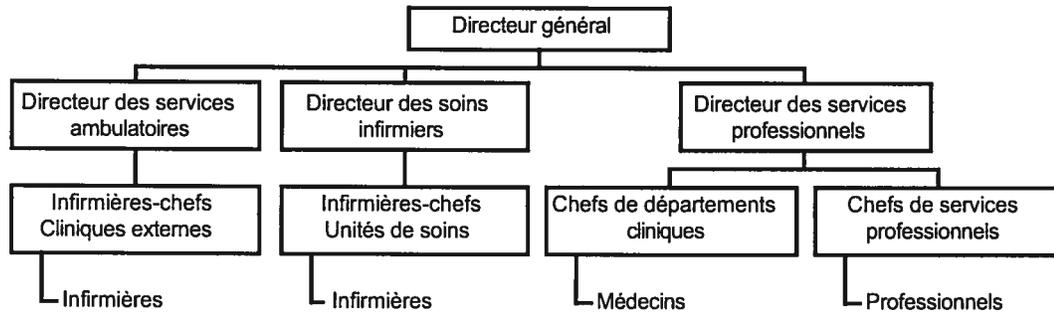


Figure 6A – Représentation schématique de l’organigramme de l’hôpital B, avant la structure par programmes

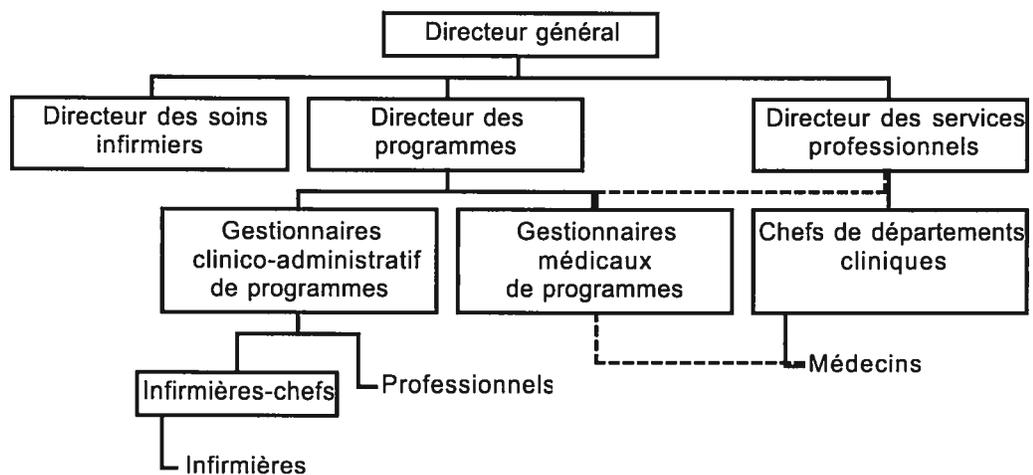


Figure 6B – Représentation schématique de l’organigramme de l’hôpital B, après la structure par programmes

6.3.2. Adaptation des TIC

L'adaptation des TIC comprend les protocoles cliniques, les systèmes d'information et l'ambiguïté.

6.3.2.1. Protocoles cliniques

Les outils cliniques sont demeurés assez traditionnels dans la mesure où, au moment des entrevues, ils n'avaient pas évolué depuis l'implantation de la gestion par programmes. En effet, des plans de soins existaient déjà dans l'ancienne structure et ils n'ont pas été adaptés à la structure par programmes, au dire de plusieurs cliniciens du programme A (diététicien

et infirmier) et du programme B (infirmier et chirurgien). Même s'ils existaient auparavant, les plans de soins n'étaient pas disponibles pour toutes les clientèles de l'hôpital, même s'ils sont requis : « *Je ne pense pas que ça ait changé. Il existe un plan de soins pour les brûlés, il n'y en a pas vraiment pour les autres patients, le travail est plus individuel. Les plans de soins sont requis* » (infirmier du programme B). Le rapport d'évaluation de la nouvelle structure, qui mentionne que les outils commencent à peine à s'implanter, vient renforcer ce constat. Ainsi, alors que l'un des objectifs initiaux de l'adoption de la nouvelle structure par programmes visait l'amélioration des soins aux patients en utilisant une approche par clientèle, l'hôpital a attendu près de quatre ans pour implanter des outils cliniques, comme les plans de soins par clientèles, afin de soutenir ce nouveau mode d'organisation des soins.

Cependant, cette situation pourrait peut-être changer parce que, contrairement à la structure fonctionnelle précédente, le nouveau contexte moins bureaucratique instauré par la structure par programmes accorderait une plus grande flexibilité aux équipes de soins pour créer et adapter leurs plans de soins :

« Sur les unités, on utilisait [des plans de soins] avant. Avec la gestion par programmes, on a plus d'initiative pour demander des protocoles, car maintenant, il y a le comité de gestion élargi qui implique des infirmières, des médecins, etc., et plusieurs problèmes se règlent entre les chefs de programmes. Avant, il fallait passer par le DSI et le DSP, on a donc un meilleur temps réponse aujourd'hui » (gestionnaire clinico-administratif du programme A).

L'hôpital a aussi déployé un programme d'amélioration continue de la qualité qui se montre efficace, selon le directeur des programmes : « *On a cinquante équipes cliniques d'amélioration continue de la qualité et chacune est responsable d'identifier un ou deux objectifs par an* ». L'identification d'objectifs par les programmes a été abordée par tous les autres cadres du premier niveau d'analyse. Pourtant, aucun des cliniciens interrogés n'a fait allusion à ce sujet, ce qui peut s'expliquer par l'absence d'impacts significatifs d'un tel programme sur le personnel clinique. Il apparaît alors qu'un énorme travail reste encore à accomplir pour assurer la pérennité du changement.

6.3.2.2. Systèmes d'information

La charte comptable (document B11) et le système financier ont été les premiers systèmes d'information de gestion adaptés à la nouvelle structure, ce qui est confirmé par le directeur des programmes (« *Avec la gestion par programmes, nous avons dû [...] repenser la charte comptable*»), le directeur des services professionnels ("*Les finances et les statistiques [ont été adaptés par programmes]*») et le directeur de la planification et des communications (« *Les programmes ont fonctionné pendant longtemps sans système informatique adapté, sauf pour les finances par exemple* »).

D'autres systèmes d'information de gestion n'ont cependant pas été adaptés rapidement à la structure par programmes, dont le système de gestion des horaires de travail : « *Ça a pris du temps pour avoir des systèmes adaptés à la gestion par programmes. Par exemple, pour les horaires de travail par programmes, ça s'en vient mais c'est cinq ou six ans après* » (directeur de la planification et des communications). Ainsi, les outils facilitant la gestion des ressources humaines n'ont pas été promptement adaptés à la nouvelle structure, alors que les ressources humaines représentent le poste de dépenses le plus élevé, parfois même jusqu'à 80% du budget des hôpitaux.

Contrairement à l'hôpital A, l'hôpital B a cependant commencé à adapter des systèmes d'information de gestion du monde clinique afin d'obtenir ultimement des coûts par programmes. Par exemple, selon le directeur des services professionnels, l'hôpital « *peut obtenir les coûts [de médicaments] par programmes* », car le système de pharmacie a été adapté à la nouvelle structure. Il en ira de même pour le système de laboratoires qui n'a toutefois pas encore été adapté à la structure par programmes.

Malgré ces adaptations, il n'en demeure pas moins que les outils pour supporter la gestion opérationnelle des programmes paraissent plutôt discrets sinon absents, ce qui est confirmé par les gestionnaires de programmes et le rapport d'évaluation de la nouvelle structure (document B2).

6.3.2.3. Ambiguïté

Le recours à des médias de communication fournissant une information de plus en plus riche permet de réduire l'ambiguïté. Cette richesse augmente, selon le continuum suivant : documents numériques formels, documents écrits impersonnels, documents écrits pour un destinataire spécifique, médias électroniques (téléphoniques, courrier électronique), discussion face-à-face. Aucune évidence ne permet de conclure à une variation dans l'utilisation des quatre premiers médias entre la structure actuelle et la structure précédente. Par contre, en ce qui concerne les discussions face-à-face, elles occupent un plus large espace entre les infirmiers et les autres intervenants, dans la structure par programmes :

« Les communications sont plutôt face-à-face, j'utilise peu le courrier électronique » (diététicien);

« Je pense qu'il y a deux grands pôles [dans la coordination des soins] : il y a les équipes multidisciplinaires et il y a beaucoup de face-à-face. C'est la même chose qu'avant, je ne suis pas sûre que la gestion par programmes ait changé quelque chose » (médecin dans le programme A);

« On a régulièrement des discussions un à un sur des cas, entre moi et la travailleuse sociale, entre moi et l'orthophoniste, entre moi et l'infirmière ou avec le médecin » (psychologue du programme B);

« Un à un, c'est plus informel. [...] Les infirmières sont plus autonomes. [...] On va plus parler avec les pairs, surtout entre infirmières » (infirmier dans le programme B).

De façon plus formelle, l'hôpital a procédé à un exercice de clarification des informations de gestion et de précision des rôles des gestionnaires. Premièrement, les indicateurs financiers et statistiques ont été définis pour tout l'hôpital, ce qui vient supporter efficacement la mise en place d'un système de contrôle des performances : « *L'hôpital a été transformé. En 1999-2000, on a défini tous les indicateurs. [...] On a des indicateurs de productivité et cliniques. Les objectifs sont révisés chaque année et les gestionnaires de programme en sont imputables* » (directeur des programmes). Cependant, l'application des nouvelles définitions ne semble pas encore avoir imprégné toute l'organisation, comme le rapporte le directeur de la planification et des communications : « *Il est difficile d'arrimer l'information selon les sources, finances ou cliniques, et selon l'homogénéité, quelle est la définition de la DMS ?* ».

Deuxièmement, en ce qui concerne les gestionnaires de programmes et les cliniciens, les rôles des premiers paraissent plus évidents (document B2), notamment entre la gestion des activités et le développement professionnel :

« Dans les deux premières années, le concept de programme était un peu flou pour un programme aussi vaste que la médecine. Les médecins développent une référence au programme à force de travailler ensemble dans le programme. On est encore à préciser la ligne entre le chef [médical] de programme, le chef du département et le chef du service, car il existe un flou, chacun commence à mieux cerner son territoire » (gestionnaire médical du programme A);

« C'est plus clair après quatre ans que la structure par programmes s'occupe de l'aspect opérations et clientèles, et que la structure hiérarchique CMDP-DSP-DSI s'occupe de l'aspect universitaire et professionnel. [...] Leur rôle a été modifié. [...] Il y a plus de structure dans le programme » (gestionnaire clinico-administratif du programme A);

« Avec la gestion par programmes, on sait qui s'occupe de quoi et on peut transférer la responsabilité du patient, car chacun [des membres d'une profession] est dédié à une clientèle. C'est plus rapide, car je sais qui fait quoi et le transfert est presque immédiat » (diététicien du programme A).

Ainsi, l'hôpital semble avoir consenti des efforts pour réduire l'ambiguïté sur les plans administratif et clinique, respectivement grâce à la clarification des informations de gestion et des rôles des différents cliniciens. De plus, la structure par programmes favorise l'augmentation des discussions face-à-face entre les infirmiers, la catégorie de cliniciens la plus nombreuse, ce qui devrait aussi favoriser la réduction de l'ambiguïté au niveau clinique.

6.3.3. Utilisation des mécanismes de liaison latérale

Afin de maintenir l'accent sur la qualité de l'acte professionnel malgré la décentralisation des cliniciens dans les programmes, l'hôpital B a redéfini les rôles des chefs de services professionnels, du directeur des soins infirmiers et du directeur des services professionnels. Pour les premiers, ils ont d'abord été nommés répondants professionnels et étaient responsables des questions d'ordre professionnel pour tous les professionnels dans un programme spécifique. Suite à l'évaluation de la nouvelle structure, ils ont été renommés chefs professionnels et sont maintenant responsables des questions professionnelles pour

tous les membres d'une même profession. Ces chefs professionnels jouent le même rôle que les répondants professionnels dans l'hôpital A.

Ainsi, le principal objectif des chefs professionnels et des deux directeurs cités précédemment vise maintenant à assurer le développement professionnel, selon les normes et standards de pratique reconnus dans chaque profession. Ce changement, qui correspond à la création d'un poste de rôle intégrateur selon le modèle théorique, se confirme par leur nouvelle description de poste (document B9) mais aussi par certains cadres, dont le directeur des programmes : « *On a maintenu les chefs professionnels, ils ont les mêmes fonctions que le directeur des soins infirmiers pour leur discipline. [...] Ils sont responsables de l'acte professionnel, des compétences, de l'orientation et de l'enseignement* ». Ces nouveaux rôles servent, dans la mesure du possible, à conserver la spécialisation horizontale des cliniciens, que l'on retrouve dans la structure fonctionnelle et qui tend à faiblir, lorsque l'hôpital adopte une structure par programmes.

Face à la réduction de la spécialisation horizontale des cliniciens, certains gestionnaires de programmes commencent à réfléchir sur les impacts négatifs produits par une trop forte spécialisation verticale que l'on retrouve dans la structure par programmes, au détriment d'une spécialisation horizontale: « *Depuis l'année dernière, le morcellement de certaines expertises est une conséquence indirecte négative qu'il faut considérer. Par exemple, il existe une clinique de nutrition en gastrologie et une clinique de nutrition en médecine* » (gestionnaire médical du programme A). Pour contrer ce problème et ainsi réduire l'impact du morcellement des expertises, l'hôpital a commencé à créer des cliniques thématiques (document B10). Ces cliniques regroupent des cliniciens de plusieurs programmes et s'adressent aux patients dont le portrait clinique exige un traitement multi-programmes. Ces cliniques thématiques peuvent aussi être considérées comme une réponse à la faible coordination interprogrammes abordée dans la section sur l'amélioration de la coordination des soins. Avec ces cliniques, l'hôpital ajoute un mécanisme qui se rapproche de la structure fonctionnelle, car il favorise ainsi les interdépendances verticales.

En plus de la création des rôles de répondants professionnels, l'hôpital a aussi créé des comités pour favoriser le développement professionnel : « *Il y a plusieurs comités : le comité interdisciplinaire (avec un représentant de chaque discipline), le comité de pratique*

en soins infirmiers, le comité clinique (deux conseillers de la DSI sont affectés aux programmes pour améliorer les techniques, les outils cliniques, etc.) » (gestionnaire clinico-administratif du programme A).

Ainsi, la redéfinition du rôle de certains cadres pour assurer le développement professionnel et l'augmentation du nombre de comités sur le plan professionnel dénotent un accroissement de l'utilisation des mécanismes de liaison latérale dans la nouvelle structure par programmes.

CHAPITRE 7. ANALYSE TRANSVERSALE

Ce chapitre rend compte des résultats obtenus suite à notre analyse transversale des deux analyses de cas en fonction du modèle théorique. L'analyse des propositions du modèle s'écarte de l'ordre retenu, lors des chapitres précédents. Afin de mieux dégager les conclusions de l'analyse transversale, les propositions sont analysées, selon une logique plus appropriée au fonctionnement de la structure par programmes. La présentation des résultats suivra la logique suivante. Nous démontrerons d'abord comment l'implantation de la structure par programmes se caractérise par un ensemble de changements structurels de base; puis, comment ces changements structuraux conduisent à des résultats bénéfiques au plan de la coordination administrative dans un premier temps, ensuite clinique et finalement professionnelle. À la fin de ce chapitre, nous proposerons un modèle théorique révisé.

7.1. PROCESSUS D'IMPLANTATION DE LA STRUCTURE PAR PROGRAMMES

L'objet du travail en cours consistait à étudier les impacts de l'implantation d'une structure par programmes sur la coordination des soins. Mais comme il s'agit d'une innovation structurelle récente, nous avons pu observer que le processus d'implantation a fortement été marqué par la stratégie d'implantation adoptée et la qualité des gestionnaires.

Les deux hôpitaux ont utilisé deux stratégies différentes pour modifier leur structure organisationnelle : un changement de type incrémental pour l'hôpital A et un changement plus radical pour l'hôpital B. Dans le premier cas, le changement structurel s'est échelonné sur une période de sept ans, alors que le changement a été réalisé en moins de deux ans, dans le deuxième cas. Malgré cette différence, les effets sur l'amélioration de la coordination des soins peuvent être qualifiés de positifs dans les deux cas et semblent s'équivaloir quant aux perceptions des acteurs. Au moment des entrevues, les hôpitaux A et B fonctionnaient à l'intérieur d'une structure par programmes depuis moins de deux ans et plus de trois ans respectivement.

Un deuxième facteur important concerne la qualité des gestionnaires responsables des nouveaux programmes. Les cadres supérieurs des deux hôpitaux ont insisté sur la qualité de ces gestionnaires, tant des cadres supérieurs que des cadres intermédiaires, comme constituant un facteur déterminant dans le succès du changement structurel. Il semble que ces gestionnaires aient tenu un rôle clé dans l'implantation du changement organisationnel, particulièrement les gestionnaires dont la position n'existait pas avant le changement, à savoir le directeur des programmes et les gestionnaires de programmes. Leur rôle a été névralgique dans l'instauration d'un changement de culture orienté vers la gestion par programmes.

7.2. CHANGEMENTS STRUCTURELS FONDAMENTAUX DE LA STRUCTURE PAR PROGRAMMES

Les changements induits par l'implantation de la structure par programmes sur la structure même et les processus organisationnels sont nombreux. L'implantation de cette nouvelle structure semble avoir été caractérisée par trois changements structurels fondamentaux : le regroupement des cliniciens en programmes, l'augmentation de l'intégration médecins-hôpital et l'adaptation des systèmes d'information de gestion. Ces trois changements ont produit, au moyen de changements intermédiaires à la structure et aux processus, une meilleure coordination des soins.

7.2.1. Regroupement des cliniciens en programmes

Dans les deux hôpitaux, les cliniciens ont été regroupés en programmes, chaque programme étant autonome dans l'offre des soins à sa clientèle. Cependant, cette autonomie ne fut pas complète. Certains services spécialisés ont été maintenus pour desservir chacun des programmes. En effet, des services diagnostiques et thérapeutiques majeurs comme les laboratoires, l'imagerie médicale et la pharmacie (et le bloc opératoire dans l'hôpital B) ont conservé leur personnel clinique et sont demeurés des unités centralisées, tout comme ils étaient déjà établis dans la structure fonctionnelle précédente. Par conséquent, certains médecins et autres professionnels de la santé ont poursuivi leur travail dans des unités fonctionnelles traditionnelles.

Le type de regroupement des cliniciens en programmes observé dans les deux hôpitaux confirme la première proposition du modèle théorique, selon laquelle la structure par programmes se caractérise d'abord par le regroupement des cliniciens en équipes formelles et autonomes vers lesquelles s'effectue une décentralisation du contrôle de l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières.

Cependant, la logique de ce regroupement n'a pu être appliquée jusqu'au bout dans la mesure où les deux hôpitaux n'ont pu implanter qu'une **forme partielle de structure par programmes, car ils ont maintenu des services cliniques centralisés**. Ainsi, malgré la création de programmes jouissant de leur propre autonomie dans la gestion des ressources, il persiste un dilemme structurel entre cette autonomie et le partage de ressources spécialisées, coûteuses et nécessaires à tous les programmes. La structure par programmes peut alors difficilement être réalisée au maximum, de telle sorte que chaque programme soit totalement indépendant du reste de l'hôpital.

Donc, les deux hôpitaux ont réalisé un changement structurel majeur qui affecte le cœur des activités de l'hôpital, soit les activités de soins directs aux patients. Ce changement structurel accentue les interdépendances horizontales au détriment des interdépendances verticales favorisées par la structure fonctionnelle. Comme la coordination des soins dépend plus des interdépendances horizontales, elle devrait conséquemment s'améliorer dans la structure par programmes. De plus, le regroupement des cliniciens en programmes crée une nouvelle structure formelle mieux adaptée à la structure informelle de production des soins, ce meilleur alignement devrait améliorer la coordination administrative et clinique.

7.2.2. Amélioration de l'intégration médecins-hôpital

La définition de l'unité de gestion (c'est-à-dire le programme) demeure délicate et demande une personnalisation propre à chaque organisation afin d'atteindre les objectifs visés. Chaque hôpital étudié a dû procéder à cet ajustement, selon son contexte spécifique, notamment en regard de la structure médicale qui a été adaptée de deux façons différentes dans les deux hôpitaux.

Pour l'hôpital A, les médecins ne se trouvent pas formellement intégrés à la structure par programmes, ils conservent leur propre structure hiérarchique médicale parallèle à la structure par programmes. Mais ces deux structures offrent peu de choix. Elles doivent constamment demeurer en interaction, ce qu'elles réussissent par les liens informels existant entre les chefs médicaux et les gestionnaires de programmes, les médecins se rapportant aux premiers et non aux deuxièmes.

La situation paraît différente à l'hôpital B qui a développé une plus grande intégration des médecins, grâce à la création du poste de gestionnaire médical dans chaque programme. Ainsi, chaque programme possède une structure de cogestion avec un gestionnaire clinico-administratif et un gestionnaire médical. Cette cogestion assure une plus grande implication des médecins que celle observable au sein de la structure fonctionnelle; ceci a provoqué un plus fort sentiment d'intégration chez les médecins et, conséquemment, entraîne un meilleur arrimage aux objectifs et priorités des programmes. Par contre, en ce qui a trait au côté clinique, les médecins n'ont pas perçu de changement significatif quant à la coordination des soins, tout comme dans l'hôpital A. L'hôpital B a réussi à intégrer les médecins, au niveau administratif, à un degré plus élevé que l'hôpital A, ce qui a entraîné un alignement plus solide des médecins au niveau administratif avec les objectifs et priorités de l'hôpital. Cette observation tend à confirmer la deuxième proposition du modèle théorique à l'effet que la structure par programmes augmente l'intégration des médecins au sein de l'hôpital comparativement à la structure fonctionnelle.

Cependant, le gestionnaire médical de l'hôpital B n'est pas responsable de la gestion des effectifs médicaux de son programme. Cette responsabilité incombe encore au chef de département médical, tout comme dans l'hôpital A et la structure fonctionnelle traditionnelle. L'implication du chef de département médical dans la gestion des activités médicales demeure alors nécessaire, ceci tend à démontrer que le modèle autonome d'intégration médecins-hôpital a en partie persisté dans les deux hôpitaux étudiés, alors que le modèle théorique propose que la structure par programmes devrait entraîner un passage plus marqué du modèle autonome à un modèle hétéronome ou conjoint. Le poste de gestionnaire médical de programme se compare plus à un rôle intégrateur, mécanisme de liaison latérale important, qu'à un mécanisme d'intégration médecins-hôpital facilitant le passage à un modèle hétéronome ou conjoint d'intégration médecins-hôpital. Ce rôle

intégreur de gestionnaire médical de programme favorise l'établissement de liaisons latérales formelles entre les hiérarchies médicale et administrative de l'hôpital, tout en conservant un modèle autonome d'intégration médecins-hôpital.

Les deux hôpitaux ont aussi créé des comités de gestion dans les programmes auxquels participent des médecins. Au plan administratif, ces comités de gestion viennent supporter le rôle des gestionnaires de programmes. Au plan clinique, ces comités n'ont entraîné aucun impact. La création de ces comités de gestion à forte représentation médicale constitue un autre mécanisme d'intégration médecins-hôpital. Cependant, à l'instar du mécanisme précédent, ces comités de gestion de programmes constituent des groupes de travail, autre mécanisme non négligeable de liaison latérale.

Contrairement à ce que le modèle théorique propose, la structure par programmes semble moins efficace que prévue à réaliser l'intégration des médecins par un modèle hétéronome ou conjoint de relations médecins-hôpital. En effet, au lieu de changer la structure organisationnelle en brisant les silos fonctionnels, l'implantation de la structure par programmes résulterait plutôt en la **mise en place de mécanismes de liaisons latérales** entre les silos fonctionnels et stimulant le rapprochement des hiérarchies médicale et administrative; le résultat attendu serait toutefois comparable, à savoir **l'augmentation de l'intégration des médecins**. Le choix de conserver le modèle autonome – qui semble ressortir au plan tactique et surtout opérationnel de l'organisation – dans les deux hôpitaux pourrait expliquer la raison pour laquelle les médecins n'ont pas perçu de changement au niveau opérationnel, suite à l'implantation de la structure par programmes. Malgré cela, l'augmentation de l'intégration médecins-hôpital devrait rapprocher les médecins des autres cliniciens dans l'offre des soins, ce qui devrait ultimement améliorer la coordination des soins, car ce mécanisme se concrétise à un niveau plus opérationnel.

7.2.3. Adaptation des systèmes d'information de gestion

Les deux hôpitaux ont procédé à des changements majeurs en ce qui concerne la gestion de leurs systèmes d'information de gestion. Premièrement, au niveau administratif, les **principaux systèmes d'information de gestion existants ont été modifiés** pour tenir compte des programmes. En effet, tout système d'information à portée organisationnelle

comporte une représentation de la structure organisationnelle : dans une structure fonctionnelle, cette représentation illustre les centres d'activités, à savoir chaque unité de soins, chaque service professionnel, etc. Dans les deux hôpitaux, cette représentation a été modifiée dans les systèmes d'information de gestion pour y ajouter les programmes, tout en conservant la représentation de la structure fonctionnelle à des fins d'imputabilité externe vis-à-vis des agences régionales et du ministère de la Santé. La charte comptable constitue le premier et principal système d'information de gestion modifié. Ainsi, la charte comptable permet non seulement d'imputer les dépenses selon les centres d'activités, tels que définis dans le manuel de gestion financière du ministère de la Santé et applicable à tous les établissements de santé de la province, mais aussi, selon les programmes. Cependant, les cadres supérieurs semblent avoir particulièrement bénéficié de l'adaptation des systèmes d'information de gestion. Les gestionnaires de programmes, quant à eux, ont peu retiré de cette transformation, car les outils supportant la gestion opérationnelle des programmes se montrent, jusqu'à ce jour, insuffisants, pour ne pas dire inexistantes. Jusqu'à présent, la qualité des gestionnaires de programmes a suppléé partiellement au manque de systèmes d'information de gestion, au plan opérationnel. Les deux hôpitaux ont témoigné d'une volonté de remédier à cette absence quelque peu justifiable, par le fait que le réaligement des systèmes d'information, suite à un changement de structure organisationnelle, revêt une grande complexité et nécessite temps et ressources, tant humaines que financières. La septième proposition du modèle théorique à l'effet que la structure par programmes requiert l'adaptation des systèmes d'information de gestion pour être adaptés à la nouvelle structure organisationnelle se confirme au niveau du sommet stratégique alors que les développements, au niveau opérationnel, stagnent encore.

Deuxièmement, les informations de gestion ont été définies de façon uniforme pour toute l'organisation mais aussi, dans l'hôpital A, pour chacun des programmes. Grâce à ce travail ardu et difficile, compte tenu de la complexité organisationnelle des hôpitaux, la **clarification des informations de gestion** facilite l'utilisation, par tous les gestionnaires, d'un même langage d'indicateurs de gestion. Le principal résultat de la définition et de la clarification des informations de gestion se concrétise dans le tableau de bord qui, en plus, représente l'un des systèmes d'information modifié pour tenir compte des programmes, c'est-à-dire qu'il comprend désormais les indicateurs de gestion pour chaque programme et non plus pour chaque centre d'activités.

7.3. IMPACTS SUR LA COORDINATION ADMINISTRATIVE

Les deux analyses de cas nous ont permis de mettre en évidence que le regroupement des cliniciens en programmes et l'adaptation des systèmes d'information de gestion entraînent une augmentation de la capacité des gestionnaires à planifier et contrôler les opérations; ceci améliore la coordination administrative. Les principaux mécanismes structuraux intermédiaires, responsables de cette évolution, correspondent à l'augmentation de la centralisation horizontale et à la réduction de l'ambiguïté et de l'incertitude, au plan administratif.

7.3.1. Augmentation de la centralisation horizontale

La décentralisation des cliniciens dans les programmes a privilégié les interdépendances horizontales, ce qui, à terme, faciliterait une meilleure coordination des soins. Toutefois, en éliminant les postes de chefs de services professionnels dans les deux hôpitaux, cette décentralisation des cliniciens a aussi été accompagnée d'une centralisation de la gestion des activités cliniques à deux niveaux.

Premièrement, au niveau supérieur, la direction des programmes a remplacé les directions des soins infirmiers et des services professionnels, ainsi que la direction des services ambulatoires dans le cas de l'hôpital B. Dans l'hôpital A, la direction des soins infirmiers n'existe plus et la direction des services professionnels est devenue la direction médicale, car seuls les médecins se rapportent maintenant au directeur médical. Le passage d'une direction des services professionnels à une direction médicale signifie une diminution considérable des responsabilités de gestion pour le directeur des services professionnels : tous les services professionnels (physiothérapie, ergothérapie, pharmacie, etc.) et les services hospitaliers (admission, archives médicales, etc.), ordinairement sous la direction des services professionnels dans les hôpitaux à structure fonctionnelle, ont été transférés à d'autres directions, essentiellement à celle des programmes. Pour l'hôpital B, la direction des soins infirmiers et celle des services professionnels existent encore mais jouent principalement un rôle de gestion de l'acte professionnel.

Ainsi, l'implantation de la structure par programmes a entraîné une séparation nette entre deux grandes responsabilités de gestion pour les cadres supérieurs cliniques : le cadre supérieur responsable de la gestion des activités cliniques (c'est-à-dire le directeur des programmes) n'est plus le même cadre supérieur responsable de la qualité de l'acte professionnel, comme c'est habituellement le cas dans la structure fonctionnelle.

Deuxièmement, au niveau opérationnel, la gestion des activités de soins directs aux patients est centralisée auprès du gestionnaire de programmes, contrairement à ce qui se vit dans la structure fonctionnelle dans laquelle cette responsabilité est assumée par les infirmiers chefs et les chefs de services professionnels. Moins d'individus se trouvent alors impliqués dans la gestion quotidienne de ces activités : la structure de gestion est passée de plusieurs infirmiers chefs (un par unité de soins) et plusieurs chefs de services professionnels (un par profession) à une dizaine de gestionnaires de programmes.

La gestion des activités cliniques a été **centralisée horizontalement** tant au premier qu'au deuxième niveau d'analyse. La gestion des activités cliniques a été centralisée sous un seul cadre supérieur, alors que dans la structure fonctionnelle, les activités cliniques étaient gérées par deux et trois cadres supérieurs, dans les hôpitaux A et B, respectivement. La gestion des activités cliniques a aussi été centralisée autour des cadres intermédiaires, à savoir les gestionnaires de programmes. Grâce à cette centralisation, l'hôpital réduit le nombre de cadres responsables de l'offre des soins directs aux patients, amenuisant ainsi les conflits, lorsque plusieurs cadres partagent cette responsabilité. De plus, l'hôpital simplifie l'alignement entre la structure de contrôle hiérarchique (l'ensemble du personnel d'encadrement) et la nouvelle structure de production des soins (caractérisée par les programmes) de sorte qu'un seul cadre supérieur assume la responsabilité de l'ensemble des soins directs aux patients et qu'un seul cadre intermédiaire soit responsable des soins pour chaque clientèle de l'hôpital. La structure fonctionnelle offrait un contexte plus vague et moins défini, car plusieurs cadres intermédiaires pouvaient, lors d'une même période de temps, être co-responsables des soins d'une clientèle particulière. Par exemple, l'infirmier chef, le chef de physiothérapie, le chef d'ergothérapie ou encore le chef du service social pouvaient, chacun dans son domaine, être responsables des soins offerts aux patients d'orthopédie. La simplification de cet alignement devrait normalement résulter en une meilleure coordination des soins.

Cependant, au niveau opérationnel, la centralisation de la gestion des activités cliniques, assumée par un nombre plus élevé de cadres dans la structure fonctionnelle, entraîne une surcharge de responsabilités administratives pour les gestionnaires de programmes. Afin d'absorber ce surplus administratif, les deux hôpitaux ont ajouté un niveau additionnel de gestion, occupé par les gestionnaires de programmes, entre les cadres supérieurs et les infirmiers chefs encore présents dans la structure par programmes. Ainsi, dans la direction des soins infirmiers (principalement transformée en direction des programmes) des deux hôpitaux, l'implantation de la structure par programmes a entraîné l'instauration de ce niveau additionnel de gestion. Dans les services professionnels (c'est-à-dire les services cliniques autres que les soins infirmiers et les services médicaux), les postes de chefs de service ont été abolis, à l'exception des chefs des unités fonctionnelles qui, elles, sont demeurées centralisées. Les responsabilités des anciens chefs de services professionnels quant à la gestion des activités ont été transférées aux gestionnaires de programmes, entraînant ainsi cette surcharge administrative. Les responsabilités des chefs de services professionnels en matière de gestion de la qualité de l'acte professionnel correspondent maintenant à celles des répondants professionnels qui, eux, ne font pas partie du personnel d'encadrement.

Donc, dans la structure par programmes, la **gestion opérationnelle des activités cliniques a nécessité un niveau additionnel de gestion** par rapport à la structure fonctionnelle traditionnelle. La proposition du modèle théorique quant à la réduction du nombre de niveaux hiérarchiques n'a pas été confirmée dans les deux hôpitaux. La conclusion à l'effet que la structure par programmes entraîne plutôt l'addition d'un niveau de gestion peut s'expliquer par la surcharge administrative occasionnée par la centralisation horizontale au niveau opérationnel et la complexité inhérente à l'hôpital due au grand nombre de professionnels qui y travaillent et à la multitude de soins qui y sont prodigués. Ce changement structurel, à savoir l'ajout d'un niveau de gestion, facilite ainsi la décentralisation des cliniciens dans les programmes afin d'améliorer la coordination des soins.

Ce nouveau poste de gestion occupé par les gestionnaires de programmes offre un deuxième avantage pour l'hôpital : l'accroissement de la taille des unités à diriger. En ce qui

concerne les soins infirmiers, la taille des unités n'a pas varié entre les deux structures, à l'exception de la fusion de deux unités de soins chirurgicaux dans l'hôpital A. Les professionnels de chaque service, quant à eux, ont été décentralisés dans les programmes. Il en découle que les programmes sont des unités d'une taille supérieure à celle des services professionnels, mais les deux se comparent difficilement, vu leur grande disparité au plan des ressources et services offerts. Or, l'un des résultats notables de l'implantation de la structure par programmes s'est traduit par le regroupement des unités du plus bas niveau de la structure fonctionnelle, à savoir les unités de soins et les services professionnels, en super-unités (c'est-à-dire les programmes) avant de les regrouper sous des directions. Étant donné que les directions constituent le premier niveau de regroupement dans les structures fonctionnelle et par programmes, l'unité du deuxième niveau de regroupement dans la structure par programmes (soit le programme) possède généralement une taille plus élevée que l'unité du deuxième niveau de regroupement dans la structure fonctionnelle (soit l'unité de soins et le service professionnel). Par conséquent, la quatrième proposition du modèle théorique devrait être modifiée pour indiquer que **la structure par programmes entraîne une augmentation de la taille des unités du deuxième niveau de regroupement**. En ajoutant un niveau de gestion, la structure par programmes peut parvenir à gérer les nouvelles unités, malgré leur taille plus élevée. La capacité de l'hôpital à gérer ces unités de plus forte taille donne la possibilité d'administrer adéquatement l'ensemble des cliniciens impliqués dans l'offre de soins à une clientèle spécifique, ce qui devrait, à terme, soutenir une meilleure coordination des soins.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la centralisation horizontale de la gestion des activités cliniques a permis aux deux hôpitaux de simplifier l'alignement de leurs structures de contrôle hiérarchique et de production des soins. Cette simplification a, en retour, fourni à ces deux établissements l'occasion de mettre en place un système de contrôle des performances de chaque programme. Un tel mécanisme apparaît plus difficile à implanter dans la structure fonctionnelle où plusieurs cadres demeurent responsables de l'offre de soins à une même clientèle, l'imputabilité s'en trouve alors moins délimitée. Cependant, ce **système contrôle essentiellement les résultats financiers**. Le sommet stratégique contrôle peu la performance clinique. L'administration semble privilégier le tableau de bord de gestion comme outil pour supporter ce contrôle des résultats financiers. Au niveau administratif, les résultats observés auprès des deux hôpitaux confirment donc

partiellement la troisième proposition du modèle théorique selon laquelle la structure par programmes établit, au premier niveau d'analyse, un meilleur système de contrôle des performances qui assure à l'administration une vérification des résultats de chaque programme sans nécessité d'ingérence tatillonne. En retour, au deuxième niveau d'analyse, les programmes bénéficient d'une plus grande autonomie locale dans la gestion de leurs ressources pour atteindre les résultats cliniques, ce qui sera présenté dans la section 7.4.1.

7.3.2. Réduction de l'ambiguïté et de l'incertitude sur le plan administratif

L'analyse de l'hôpital A révèle que les discussions face-à-face se sont multipliées entre les directeurs, au détriment d'autres moyens comme le courrier électronique qui constitue un médium de communication qualifié faible en richesse d'information. Cette situation peut s'expliquer par la réduction du nombre de directeurs (résultat de la centralisation horizontale) et d'un fonctionnement en silo moins intense, propre à la structure fonctionnelle traditionnelle. Dans la structure par programmes, le directeur des programmes dépend plus des autres directeurs pour assurer le support professionnel adéquat de ses programmes. De plus, les groupes de travail administratifs internes aux programmes et les comités de gestion de chacun de ceux-ci sont fréquents. Ce mécanisme structurel réduit une grande partie de l'ambiguïté issue du niveau opérationnel. Les membres de ces comités réunis sur la base de clientèles ciblées se montrent plus sensibles à partager des affinités et une compréhension en regard des problématiques de gestion auxquelles ils sont confrontés et à trouver des solutions concrètes à leur niveau. Dans l'hôpital B, l'utilisation des médias de communication n'a pas changé. Des efforts significatifs ont toutefois été fournis dans la précision des rôles des gestionnaires de programmes et des informations de gestion (indicateurs financiers et statistiques) au niveau des directeurs. L'adaptation des informations de gestion pour chaque programme reste encore à effectuer. L'utilisation de médias de communication riches en information, la clarification des informations de gestion et l'occasion de partager les compréhensions personnelles des différentes problématiques de gestion se sont traduites en une **réduction de l'ambiguïté sur le plan administratif**, ce qui rejoint une partie de la proposition #8 du modèle théorique. L'autre partie sur l'ambiguïté clinique sera abordée dans la section 7.4.2.

Les cadres supérieurs des deux hôpitaux ainsi que les gestionnaires de programmes de l'hôpital A ont confirmé qu'ils bénéficiaient de plus d'informations de gestion, ce qui a pour effet de réduire, conformément au modèle théorique, l'incertitude à laquelle ils sont confrontés. Cette plus grande disponibilité d'informations de gestion proviendrait, selon ces gestionnaires, du développement des systèmes d'information. La confirmation, par les gestionnaires des deux hôpitaux, que leur niveau d'**incertitude sur le plan administratif a baissé** tend à valider une partie de la dixième proposition du modèle théorique qui énonce que la structure par programmes réduit l'incertitude administrative. L'autre partie de la proposition, soit la réduction de l'incertitude clinique, sera abordée dans la section 7.4.2.

7.3.3. Augmentation de la capacité des gestionnaires à planifier et contrôler les opérations

Le directeur des programmes et les gestionnaires de programmes se sont retrouvés en meilleure position pour planifier et contrôler les opérations cliniques, car la structure par programmes leur a procuré un environnement de gestion plus sain où l'incertitude et l'ambiguïté ont été réduites.

De plus, les deux analyses de cas ont fait ressortir une centralisation des responsabilités de gestion opérationnelle des ressources humaines, matérielles et financières impliquées dans la production des soins directs aux patients dans les mains des gestionnaires de programmes. Les acteurs concernés des deux organisations ont d'ailleurs tous observé un meilleur contrôle opérationnel des ressources par les gestionnaires de programmes. De plus, l'analyse de l'hôpital B révèle qu'un poste de gestionnaire médical de programme a été créé dans chaque programme afin de supporter le gestionnaire clinico-administratif de programme dans la planification des besoins en ressources médicales. Cette situation de cogestion vient renforcer la capacité de planification et de contrôle des opérations dans chaque programme et, par extension, d'une grande partie des activités cliniques de l'hôpital.

Plus de décisions se sont prises au niveau opérationnel comparativement à la structure fonctionnelle. Les membres des programmes ont alors pu répondre plus rapidement aux besoins de leurs patients, ce qui devrait, à terme, entraîner une amélioration de la coordination des soins. Ainsi, la réduction de l'ambiguïté et de l'incertitude sur le plan administratif, la centralisation horizontale de la gestion des activités cliniques et le

regroupement des cliniciens en programmes tend à **améliorer la capacité de l'hôpital à planifier et contrôler les opérations**, ce qui confirme la proposition #13 du modèle théorique. En effet, en regroupant les cliniciens par programmes, les deux hôpitaux ont attribué à leurs cliniciens une seule clientèle, c'est-à-dire celle de leur programme, alors qu'ils interagissaient auparavant avec des clientèles beaucoup plus diversifiées dans la structure fonctionnelle. Cette assignation plus homogène de ressources à un programme spécifique facilite un contrôle plus efficace des intervenants qui dispensent leurs soins et services à la clientèle du programme. La structure par programmes présentant une démarcation des clientèles plus nette que la structure fonctionnelle, l'assignation de ces mêmes cliniciens au sein d'un programme géré par un gestionnaire assure un meilleur contrôle des opérations et un suivi plus continu des soins, ce qui devrait améliorer la coordination des soins.

7.4. IMPACTS SUR LA COORDINATION CLINIQUE

Les impacts de la structure par programmes ont été importants au niveau clinique, particulièrement au deuxième niveau d'analyse. Le regroupement des cliniciens en programmes et l'augmentation de l'intégration médecins-hôpital par les mécanismes de liaison ont imprégné aux programmes une plus grande autonomie au niveau opérationnel, ce qui leur a permis de mieux contrôler l'atteinte des résultats cliniques et ainsi d'améliorer la coordination des soins. Cependant, l'implantation de la structure par programmes a eu pour effet de fragiliser les interdépendances verticales, ce qui entraîne un impact négatif sur la coordination interprogrammes.

7.4.1. Autonomie des programmes dans le contrôle des résultats cliniques

Au niveau opérationnel, la décentralisation administrative des programmes se manifeste dans les deux hôpitaux. Tous les programmes ont constitué un comité de gestion autonome dans la prise de décisions nécessaire au bon fonctionnement de chaque programme. Au niveau de ce comité, le contrôle des résultats cliniques a occupé une place importante. En effet, chaque programme a choisi des indicateurs cliniques qui sont mesurés et révisés en vue d'améliorer constamment la qualité des soins. Par exemple, certains indicateurs cliniques mesurés sont la proportion de patients de longue durée à risques nutritionnels, la

proportion de patients de longue durée qui chutent mais ne présentant pas de risques de chute et des taux de complications. Cette **autonomie du contrôle des résultats cliniques** au niveau opérationnel, qui découle du système de contrôle des résultats financiers, permet au programme d'être plus à l'écoute des besoins de ses patients et de mieux y répondre, ce qui devrait améliorer la coordination des soins.

Cette autonomie a favorisé, dans l'hôpital A, une utilisation plus considérable de protocoles cliniques par rapport à la structure fonctionnelle précédente. Des sessions de formation sur ces nouveaux protocoles cliniques sont d'ailleurs fournies aux infirmiers et autres professionnels. De plus, les plans de soins ont été adaptés à la nouvelle structure très tôt dans le processus d'implantation de la structure par programmes. Quant à l'hôpital B, l'utilisation des protocoles cliniques s'est aussi accrue mais les plans de soins n'ont été adaptés à la structure par programmes que plus de quatre ans après son implantation. Dans les deux cas, l'utilisation des protocoles cliniques a été facilitée par l'autonomie des programmes dans l'atteinte des résultats cliniques.

En plus d'implanter et adapter des protocoles cliniques, les deux hôpitaux ont mis en place un programme d'amélioration continue de la qualité, géré de façon autonome par les programmes dans l'optique de mieux contrôler les résultats cliniques. Ce modèle de gestion, basé sur l'amélioration continue de la qualité, renforce l'autonomie des programmes dans le contrôle des résultats cliniques. Dans les faits, le sommet stratégique a standardisé les résultats par la mise en place d'un système de contrôle des résultats financiers des programmes et a laissé aux programmes l'autonomie nécessaire pour contrôler leurs résultats cliniques. Ce contrôle clinique a été réalisé grâce à des cliniciens composant les équipes d'amélioration continue de la qualité.

Dans les deux hôpitaux, la **standardisation du travail clinique a donc augmenté**, suite à l'implantation de la structure par programmes. En effet, le changement structurel a intensifié l'autonomie locale des programmes, facilitant ainsi l'utilisation de protocoles cliniques et surtout l'instauration d'un programme d'amélioration continu de la qualité. Cet accroissement de la standardisation du travail clinique se retrouvait inclus dans le modèle théorique initial. Nous avons alors insisté sur un mécanisme particulier de standardisation, à savoir la standardisation des procédés de travail, grâce à une plus grande utilisation de

protocoles cliniques. Les analyses de cas ont révélé que la coordination s'est également appuyée sur d'autres mécanismes de coordination pour se consolider. L'amélioration continue de la qualité constitue une autre stratégie pour augmenter la standardisation du travail clinique, ce qui devrait mener à une réduction des variations de pratique ainsi qu'à une meilleure coordination des soins. Cette autre stratégie s'apparente à une standardisation plus poussée par les résultats et par les normes.

7.4.2. Amélioration de la coordination des soins

Selon les cadres supérieurs des deux hôpitaux, la coordination des soins s'est améliorée suite à l'implantation de la structure par programmes, notamment grâce à l'autonomie des programmes à gérer leurs équipes de qualité pour accroître la qualité des soins dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité. De plus, les cliniciens de professions différentes travaillent avec plus de cohésion au sein des équipes de soins et les décisions cliniques se prennent plus rapidement dans la structure par programmes. Cette **cohésion plus élevée** que dans la structure fonctionnelle reflète l'accent mis sur les interdépendances horizontales dans la structure par programmes, conséquence du regroupement des cliniciens en programmes et d'une plus forte intégration latérale des médecins au reste de l'hôpital. Ainsi, la plus grande cohésion des cliniciens suggère une **amélioration de la coordination des soins**, validant la proposition #11 du modèle théorique.

L'analyse des données quantitatives sur les variations de pratiques et les conséquences non désirées du processus tend à confirmer les perceptions des cliniciens à l'effet que ces **variations de pratiques et conséquences non désirées n'ont pas été réduites** suite à l'implantation de la structure par programmes. Il faut cependant reconnaître que nos mesures quelque peu limitées demeurent rudimentaires pour évaluer précisément les changements au niveau des programmes. De plus, les données disponibles pour la période post-implantation correspondent à des années rapprochées du changement de structure. Compte tenu de l'ampleur des changements, le délai de manifestation de résultats tangibles au niveau des programmes peut être prolongé.

Contrairement à ce que propose le modèle théorique en ce qui a trait à la relation entre la réduction de l'ambiguïté et de l'incertitude sur le plan clinique et l'amélioration de la

coordination des soins, **aucune réduction de l'incertitude et de l'ambiguïté sur le plan clinique** n'a été perçue par les cliniciens des deux hôpitaux. Ces propositions concernant la réduction de l'incertitude et de l'ambiguïté sur le plan clinique suite à l'implantation de la structure par programmes n'ont donc pu être confirmées par l'analyse effectuée des deux hôpitaux. Cette observation peut s'expliquer par le fait que le changement de structure entraîne des transformations de processus organisationnels qui devraient, à terme, produire des effets sur les processus au niveau clinique. Or, il appert que les cliniciens se montrent beaucoup plus sensibles aux changements de processus cliniques qu'à ceux de structure. Aussi, apparaît-il raisonnable de déduire que les cliniciens évaluent l'amélioration de la coordination des soins à partir de changements au plan clinique alors que les gestionnaires demeurent plus réceptifs aux changements de structure.

Enfin et contrairement à ce qui est proposé dans le modèle théorique (proposition #12), la **satisfaction des cliniciens n'a pas changé**, suite à l'implantation de la structure par programmes dans les deux hôpitaux. Comme nous l'avons mentionné dans le paragraphe précédent, au niveau opérationnel, l'observation de résultats tangibles risque de prendre plus de temps chez les cliniciens que chez les gestionnaires, les premiers se montrant plus sensibles aux changements de processus et les seconds, plus attentifs aux changements de structure.

Dans les paragraphes précédents, le court laps de temps entre le changement de structure et notre étude des deux hôpitaux est invoqué comme hypothèse pouvant expliquer l'absence d'amélioration significative de la coordination au niveau clinique. Selon cette hypothèse optimiste, les bénéfices attendus au niveau clinique pourraient se manifester, mais suite à un délai plus long. Une hypothèse plus pessimiste serait de penser que le changement de structure vers les programmes n'entraînera pas de bénéfices d'ordre clinique; seuls des bénéfices d'ordre administratif peuvent être obtenus.

Enfin, une autre hypothèse mitoyenne, est d'envisager que le changement structurel mène à une structure hybride se situant entre les structures fonctionnelle et par programmes. Le rôle premier de cette structure hybride serait d'améliorer l'administratif sans pour autant avoir d'impact au plan clinique. L'hôpital étant une organisation professionnelle, l'autonomie individuelle des professionnels demeure un élément fondamental dans la

coordination des activités cliniques, et tout changement structurel visant à modifier cette autonomie individuelle demeure difficile à réaliser. Pour atteindre cette structure hybride, il est possible que plusieurs essais soient nécessaires. Cela est d'ailleurs confirmé par la création de cliniques thématiques au sein de l'hôpital B; ce qui reflète l'introduction de mécanismes structurels de type fonctionnel dans une structure par programmes. Quoiqu'il en soit, certains pourraient prétendre que le seul bénéfice de simplifier la structure de gestion (ce qui est l'un des résultats de la structure par programmes) est en soit un accomplissement majeur pour une organisation complexe comme l'hôpital.

7.4.3. Coordination interprogrammes

La réduction de la spécialisation horizontale résultant de la décentralisation des cliniciens dans les programmes suscite l'inquiétude chez plusieurs personnes de l'hôpital B. Selon elles, les impacts négatifs dus à une spécialisation technique vers une clientèle particulière et une décentralisation avancée ont entraîné un morcellement des expertises et suscité ainsi de sérieux problèmes de coordination entre les programmes. La coordination interprogrammes constitue un phénomène non élaboré dans le modèle théorique, car cet effet pervers a été peu rapporté dans la littérature spécialisée. L'analyse des cas a permis de constater l'impact produit par le fait d'assigner exclusivement les cliniciens à une clientèle particulière, alors que plusieurs clientèles différentes pourraient requérir ce même besoin spécifique. Afin de remédier à cet effet structurel négatif sur la clientèle, l'hôpital B a créé des cliniques thématiques qui regroupent les cliniciens de divers programmes autour d'une même problématique clinique. Ces cliniques thématiques constituent des **groupes formels de travail** qui correspondent, selon notre modèle théorique, à un mécanisme de liaison latérale. Ce mécanisme introduit des interdépendances verticales dans une structure organisationnelle qui favorise essentiellement les interdépendances horizontales. Une structure organisationnelle qui privilégie les interdépendances horizontales et qui, même de façon marginale, continue d'en assurer des verticales devrait ainsi devenir plus performante qu'une structure qui se limite seulement à l'un des deux types d'interdépendances.

7.5. IMPACTS SUR LA COORDINATION PROFESSIONNELLE

Les deux analyses de cas montrent que la structure par programmes a entraîné la création des postes de répondants professionnels afin de continuer à assurer le développement de la pratique professionnelle et l'application de normes cliniques au sein des professions, malgré la décentralisation des cliniciens dans les différents programmes. Ce poste de répondant professionnel, qui correspond au rôle intégrateur comme mécanisme de liaison latérale, paraît nécessaire, car les cliniciens se retrouvent maintenant dispersés dans différents programmes; ils ne sont plus centralisés dans leurs services spécifiques comme dans la structure fonctionnelle traditionnelle. Le poste de répondant professionnel vise alors à maintenir la coordination professionnelle, c'est-à-dire à assurer la continuité des interdépendances verticales auparavant maintenues par les chefs de service professionnels dans la structure fonctionnelle traditionnelle. De plus, l'analyse de l'hôpital B a révélé la création de comités professionnels qui agissent à titre de forums offrant aux professionnels l'occasion de discuter des questions d'ordre professionnel. Ces comités professionnels correspondent à des groupes de travail et constituent un mécanisme de liaison latérale.

Les deux hôpitaux ont donc **utilisé des mécanismes de liaison latérale** appréciables, la création d'un rôle intégrateur et de groupes de travail qui n'existaient pas dans la structure fonctionnelle traditionnelle, **pour maintenir les liens professionnels** entre les membres d'une même profession, ce qui confirme la neuvième proposition du modèle théorique.

7.6. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les résultats obtenus suite à l'analyse transversale des deux cas sont repris ici et comparés aux propositions du modèle théorique proposé initialement. En reprenant la relation structure-processus inspirée de Donabedian (1980) et proposée dans le chapitre 3 (figure 3, page 32), nos résultats permettent de schématiser l'implantation de la structure par programmes à travers les mécanismes présentés à la figure 7.

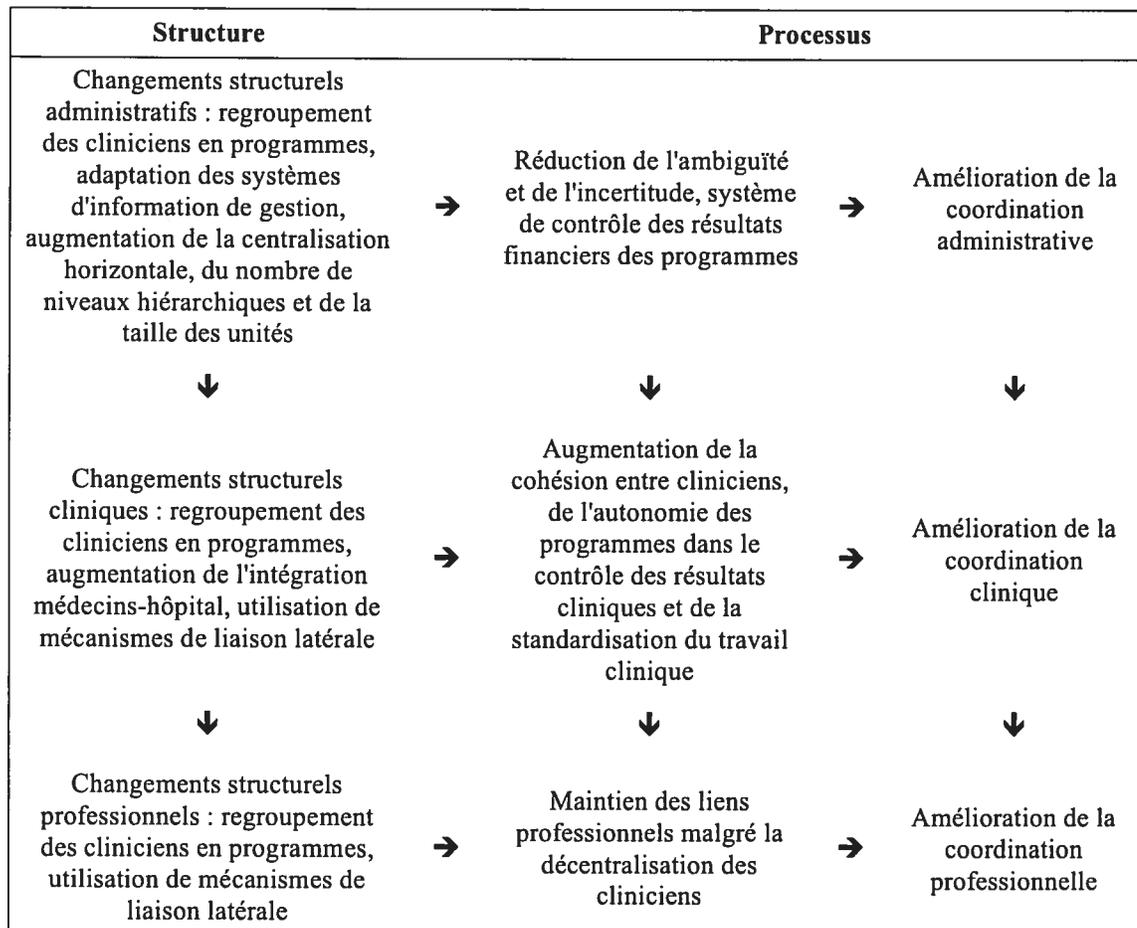


Figure 7 – Relations structure-processus dans la structure par programmes

Les résultats de l'analyse transversale démontrent l'existence de changements au niveau de la structure organisationnelle et de la coordination des activités, mais aussi une dichotomie évidente entre les perspectives administrative et clinique. L'importance de cette dichotomie nous a amené à effectuer une révision du modèle théorique que nous élaborons maintenant dans la dernière section de ce chapitre.

Une forte majorité des propositions du modèle théorique (11 sur 13) ont été validées en partie ou en entier par l'analyse des cas. Deux propositions sont complètement confirmées sur la base des observations issues des deux analyses de cas. Elles s'énoncent ainsi : l'utilisation de mécanismes de liaison latérale pour conserver les liens professionnels (proposition #9), et l'augmentation de la capacité de planification et de contrôle des opérations (proposition #13).

Neuf propositions du modèle théorique initial ont été partiellement confirmées. Premièrement, la structure par programmes se caractérise effectivement par un regroupement des cliniciens en programmes (proposition #1), mais cette logique de regroupement n'a pas été appliquée totalement. Un certain nombre de cliniciens, comme les pharmaciens et certains médecins (dont les radiologistes) demeurent dans leurs services fonctionnels respectifs. Donc, les deux hôpitaux présentent une structure par programmes dans une forme partielle et non dans une forme pure. Deuxièmement, l'intégration des médecins au reste de l'hôpital (proposition #2) passe plutôt par une augmentation de la liaison latérale entre les hiérarchies médicale et administrative, grâce à la création de postes de gestionnaires de programmes et de comités de gestion de programmes à forte représentation médicale. Troisièmement, la mise en place d'un système de contrôle des performances (proposition #3) ne s'applique qu'au niveau des résultats financiers, alors que le contrôle des résultats cliniques est laissé à la discrétion de l'équipe de gestion de chaque programme. Quatrièmement, la taille des unités semble avoir augmenté suite à l'implantation de la structure par programmes (proposition #4), mais les évidences obtenues ne nous permettent pas de conclure de façon définitive. Cinquièmement, en ce qui concerne la standardisation du travail clinique (proposition #6), le programme d'amélioration continue de la qualité constitue une stratégie plus utilisée que l'adaptation et l'utilisation de protocoles cliniques. Sixièmement, les systèmes d'information de gestion sont adaptés lorsque la structure organisationnelle change (proposition #7), mais cette adaptation ne semble pas toujours se réaliser de manière synchrone au changement organisationnel. La modification de plusieurs systèmes s'est faite tardivement et n'est même pas encore réalisée pour tous dans les deux hôpitaux; ce qui nuit à la réalisation des bénéfices recherchés. Septièmement et huitièmement, l'ambiguïté (proposition #8) et l'incertitude (proposition #10) sont effectivement réduites dans la structure par programmes comparativement à la structure fonctionnelle, mais seulement sur le plan administratif. Enfin, neuvièmement, la coordination des soins (proposition #11) semble être améliorée dans la structure par programmes par rapport à la structure fonctionnelle, essentiellement à cause de la cohésion plus élevée entre les cliniciens de professions différentes, mais les variations de pratiques et les conséquences non désirées du processus de soins n'en sont pas diminuées pour autant, contrairement à ce qui avait été attendu dans le modèle théorique.

Notre analyse transversale montre que le modèle théorique demeure un idéal-type de la structure par programmes dans sa forme la plus pure. Nos observations empiriques démontrent que les hôpitaux ont été confrontés à une série de contingences qui les ont amenés à faire des compromis. Il en a résulté une forme partielle de structure par programmes.

Deux des treize propositions du modèle théorique initial n'ont pas été confirmées par les résultats. Contrairement à ce qui est proposé dans le modèle théorique, la structure par programmes ne compte pas moins de niveaux hiérarchiques que la structure fonctionnelle (proposition #5). En fait, elle en compte un de plus, soit celui des gestionnaires de programmes. De plus, les résultats de l'analyse n'ont pas permis de valider la proposition sur l'augmentation de la satisfaction des cliniciens (proposition #12) dans la structure par programmes comparativement à la structure fonctionnelle.

Finalement, le modèle théorique initial ne prévoyait pas deux propositions qui se sont révélées importantes, à savoir : la centralisation horizontale de la gestion des activités cliniques et la coordination interprogrammes. Les deux hôpitaux ont centralisé la gestion de leurs activités cliniques tant à la haute direction que dans les programmes, ce qui favorise une meilleure coordination administrative. Quant à la coordination interprogrammes, son faible degré dans les premières années suite à l'implantation de la structure par programmes aurait dû être inclus dans le modèle théorique, d'autant que des mécanismes de liaison latérale peuvent aider à l'améliorer.

La figure 8 ci-dessous illustre, de façon schématique, le modèle théorique révisé, énonçant les propositions essentielles.

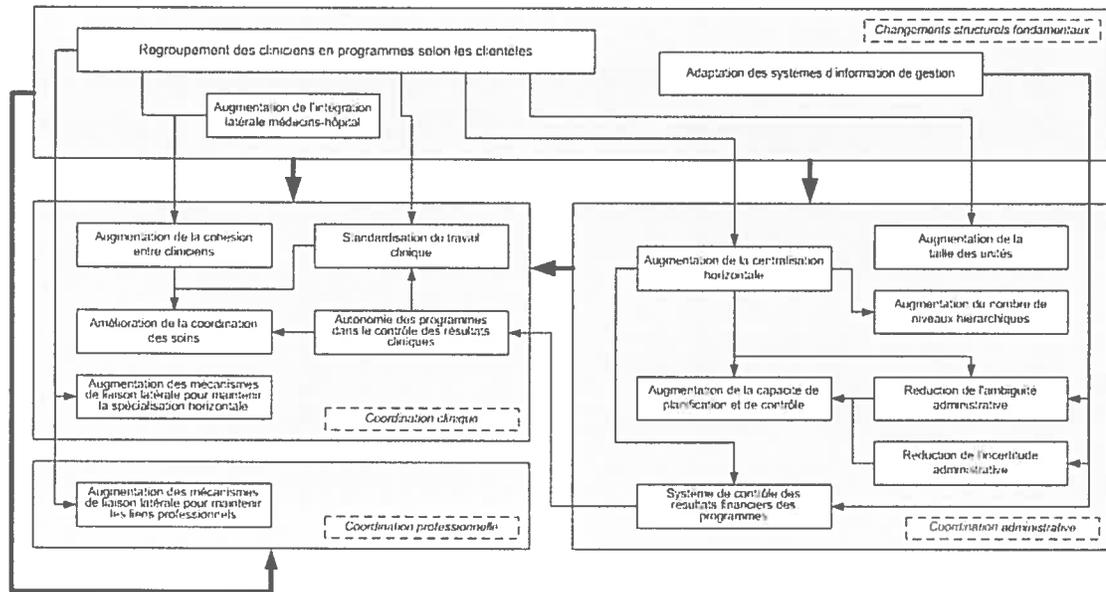


Figure 8 – Modèle théorique révisé

L'analyse croisée des deux cas présentée dans les sections précédentes de ce chapitre a démontré que le changement révèle plus du plan administratif que clinique. Même s'il apparaît que les résultats obtenus au niveau de l'hôpital décrivent un changement surtout de nature administrative, il paraît intéressant de souligner que nous avons observé des résultats positifs au niveau des programmes et qu'à ce niveau, les résultats sont de nature clinique. Cette observation confirme la pertinence d'avoir mené une analyse de cas imbriquée à deux niveaux. La prépondérance des résultats de nature administrative démontre a priori que la structure par programmes résulte, du moins dans la phase immédiate suivant le changement organisationnel, plus en des bénéfices administratifs que cliniques. Cependant, l'effet à plus long terme de la structure par programmes doit aussi être considéré. En effet, la coordination des soins constituant le *core business* d'un hôpital, les transformations à ce niveau deviennent plus complexes et difficiles à réaliser; aussi, les changements à ce niveau laissent-ils entrevoir un plus grand potentiel. L'amélioration de la coordination clinique doit alors être considérée comme un bénéfice majeur, voire même le plus significatif de tous les bénéfices attendus.

CHAPITRE 8. DISCUSSION

Ce dernier chapitre discute les résultats obtenus en fonction des connaissances tirées de la revue de la littérature puis généralise ces résultats à d'autres catégories d'établissements de santé. Ensuite, il traite des principales limites de l'étude.

8.1. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Cette section tente de concilier les similitudes et les différences entre la littérature et les résultats obtenus, suite à l'analyse des deux hôpitaux. La confirmation complète ou partielle de la majorité des propositions du modèle théorique initial tend à valider les connaissances rapportées dans la littérature spécialisée sur la structure par programmes. Par contre, l'hôpital demeure une organisation complexe, une organisation professionnelle qui exige une quantité significative de spécificités structurales tel que décrit à travers le grand nombre de spécificités répertoriées dans l'analyse transversale.

8.1.1. Changements structurels fondamentaux de la structure par programmes

Selon notre analyse, trois changements structurels fondamentaux caractérisent principalement l'implantation d'une structure par programmes.

Premièrement, nos résultats démontrent que la majorité des cliniciens sont regroupés en programmes afin de favoriser les interdépendances horizontales, ce qui est conforme au propos de Leatt et al. (1997), Mintzberg (1982) et Galbraith (1973, 1974 et 1977). En effet, Leatt et al. (1997) affirment que les cliniciens sont regroupés en fonction des clientèles de l'hôpital dans une structure par programmes. Pour Mintzberg (1982), la structure par marchés regroupe les opérateurs selon les produits, ce qui est démontré par nos résultats. Quant à Galbraith (1973, 1974 et 1977), il soutient que le regroupement des opérateurs selon les interdépendances horizontales favorise l'alignement avec les produits de l'organisation. Les résultats obtenus, suite à notre étude, vont dans le même sens et appuient cette assertion.

De plus, Leatt et al. (1997) avancent que la forme partielle de structure par programmes est plus courante que la forme pure, nos résultats le confirment. La forme hybride de structure par programmes semble, en effet, plus adaptée à l'hôpital qui doit offrir certains services spécialisés nécessitant une infrastructure technologique imposante. Ces secteurs ont tendance à demeurer centralisés pour des raisons de rareté de l'expertise clinique et de recherche de productivité optimale. Nos résultats montrent aussi que le choix de structuration de ces services spécialisés est propre à chaque hôpital. Par exemple, le bloc opératoire peut demeurer centralisé (comme dans l'hôpital B), mais il peut aussi faire partie du programme de chirurgie (comme dans l'hôpital A). Ce choix semble lié à la définition des programmes, ce que Leatt et al. (1994) identifient comme un élément essentiel du design organisationnel dans une structure par programmes : le contour des programmes et leur nombre constituent deux éléments caractéristiques du design d'une structure par programmes. Même si nous n'avons pas étudié de façon spécifique le processus de définition des programmes, cette affirmation de Leatt et al. (1994) semble concorder avec notre analyse des deux hôpitaux, puisque ceux-ci ont mis en pratique deux définitions différentes de leur nouvelle structure.

Pour Burton et Obel (1998) de même que Mintzberg (1982), la structure divisionnaire ou structure par programmes privilégie les interdépendances horizontales et réduit conséquemment les interdépendances entre les nouvelles entités structurelles, vu que les interdépendances réciproques et séquentielles qui existent entre celles-ci dans la structure fonctionnelle sont en grande partie maintenant contenues dans les programmes. Nos résultats tendent à confirmer cette affirmation; toutefois, nous devons apporter une nuance non négligeable. Comme la structure hospitalière par programmes est implantée selon une forme partielle, des interdépendances réciproques existent toujours, particulièrement entre les programmes et les services spécialisés demeurés centralisés. Par exemple, les programmes continuent de fonctionner en forte interdépendance avec les laboratoires et l'imagerie médicale.

Le deuxième changement structurel fondamental de la structure hospitalière par programmes est, d'une part, l'intégration latérale des hiérarchies médicale et administrative au niveau stratégique et surtout tactique, alors qu'elles demeurent, d'autre part, distinctes au niveau opérationnel. Cette intégration est atteinte par le recours à un mécanisme formel de

liaison latérale : la création d'un poste de gestionnaire médical dans chaque programme. La façon dont cette intégration est obtenue infirme l'affirmation de Scott (1982) à l'effet que l'intégration des deux hiérarchies requiert le passage d'un modèle autonome (très présent dans les hôpitaux à structure fonctionnelle) à un modèle hétéronome ou conjoint de relations médecins-hôpital. Ces deux modèles suggèrent une forte intégration des médecins, grâce à des mécanismes structurels qui regroupent les médecins et les autres cliniciens au niveau opérationnel. Nous avons observé, lors de notre recherche sur le terrain, une structure beaucoup moins intégrée.

Cette divergence entre le propos de Scott et nos résultats indique que l'intégration des médecins peut aussi s'intensifier, même si l'hôpital conserve un modèle favorisant l'autonomie des médecins en autorisant à la hiérarchie médicale de conserver une forte indépendance relativement à la hiérarchie administrative. La question fondamentale devient alors : s'agit-il d'une étape intermédiaire vers le modèle hétéronome ou conjoint de relations médecins-hôpital ou encore, l'intégration médecins-hôpital aura-t-elle tendance à ne pas dépasser le stade de l'intégration latérale au niveau stratégique et tactique ?

La réponse à cette question réside en partie dans le contexte légal imposé par la loi sur la santé et les services sociaux du Québec qui oblige tous les hôpitaux à mettre en place et conserver une structure médicale identifiable par deux caractéristiques structurelles. Premièrement, un médecin doit être nommé pour occuper le poste de directeur des services professionnels et tous les médecins doivent se rapporter à lui, en passant par les chefs de départements et les chefs de services. Deuxièmement, tous les médecins doivent être rassemblés au sein d'un conseil de médecins, dentistes et pharmaciens, ce conseil étant formé des départements et services médicaux. De plus, dans le cas des hôpitaux détenant une affiliation universitaire (ce qui était le cas des deux hôpitaux analysés), la structure médicale départementale de chaque hôpital lui permet de mieux s'arrimer à la structure départementale de l'université dans la mesure où les départements de l'hôpital et de l'université coïncident. Selon ce point de vue, le cadre législatif actuel du secteur de la santé du Québec représente un frein à l'implantation d'un modèle plus hétéronome ou conjoint d'intégration médecins-hôpital.

Troisièmement, la structure par programmes se distingue aussi par l'adaptation des systèmes d'information de gestion à la nouvelle structure organisationnelle. Ces résultats confirment partiellement les idées de Manning (1987), Galbraith (1973, 1974 et 1977) et Bolon (1998), à savoir que l'adaptation des systèmes d'information administratifs et cliniques à la structure par programmes demeure essentielle au bon fonctionnement d'une telle structure. Nos résultats divergent cependant des leurs dans la mesure où nous avons conclu qu'il importe d'adapter les systèmes d'information de gestion, alors que les systèmes d'information cliniques restent moins affectés par le changement structurel.

8.1.2. Impacts sur la coordination administrative

Au niveau administratif, deux des changements structurels fondamentaux présentent des bénéfices significatifs. Premièrement, nos résultats dénotent que le regroupement des cliniciens en programmes favorise une plus grande centralisation horizontale de la gestion des activités cliniques, notamment grâce à l'ajout d'un niveau additionnel de gestion. La centralisation horizontale des responsabilités de gestion des activités cliniques facilite l'instauration d'un système de contrôle des performances et d'imputabilité des gestionnaires de programmes, ce qui est congruent avec les affirmations de Mintzberg (1982), Smith et al. (1989). Toutefois, cet apport d'un niveau additionnel de gestion va à l'encontre de ce que Mintzberg (1982) et Leatt et al. (1997) avancent; selon eux, la structure par marchés devrait résulter en une réduction du nombre de niveaux hiérarchiques. Selon nous, cette divergence se justifie par la nécessité d'ajouter un niveau de gestion pour absorber une charge administrative dans une organisation complexe comme l'hôpital découlant de la décentralisation des cliniciens dans les programmes.

Deuxièmement, l'adaptation des systèmes d'informations de gestion permet aux gestionnaires de bénéficier d'une plus grande qualité et quantité d'informations, ce qui entraîne une réduction de l'incertitude. Ce résultat confirme l'affirmation de Galbraith (1973, 1974 et 1977) sur le lien entre la quantité d'informations disponibles, le niveau d'incertitude et les effets sur la structure organisationnelle. De plus, l'adaptation des systèmes d'information rend disponibles aux gestionnaires des informations de gestion plus claires, et le regroupement des cliniciens par programmes facilite les contacts face-à-face. Ces deux résultats réduisent l'ambiguïté au niveau administratif, ce qui tend à confirmer les

énoncés de Daft (1992) ainsi que Daft et Lengel (1986), selon lesquels l'utilisation de médias de communication riches en information réduit l'ambiguïté et produit des effets favorables sur la structure des décisions et de coordination.

Nos résultats attestent que cette augmentation de la centralisation horizontale de même que cette réduction de l'incertitude et de l'ambiguïté administratives augmentent la vitesse de prise de décisions chez les gestionnaires, ce qui tend à confirmer les conclusions de Leatt et al. (1994) pour lesquels la structure par programmes permet une prise de décision plus rapide, car les gestionnaires se trouvent à proximité du niveau opérationnel. Il en résulte alors, selon Galbraith (1973, 1974 et 1977), une augmentation de la capacité des gestionnaires à planifier et contrôler les opérations, ce que nos résultats confirment.

8.1.3. Impacts sur la coordination clinique

Au niveau clinique, notre analyse des deux cas indique que les deux premiers changements structurels fondamentaux, à savoir le regroupement des cliniciens en programmes et l'augmentation de l'intégration latérale des médecins, améliorent la cohésion entre les cliniciens. Ce résultat appuie Leatt et al. (1994) pour qui la structure par programmes augmente la cohésion entre les cliniciens, car elle met l'accent sur les interdépendances horizontales, ce qui va dans le même sens que notre analyse.

De plus, le système de contrôle des résultats financiers, mis en place au niveau administratif, confère aux programmes une autonomie accrue au niveau opérationnel. Cette autogestion locale, couplée à l'imputabilité financière envers l'administration, est en accord avec Mintzberg (1982) qui affirme que la structure par marchés ou par programmes met en place un système de contrôle des performances pour supporter la décentralisation verticale, laissant ainsi aux unités de travail l'autonomie nécessaire au niveau opérationnel.

Selon nos résultats, cette plus grande autonomie au niveau opérationnel favorise la standardisation du travail clinique. Ce résultat concorde avec les énoncés de Walston et Kimberly (1997) de même qu'avec Mintzberg (1982) qui affirment que la structure par marchés facilite la standardisation des procédés de travail. Toutefois, l'hôpital demeure une organisation professionnelle qui se distingue par la façon dont cette standardisation est mise

en place. Pour Mintzberg (1982), la standardisation des procédés de travail est principalement appliquée, grâce au travail des analystes de la technostucture. Dans un hôpital, ce sont plutôt les opérateurs, à savoir les cliniciens oeuvrant selon une structure par programmes, qui cherchent à atteindre la standardisation du travail par la définition de leurs propres protocoles cliniques ainsi que l'identification et la mesure des indicateurs de qualité. Ce dernier résultat révèle aussi que l'autonomie des programmes sert de tremplin à un contrôle plus serré de l'atteinte des résultats cliniques.

Notre analyse met en évidence qu'une cohésion plus forte entre les cliniciens, une standardisation plus étendue du travail clinique et un contrôle plus rigoureux des résultats cliniques améliorent la coordination des soins. Cette relation de cause à effet s'écarte de celle proposée par Galbraith (1973, 1974 et 1977) et Bolon (1998) selon lesquels l'amélioration de la coordination des soins résulte, en partie de l'adaptation des systèmes d'information cliniques. Or, nos résultats attestent que, malgré une incertitude restée inchangée au niveau clinique, la structure par programmes a toutefois permis une amélioration de la coordination, même si les systèmes d'information cliniques n'ont pas ou très peu été modifiés.

Nous avons aussi observé des divergences de perception au niveau clinique que nous devons tenter d'expliquer. Premièrement, les cliniciens n'ont perçu aucun changement favorable suite à l'implantation de la structure par programmes en regard de leur niveau d'incertitude et d'ambiguïté, de même qu'au niveau des variations de pratiques. Ce résultat peut se comprendre si nous tenons compte des visions différentes des gestionnaires et cliniciens. Les gestionnaires se focalisent plus sur les changements de structure, alors que les cliniciens demeurent plus attentifs aux changements de processus. Or, le changement au niveau des processus cliniques s'inscrit dans une période de temps plus longue, peut-être même plusieurs années, avant qu'il produise un impact significatif et positif sur le mode de fonctionnement des cliniciens dans leur pratique. De plus, est-il besoin de rappeler que le changement de structure par programmes demeure très complexe. L'hôpital A a mis près de huit ans à déployer sa nouvelle structure. Notre cueillette des données s'est alors réalisée à un moment où la mise en place de la nouvelle structure n'était pas totalement achevée. Nos entrevues indiquent que les différents acteurs ne maîtrisent pas encore complètement divers mécanismes essentiels comme les nouvelles lignes hiérarchiques, les canaux inhabituels de

communication et d'influence, les postes encore très récents pour plusieurs. Au niveau des processus, le fonctionnement lié à la structure fonctionnelle restait encore trop présent dans les esprits. Au fil du temps, les cliniciens devraient mieux s'approprier ce mode innovateur de fonctionnement par programmes, ce qui les mettrait dans une position d'atteinte de certains objectifs cliniques de la structure par programmes qui n'ont pu être observés au cours de la présente étude. Donc, l'âge pourrait constituer un facteur important de contingence de la structure par programmes. Cette observation rejoint l'affirmation de Mintzberg (1982) sur l'âge de l'organisation comme facteur de contingence.

Deuxièmement, en ce qui concerne spécifiquement la satisfaction des cliniciens, nos résultats divergent du modèle théorique mais confirment par ailleurs les conclusions de Young et al. (2004) à l'effet que la structure par programmes n'améliore pas la satisfaction des cliniciens comparativement à la structure fonctionnelle. Pour ces auteurs, l'autonomie des professionnels et leur capacité à travailler sans contrainte administrative est de prime importance. Or, la présente thèse a démontré que la structure par programmes augmente le contrôle des activités par des gestionnaires de programmes comparativement à la structure fonctionnelle, ce qui explique, selon ces auteurs, pourquoi la satisfaction des cliniciens est plus faible dans une structure par programmes.

Troisièmement, nos résultats mettent en évidence une autre difficulté de la structure par programmes : la décentralisation des cliniciens dans les programmes entraîne une réduction de la spécialisation horizontale, comme le déclare Mintzberg (1982). Cette situation affecte négativement la coordination interprogrammes. Vu le peu d'écrits spécialisés traitant de la coordination interprogrammes, nous avons peu développé cette dimension dans l'élaboration de notre modèle théorique initial. Notre analyse a pourtant démontré que cette dimension demeure non négligeable et qu'elle peut produire un impact négatif sur la coordination interprogrammes. Ce problème explique les efforts consentis au recours à des mécanismes de liaison latérale pour conserver, au moins en partie, la spécialisation horizontale, caractéristique de la structure fonctionnelle. Ce dernier résultat est congruent avec les énoncés de Galbraith (1994). Pour ce dernier, les mécanismes de liaison latérale créent des liens qui coupent à travers les unités structurelles, ce qui contribue à consolider certaines interdépendances.

8.1.4. Impacts sur la coordination professionnelle

Au niveau professionnel, nos résultats tendent à prouver que la structure par programmes requiert l'utilisation de mécanismes de liaison latérale pour assurer le développement de la pratique professionnelle et l'application de normes cliniques au sein des professions, malgré la décentralisation des cliniciens et leur assignation au sein des différents programmes. Ces résultats sont conformes à ceux de Leatt et al. (1994), Chan et Heck (2002), Miller et al. (2001) de même qu'Adamson et al. (1999) qui postulent que la décentralisation des cliniciens dans les programmes requiert la création de postes de répondants professionnels et de comités de pratique professionnelle afin d'assurer le maintien des standards professionnels et du développement professionnel.

Nos résultats établissent aussi que les répondants professionnels ne font pas partie intégrante du personnel d'encadrement, ce qui est en accord avec l'affirmation de Miller et al. (2001) à l'effet que ces répondants professionnels ne détiennent aucune autorité directe ni responsabilité financière.

8.2. GÉNÉRALISATIONS

L'implantation de la structure par programmes se distingue par un ensemble de changements au niveau de la structure et des processus organisationnels dans le but ultime d'améliorer la coordination des soins aux patients. Cette section vise à présenter une généralisation à la fois théorique et pratique de nos résultats. Sur le plan pratique, elle tend à appliquer les enseignements tirés de l'actuelle analyse aux administrateurs hospitaliers qui recherchent des moyens pour renforcer la coordination des soins, tant dans les établissements de santé existants que dans les nouveaux établissements mis en place récemment, notamment les mégacentres hospitaliers universitaires (mégaCHU).

8.2.1. Généralisation des résultats sur le plan théorique

Au plan théorique, lors du changement de la structure organisationnelle d'une organisation professionnelle complexe comme l'hôpital afin d'améliorer sa performance, les résultats de

l'analyse des deux cas nous indiquent la pertinence de considérer deux éléments essentiels. Ces derniers éléments s'énoncent ainsi : l'impact du changement de structure organisationnelle sur les processus organisationnels et la définition des programmes.

Premièrement, lorsqu'une organisation décide de changer sa structure afin d'améliorer, à terme, ses processus organisationnels, ce sont ces processus, et non la structure elle-même, qui entraîneront une amélioration de la performance organisationnelle. Or, notre analyse a montré qu'un changement structurel prend du temps avant que les processus eux-mêmes se transforment. Les bénéfices sur la performance organisationnelle de tout changement de structure n'apparaissent donc qu'après un délai prolongé d'implantation.

Deuxièmement, l'implantation d'une structure par programmes soulève avant tout une question de faisabilité. Plusieurs éléments doivent être considérés au moment de définir les programmes :

- Les services diagnostiques majeurs, comme la radiologie et les laboratoires, ne peuvent pas vraiment être décentralisés dans les programmes. Pour les raisons déjà mentionnées, ces services demeurent centralisés, ce qui va à l'encontre de la philosophie de structure par programmes.
- Dans le cas des services thérapeutiques majeurs, comme le bloc opératoire, ils peuvent être décentralisés (comme dans l'hôpital A où le bloc opératoire fait partie du programme de chirurgie) ou demeurés centralisés (comme dans l'hôpital B où le bloc opératoire est demeuré une unité fonctionnelle). Il ne semble pas exister de consensus sur ces services. Ainsi, dans le cas d'un hôpital ayant un seul programme de chirurgie (comme l'hôpital A), il semblerait logique d'y placer le bloc opératoire, car ce dernier ne serait utilisé que par ce seul programme. Mais cette même logique ne pourrait s'appliquer dans le cas d'un hôpital ayant plusieurs programmes à vocation chirurgicale (comme l'hôpital B).
- L'objectif de catégoriser les clientèles de façon à n'obtenir que des programmes homogènes paraît plutôt difficile à atteindre. Étant donné la variété de diagnostics, il reste inéluctable que certains programmes deviennent des « programmes fourre-tout ». Le programme de soins ambulatoires dans l'hôpital A en constitue un exemple évident; en effet, regroupe-t-il l'hémodialyse mais aussi les quelques cliniques et services professionnels qui n'ont pu être regroupés dans les autres programmes. De plus, il est

probable que les programmes, qui paraissent homogènes en regard des diagnostics, englobent toutefois une variété élevée de types de patients. Le tableau XVI de l'annexe 2 démontre la grande variété de disciplines médicales faisant partie des programmes étudiés.

- Enfin, la logique de créer des programmes pour desservir des clientèles homogènes de patients ne supporte en rien la décision de placer l'urgence dans un programme spécifique, puisque l'urgence reste en constante interaction avec presque tous les autres services et programmes de l'hôpital. L'urgence devrait plutôt demeurer un service fonctionnel, au même titre que la radiologie.

Ainsi, même si l'objectif principal de la structure par programmes vise à regrouper les cliniciens en fonction de groupes homogènes de patients, il paraît évident qu'obtenir cette homogénéité entraîne une complexité certaine. Cette complexité se manifeste particulièrement dans la classification APR-DRG dont l'objectif est précisément d'identifier des groupes homogènes de pathologies. La douzième version de la classification APR-DRG, utilisée au Québec, compte 530 groupes !

La définition de ces programmes entraîne aussi la question de leur nombre. Au fur et à mesure que leur nombre augmente, la gestion des programmes s'alourdit. La littérature confirme qu'il devient périlleux de trop hausser ce nombre. Dans le cas d'un hôpital non-universitaire où la majorité des cas relèvent des niveaux primaire et secondaire, il est sans doute possible de définir un nombre raisonnable de programmes qui permette une gestion efficace et efficiente, puisque les diagnostics sont moins variés et complexes. Mais dans le cas d'un hôpital universitaire où parfois plus de 50% des cas relèvent des niveaux tertiaire et quaternaire, il devient difficile de définir un nombre restreint de programmes puisque les diagnostics varient beaucoup plus.

Cette décision de la définition du nombre de programmes et de leurs frontières s'effectue dans un contexte difficile qui doit considérer différentes perspectives, notamment celles de la pertinence de centraliser/décentraliser certains services, du degré d'homogénéité des diagnostics, du nombre maximal de programmes en fonction de la capacité de gestion de l'organisation ainsi que de la variété de diagnostics traités par l'organisation. À ces perspectives, il importe d'ajouter la volonté d'aligner les programmes en fonction de

facteurs internes et externes à l'organisation, qui imposent des contraintes supplémentaires non négligeables à la définition des programmes. Par exemple, un hôpital universitaire pourrait vouloir aligner ses programmes sur ses axes de recherche ou sur les départements de son université d'affiliation dans le cas de sa mission d'enseignement. Un hôpital régional pourrait vouloir aligner ses programmes sur les programmes des CLSC de son secteur afin de faciliter la mise en place de corridors de services. Ainsi, la définition des programmes s'effectue-t-elle dans un contexte où les différentes perspectives et contraintes ne s'orientent pas forcément dans la même direction, d'où la complexité de cet exercice.

Si une structure par programmes vise à améliorer la coordination des soins en regroupant les cliniciens en fonction de groupes homogènes de patients, l'existence de la problématique de la coordination interprogrammes et la création de cliniques thématiques confirment la complexité inhérente à la coordination des soins. Dans un environnement aussi complexe, il semble raisonnable de croire qu'une définition « parfaite » des programmes, qui répondrait à toutes les perspectives et contraintes et améliorerait la coordination des soins à un point tel que la coordination interprogrammes et la création de cliniques thématiques ne s'imposeraient pas, n'existe tout simplement pas.

8.2.2. Généralisation des résultats pour les administrateurs hospitaliers

Sur le plan pratique, notre analyse des deux hôpitaux enseigne trois leçons très utiles aux administrateurs hospitaliers : les bénéfices d'abord administratifs de l'implantation d'une structure par programmes, la nécessité d'adapter les systèmes d'information de gestion et la pertinence d'impliquer les professionnels.

Premièrement, même si la coordination des soins s'est améliorée, les résultats obtenus démontrent que l'implantation d'une structure par programmes entraîne d'abord des bénéfices au niveau administratif, particulièrement une augmentation de la capacité des cadres intermédiaires à planifier et contrôler les opérations, accompagnée d'une décentralisation des responsabilités budgétaires de la haute direction vers les programmes. Étant donné la faible interdépendance qui semble exister entre les niveaux stratégique et opérationnel, la haute direction peut alors se concentrer sur des sujets spécifiquement stratégiques, plutôt que de consentir des efforts à tenter de résoudre des problèmes

opérationnels. Mais cette vision de la structure par programmes s'accompagne du danger de ne jamais obtenir d'effet au niveau clinique. Il s'agit alors d'user de prudence pour bien évaluer que les bénéfices à court et long termes justifient les investissements.

Deuxièmement, afin de tirer le maximum de ces bénéfices administratifs, l'hôpital doit s'assurer de conserver le meilleur alignement possible entre ses systèmes d'information de gestion et sa structure organisationnelle. Plus cet alignement se solidifie, plus le contrôle et l'allocation des ressources s'effectuent aisément, mais plus aussi l'utilisation de ces systèmes devient décentralisée.

Troisièmement, même si les cliniciens constatent peu de changement au niveau opérationnel dans la mesure où ceux-ci nécessiteraient une longue période, il n'en demeure pas moins que tout changement structurel influence énormément les liens professionnels. L'hôpital doit prévoir soigneusement les moyens de conserver les liens professionnels, lors de la conceptualisation de sa stratégie d'implantation de la nouvelle structure .

En terminant cette section sur les généralisations, nous aimerions discuter de nos résultats en fonction d'un contexte institutionnel de prime importance pour le Québec, à savoir la création des mégaCHU suite aux fusions de certains centres hospitaliers universitaires (CHU).

8.2.3. Généralisation des résultats pour un mégaCHU

Afin de généraliser l'adoption d'une structure par programmes dans un mégaCHU, il importe d'identifier le ou les principaux facteurs de contingence qui différencient un mégaCHU des deux hôpitaux étudiés : la taille constitue sûrement le facteur de contingence le plus manifeste entre les deux. En effet, les quatre mégaCHU du Québec affichent une taille significativement plus élevée que les autres hôpitaux, tant en ce qui concerne les ressources humaines (souvent plus de 7000 employés et plus de 1500 médecins) qu'en ce qui regarde les volumes d'activités (souvent plus de 50 000 hospitalisations et plus de 700 000 visites ambulatoires).

Selon Mintzberg (1982), plus une organisation croît, plus sa structure sera formalisée. Mais cette formalisation plus intense n'influence toutefois pas le choix entre une structure fonctionnelle ou une structure par programmes. En supposant qu'un mégaCHU décide d'implanter une structure par programmes, sa taille si imposante produira un impact sur trois éléments de la structure par programmes, à savoir la définition des programmes, l'adaptation des systèmes d'information de gestion et la coordination interprogrammes.

Premièrement, avec autant d'activités variées, la définition des programmes représente tout un défi dans la mesure où la très grande diversité de clientèles exigera le déploiement d'une quantité élevée de programmes. Or, il existe un nombre maximal de programmes pouvant être créés au-delà duquel non seulement leur gestion devient très complexe mais aussi les bénéfices administratifs attendus disparaissent (Leatt et al., 1997). Vu la gamme d'activités de soins fournis par un mégaCHU, ce dernier devra retenir seulement certains programmes qui répondent principalement à deux critères : leur nombre doit assurer leur gestion efficace et efficiente, et ils doivent tous pouvoir identifier une clientèle spécifique afin que chacun puisse poursuivre sa propre mission.

Deuxièmement, la taille des mégaCHU ouvre l'accès à une forte quantité de systèmes d'information de gestion qui, bien souvent, n'existent pas dans les hôpitaux de moindre taille. Si le mégaCHU réussit à définir ses programmes en respectant les deux critères énoncés dans le paragraphe précédent, le prochain défi consistera à adapter tous ses systèmes d'information de gestion à la nouvelle structure, ce qui constitue un autre défi colossal.

Enfin, troisièmement, comme la taille considérable des mégaCHU se traduira certainement par un nombre plus impressionnant de programmes que dans les deux hôpitaux étudiés, la coordination interprogrammes pourrait devenir encore plus problématique et complexe à gérer.

8.3. LIMITES DE L'ÉTUDE

La grande similitude observée entre le modèle théorique et les deux cas démontre l'existence d'une validité interne forte, car le modèle théorique proposé est apparié en

grande partie à la réalité observée (Yin, 1989). De plus, la grande similitude des résultats entre les deux cas et les niveaux d'analyse établit aussi l'existence d'une bonne réplication théorique, ce qui autorise à conclure que la validité externe de l'étude en cours est bonne. Cette dernière section présente et discute les principaux biais de validité interne et externe.

8.3.1. Biais de validité interne

Deux biais pourraient avoir influencé la validité interne : le biais de l'histoire et le biais de la maturation. Premièrement, même si l'implantation de la structure par programmes s'est effectuée différemment par les deux hôpitaux, il reste que ce changement s'est échelonné sur plusieurs années. Durant cette période, d'autres événements marquants sont survenus, comme les coupures budgétaires imposées par le ministère de la Santé et des services sociaux de même que la pénurie des effectifs médicaux et infirmiers. Compte tenu de la complexité inhérente à un hôpital et considérant ces différents événements survenus lors de l'implantation de la structure par programmes, il paraît possible que les personnes interrogées aient pu éprouver quelque difficulté à discerner équitablement les effets de la nouvelle structure organisationnelle comparativement aux effets des autres événements marquants. Nous pensons avoir bien contrôlé ce biais, car, premièrement, l'analyse a été menée selon une stratégie de triangulation (nous avons utilisé des entrevues, des documents écrits et des analyses quantitatives de données comme sources de données) et les résultats montrent une saturation théorique dans chaque niveau d'analyse et entre les deux niveaux d'analyse. Nous sommes donc confiant que la validité interne n'a subi que peu d'influence par le biais de l'histoire.

Deuxièmement, le degré de maturation des personnes interrogées durant l'étude aurait pu avoir influencé les évidences recueillies, lors des entrevues. Plus spécifiquement, le tiers des personnes interrogées sont arrivées durant ou après l'implantation de la structure par programmes, elles n'ont donc pas oeuvré dans la structure fonctionnelle précédente. Ce qu'elles ont décrit en entrevue pouvait donc refléter plus ou moins la réalité. De plus, parmi les personnes qui ont cumulé l'expérience dans l'ancienne et la nouvelle structure, plus de 50% d'entre elles occupaient un poste différent dans l'ancienne structure. Cette proportion élevée peut tout autant produire des impacts positifs (ayant occupé un poste différent, une personne peut avoir un regard plus critique sur la nouvelle structure) que des impacts

négatifs sur les résultats de l'étude qui s'achève. Tout comme pour le premier biais, nous pensons avoir bien contrôlé ce deuxième biais. Encore une fois, la triangulation des résultats, grâce à l'utilisation de trois sources de données et la recherche d'une saturation théorique nous ont permis de constater une unicité de description des faits entre les nouveaux et les anciens employés. Nous éprouvons la conviction que la validité interne n'a subi que fort peu d'influence par ce deuxième biais.

8.3.2. Biais de validité externe

Lors de la cueillette des données, deux biais peuvent avoir influencé la généralisation des résultats obtenus. Premièrement, vu l'importance accordée à la structure par programmes par les hôpitaux du Québec au moment des entrevues et comme les deux hôpitaux étaient parmi les premiers au Québec à implanter une telle structure, les gestionnaires peuvent avoir été victimes du désir de conformité sociale. En effet, à cause de leur position et de l'importance des enjeux, ces personnes auraient pu vouloir offrir une image favorable de la réalité afin de justifier le changement. Cependant, nos résultats tendent à montrer de grandes similitudes entre les divers groupes d'acteurs; la grande différence observée entre les perceptions des gestionnaires et celles des cliniciens s'explique du fait que les premiers se focalisent sur les résultats structureaux immédiats, alors que les seconds se concentrent sur des résultats plus tardifs. De plus, les résultats des entrevues des deux niveaux d'analyse ainsi que de l'analyse transversale ont révélé de la cohérence. Lorsque des différences d'opinions ont été constatées entre les sujets des deux niveaux d'analyse, l'image la plus positive correspondait, la plupart du temps, à celle affichée par les sujets du deuxième niveau d'analyse, à savoir les acteurs des programmes, ceux au cœur du changement. Nous croyons donc que ce biais a peu influencé la validité externe.

Le deuxième biais potentiel est celui occasionné par la sélection des sujets. Plus spécifiquement, le nombre de cliniciens interrogés pourrait être considéré comme faible. Cependant, il existe peu de contradictions entre les cliniciens d'un même programme ou d'un même hôpital, ce qui nous porte à croire que ce biais influence peu, lui aussi, les résultats de la présente étude. Par contre, nos résultats mettent en évidence certaines divergences entre les perceptions des cliniciens et celles des gestionnaires de façon

générale. L'explication de ces divergences effectuée précédemment, nous autorise à croire que la validité externe n'est pas affectée.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'étudier l'impact de la structure par programmes sur l'amélioration de la coordination des soins et les mécanismes qui expliquent cet impact. Nos résultats montrent que l'implantation d'une structure par programmes résulte en trois changements structurels fondamentaux qui, à leur tour, améliorent la coordination administrative et, dans une moindre mesure, la coordination clinique, tout en protégeant les liens professionnels. Cependant, à la fin de cette étude, deux questions demeurent en suspens : l'implantation d'une structure par programmes améliore-t-elle vraiment les processus au niveau clinique ? La structure par programmes correspond-elle vraiment à une meilleure structure organisationnelle que la structure fonctionnelle ?

Nous pensons que notre explication à l'effet que les cliniciens se montrent plus sensibles aux changements de processus et les gestionnaires, aux changements structurels reste plausible. Mais la première question persiste toutefois, car les changements au plan clinique demeurent complexes à réaliser. Ce ne serait pas la première fois que les cliniciens des hôpitaux résistent. Ils ont, dans le passé, été confrontés à des changements qui visaient une amélioration de la coordination clinique, citons notamment les cheminement critiques abrégés, la gestion par les DRG, la médecine basée sur les données probantes. Les effets attendus sur le plan clinique se révèlent encore mitigés. C'est pourquoi, mener d'autres recherches apparaîtrait utile afin de préciser les effets de la structure par programmes sur l'amélioration des processus cliniques.

La deuxième question devient plus que pertinente dans le contexte actuel de la révision du mode d'organisation des soins et services au Québec et dans la mesure où le passage d'une structure fonctionnelle à une structure par programmes exige des coûts en temps et en ressources. Bien que les bénéfices sur le plan administratif semblent plutôt évidents pour les administrateurs d'hôpitaux, ils paraissent moindres sur le plan clinique. Pour un administrateur d'hôpital, il importe de se demander si les bénéfices purement administratifs valent les investissements requis à l'implantation d'une structure par programmes ou bien s'il vaut mieux attendre afin de savoir si la structure par programmes améliore réellement les processus cliniques à long terme avant de décider l'implantation d'une telle structure

organisationnelle. Au niveau des processus cliniques, plusieurs changements ont été instaurés dans les hôpitaux, ces dernières années, dont les programmes d'amélioration continue de la qualité, la revue de la pertinence des hospitalisations et la revue de certaines pratiques cliniques (comme l'utilisation de la chirurgie d'un jour en remplacement de la chirurgie hospitalisée). Même si les résultats semblent mitigés, ces changements ont toutefois apporté des résultats tangibles sur le plan clinique, sans pour autant nécessiter les mêmes investissements que la structure par programmes.

Là encore, des recherches futures demeurent nécessaires pour étudier des hôpitaux qui auront complètement maîtrisé les changements organisationnels impliqués dans une structure par programmes, ce qui fournirait une appréciation plus précise quant à l'impact réel de la structure par programmes sur les processus cliniques et apporterait ainsi, une réponse satisfaisante aux deux questions précédentes.

BIBLIOGRAPHIE

- Adamson, B., Shakleton, T. L., Wong, C., Prendergast, M., Payne, E. (1999). The creation of a professional leader role in an academic health sciences center. Dans Healthcare Management Forum, 12 (2), 42-47.
- Alexander, J. A., Morrisey, M. A. (1988). Hospital-physician integration and hospitals costs. Dans Inquiry, 25, pages 388-401.
- Arndt, M., Bigelow, B. (1998). Reengineering: déjà vu all over again. Dans Health Care Management Review, 23 (3), pages 58-66.
- Association des hôpitaux du Québec (1996). Regards sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé.
- Association des hôpitaux du Québec (2000). Organisation par programmes-clientèle : l'expérience des centres hospitaliers du Québec.
- Blancett, S. S., Flarey, D. L. (1995). Reengineering nursing and health care: the handbook for organizational transformation. Aspen Publication.
- Bolon, D. S. (1998). Information processing theory: implications for health care organizations. Dans International Journal of Technology Management, 15 (3/4/5), pages 211-221.
- Burns, L. R. (1989). Matrix management in hospitals: testing theories of matrix structure and development. Dans Administrative Science Quarterly, 34, pages 349-368.
- Burns, L. R., Morrisey, M. A., Alexander, J. A., Johnson, V. (1998). Managed care and processes to integrate physicians / hospitals. Dans Health Care Management Review, 23 (4), pages 70-80.
- Burns, T., Stalker, G. M. (1961). The management of innovation. Tavistock Publications.
- Burton, R., Obel, B. (1998). Strategic organizational diagnosis and design. Developing theory for application. Second edition. Kluwer Academic Publishers.
- Champy, J. (1995). Reengineering management: the mandate for new leadership. New York: Harper Business.
- Chan, A., Heck, C. S. (2002). Emergence of new professional leadership roles with a health professional group following organizational redesign. Dans Healthcare Management Forum, 15 (4), pages 47-54.
- Charns, M., Tewksbury, L. (1993). Collaborative management in health care: implementing the integrative organization. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., Boyle, P. (1990). Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. Les Presses de l'Université de Montréal.

Daft, R. L. (1986). Organization theory and design. Second edition. St. Paul, Minnesota: West Pub. Company.

Daft, R. L. (1991). Management. Second edition. The Dryden Press.

Daft, R. L. (1992). Organization theory and design. Third edition. St-Paul, Minnesota: West Publishing Co.

Daft, R. L., Lengel, R. H. (1986). Organizational information requirements, media richness and structural design. Dans Management Science, 32 (5), pages 554-571.

Daft, R. L., Macintosh, N. B. (1981). A tentative exploration into the amount and equivocality of information processing in organizational work units. Dans Administrative Science Quarterly, 26 (June), pages 207-224.

Davidson, R. A., et al. (1981). Role disagreement in primary care practice. Dans Journal of Community Health, 7, pages 93-102. Dans Pong, R. W., Saunders, L. W., Church, W. J. B., Wanke, M., Cappon, P. (1995). Ressources humaines en santé dans le domaine des soins de santé communautaires : revue de la documentation. Ottawa : Santé Canada, Direction générale de la promotion et des programmes de santé.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Dans Milbank Memorial Fund Quarterly, pages 166-206.

Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press.

Egelhoff, W. G. (1991). Information-processing theory and the multinational enterprise. Dans Journal of International Business Studies, 22 (3), pages 341-368.

Fetter, R. B., Freeman, J. L. (1986). Diagnosis related groups: product-line management within hospitals. Dans Academy of Management Review, 11 (1), pages 41-54.

Ford, R.C., Randolph, W.A. (1992). Cross-functional structures: a review and integration of matrix organization and project management. Dans Journal of Management, 18 (2), pages 267-294.

Galbraith, J. R. (1973). Designing complex organizations. Massachusetts: Addison-Wesley.

Galbraith, J.R. (1974). Organization design: an information processing view. Dans Interfaces, 4 (3), pages 23-36.

Galbraith, J.R. (1977). Organization design. Massachusetts: Addison-Wesley.

Galbraith, J. R. (1994). Competing with flexible lateral organizations. Massachusetts: Addison-Wesley.

Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., Morgan, K. L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Dans Hospital and Health Services Administration, 38 (4), pages 467-489.

Goes, J. B., Zhan, C. (1995). The effects of hospital-physician integration strategies on hospital financial performance. Health Services Research, 30, 4, pages 507-530.

Gosselin, R. (1985). Probing into task interdependencies: the case of physicians in a teaching hospital. Dans Journal of Management Studies, 22 (5) , pages 466-497.

Green, E., Katz, J. (1995). Clinical practice guidelines for the adult patient. Mosby: St-Louis, Toronto.

Goes, J. B., Zhan, C. (1995). The effects of hospital-physician integration strategies on hospital financial performance. Dans Health Services Research, 30 (3), pages 507-530.

Guisset, A.-L., Sicotte, C., D'hoore, W. (1999). Concepts et mesures de l'efficience à l'hôpital. Dans Ruptures, 6 (1), pages 83-101.

Harris, J. E. (1978). The internal organization of hospitals: some economic implications. Dans The Bell Journal of Economics, 8 (2), pages 467-482.

Hitt, M. A., Keats, B. W., Harback, H. F., Nixon, R. D. (1994). Rightsizing: building and maintaining strategic leadership and long-term competitiveness. Dans Organizational Dynamics, 23 (2), pages 18-32.

Ho, S.-J. K., Chan, L., Kidwell, R. E. (1999). The implementation of business process reengineering in American and Canadian hospitals. Dans Health Care Management Review, 24 (2), pages 19-31.

Lagoë, R. J., Aspling, D. L. (1996). Enlisting physician support for practice guidelines in hospitals. Dans Health Care Management Review, 21 (4), pages 61-67.

Lamothe, L. (1996). La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés. Thèse de doctorat. Montréal: Université McGill.

Lapointe, L. (1991). Une expérience de décentralisation administrative : le cas de l'Hôpital Sainte-Justine. Mémoire de maîtrise. Montréal : Université de Montréal.

Lathrop, J. P. (1993). Restructuring health care: the patient-focused care paradigm. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Lawrence, P. R., Lorsch, J. W.(1967). Differentiation and integration in complex organizations. Dans Administrative Science Quarterly, 12, pages 1-47.

Leatt, P., Lemieux-Charles, L., Aird, C. (1994). Program management and beyond: management innovations in Ontario hospitals. Ottawa, Canada: Canadian College of Health Services Executives.

Leatt, P., Baker, G. R., Halverson, P. K., Aird, C. (1997). Downsizing, reengineering, and restructuring: long-term implications for healthcare organizations. Dans Frontiers of Health Services Management, 13 (4), pages 3-17.

Levitt, T. (1972). Production-line approach to service. Dans Harvard Business Review, 50 (5), pages 41-52.

Lin, B., Vassar, J. A. (1996). Implications of reengineering in health care. Dans The Health Care Supervisor, 15 (2), pages 63-68.

Lohrmann, G., Keyte, B., Lafalce, M. B. (1997). Achieving functional integration: a continuum case study. Dans Healthcare Financial Management, 51 (4), pages 35-39.

Manganelli, R. L. (1993). It's not a silver bullet. Dans Journal of Business Strategy, 14(6).

Manning, N. (1987). Product line management: will it work in health care? Dans Health Care Financial Management, 41 (1), pages 23-32.

Meyer, J. W., Feingold, M. G. (1995). Integrating financial modeling and patient care reengineering. Dans Healthcare Financial Management, 49 (2).

Miles, M. B., Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis, an expanded sourcebook. Second edition. Thousand Oaks: Sage publications.

Miles, R. E., Snow, C. C. (1986). Organizations: new concepts for new forms. Dans California Management Review, 28 (3), pages 62-73.

Miller, P., Worth, B., Barton, D., Tonkin, M. (2001). Redefining leadership responsibilities following organizational redesign. Dans Healthcare Management Forum, 14 (3), pages 29-33.

Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Les Éditions d'Organisation.

Nadler, D., Hackman, J. R., Lawler, E. (1979). Managing organizational behavior. Boston, Toronto: Little Brown & company.

Nadler, D., Tushman, M. (1988). Strategic organization design: concepts, tools and processes. England: Scott, Foresman and Company.

Pilon, B. A. (1998). Outcomes and surprises of work redesign. Dans Nursing Management, 29 (8), pages 44-45.

Roemer, M., Friedman, J. (1971). Doctors in hospitals: medical staff organization and hospital performance. Baltimore: John Hopkins Press.

- Rossi, P. (1999). Case management in healthcare, a practical guide. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Rozovsky, F. (1995). Clinical pathways improve care delivery. Dans Managed Healthcare, 5 (12).
- Schweikhart, S. B., Vicki, S.-D. (1996). Reengineering the work of caregivers: role definition, team structures, and organizational redesign. Dans Hospital and Health Services Administration, 41 (1).
- Scott, W. R. (1982). Managing professional work: three models of control for health organizations. Dans Health Services Research, 17 (3), pages 213-240.
- Smith, T., Leatt, P., Ellis, P., Fried, B. (1989). Decentralized hospital management: rationale, potential, and two case examples. Dans Health Matrix, 7 (1), pages 11-17.
- Starfield, B. (1973). Health services research: a working model. Dans New England Journal of Medicine, 289, pages 132-136.
- Tushman, M. L. (1979). Work characteristics and subunit communication structure: a contingency analysis. Dans Administrative Science Quarterly, 24 (1), pages 82-98.
- Tushman, M., Nadler, D.A. (1978). Information processing as an integrating concept in organizational design. Dans Academy of Management Review, 3 (3), pages 613-624.
- Van de Ven, A. H., Delbecq, A. L., Koenig (1976). Determinants of coordination modes within organizations. Dans American Sociological Review, 41 (2), pages 322-338.
- Walston, S. L., Burns, L. R., Kimberly, J. R. (2000). Does reengineering really work ? An examination of the context and outcomes of hospital reengineering initiatives. Dans Health Services Research, 34 (6), pages 1363-1388.
- Walston, S. L., Kimberly, J. R. (1997). Reengineering hospitals: evidence from the field. Dans Hospital and Health Services Administration, 42 (2), pages 143-163.
- Woodward, J. (1965). Industrial organizations: theory and practice. London: Oxford University Press.
- Woodard, B., Fottler, M. D., Kilpatrick, A. O. (1999). Transformation of an academic medical center: lessons learned from restructuring and downsizing. Dans Health Care Management Review, 24 (1), pages 81-94.
- Yin, R. K. (1989). Case study research: design and methods. Sage Publications.
- Young, G. J., Charns, M. P., Heeren, T. C. (2004). Production-line management in professional organizations : an empirical test of competing theoretical perspectives. Dans Academy of Management Journal, 47 (5), pages 723-734.

ANNEXE I. QUESTIONNAIRES D'ENTREVUE

L'annexe 1 présente les deux questionnaires utilisés pour les entretiens de deux niveaux d'analyse, ainsi que les variables concernées par les questions de chaque questionnaire.

1. Questionnaire du premier niveau d'analyse

Le tableau XIV suivant présente, dans la colonne de gauche, les questions destinées aux entretiens du premier niveau d'analyse et, dans la colonne de droite, les variables concernées par ces questions.

Tableau XIV – Questionnaire pour les entretiens du premier niveau d'analyse

Questions	Variables
<p>1. Définition de la nouvelle structure</p> <p>1.1. L'adoption d'une structure par programmes a-t-elle changé votre vie ?</p> <p>1.2. Comment les programmes ont-ils été créés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Quels sont les critères de définition des programmes ? ➤ Quelles sont les types de ressources incluses dans chaque programme ? <p>1.3. Comment le nombre de gestionnaires a-t-il évolué ?</p> <p>1.4. Décrivez l'évolution du nombre moyen de cliniciens par unité administrative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des cliniciens • Niveaux hiérarchiques • Taille des unités • Satisfaction des cliniciens
<p>2. Administration</p> <p>2.1. Comment les activités dans chaque programme sont-elles contrôlées par l'administration ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les gestionnaires de programmes sont-ils imputables des résultats en fonction d'indicateurs définis à l'intérieur d'un système de contrôle des performances de chaque programme ? ➤ Et les cliniciens ? ➤ Si oui, quels sont ces indicateurs ? <p>2.2. Était-ce différent dans la structure précédente ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des cliniciens • Système de contrôle des performances
<p>3. Coordination des soins et services</p> <p>3.1. Dans quelle mesure les activités et services cliniques sont-ils coordonnés dans le programme entre et parmi les cliniciens ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entre la structure précédente et la structure actuelle, 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination entre cliniciens

Questions	Variables
<p>comment ont évolué les délais d'attente pour des activités diagnostiques et thérapeutiques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comment a évolué le nombre d'activités diagnostiques et thérapeutiques annulées pour manque de coordination ? ➤ Comment ont évolué les duplications inutiles de requêtes pour activités diagnostiques et thérapeutiques ? <p>3.2. Comment a évolué la variété de cliniciens différents (dans une même profession) interagissant avec le patient ?</p>	
<p>4. Information et prise de décisions</p> <p>4.1. Par rapport à la structure précédente, comment vos besoins en information ont-ils évolué ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Besoins locaux (pour la pratique individuelle) ou globaux (pour tous les membres de l'équipe) ? ➤ Quel est le degré de formalisation des processus de collecte et d'accès aux données (langage commun formalisé) ? ➤ Comment la nouvelle structure influence-t-elle votre processus de décision et la vitesse à laquelle vous prenez vos décisions ? <p>4.2. Comment votre capacité à planifier et à contrôler les opérations sous votre responsabilité a-t-elle évolué ?</p> <p>4.3. Comment l'environnement technologique (technologies de l'information et de communication) a-t-il évolué ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilisez-vous de nouveaux systèmes ? ➤ Les systèmes existants ont-ils été modifiés pour tenir compte de la nouvelle structure ? ➤ Quels sont les impacts de ces changements sur votre pratique ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Incertitude • Capacité de planification et de contrôle

2. Questionnaire du deuxième niveau d'analyse

Le tableau XV suivant présente les questions posées aux personnes interrogées et faisant partie du deuxième niveau d'analyse.

Tableau XV – Questionnaire pour les entrevues du deuxième niveau d'analyse

Questions	Variables
<p>1. Définition de la nouvelle structure</p> <p>1.1. L'adoption d'une structure par programmes a-t-elle changé votre vie ?</p> <p>1.2. Comment les programmes ont-ils été créés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Quels sont les critères de définition des programmes ? ➤ Quelles sont les types de ressources incluses dans chaque programme ? <p>1.3. Comment le nombre de gestionnaires a-t-il évolué ?</p> <p>1.4. Décrivez l'évolution du nombre moyen de cliniciens par unité administrative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des cliniciens • Niveaux hiérarchiques • Taille des unités • Satisfaction des cliniciens
<p>2. Administration</p> <p>2.1. Comment les activités dans chaque programme sont-elle contrôlées par l'administration ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les gestionnaires de programmes sont-ils imputables des résultats en fonction d'indicateurs définis à l'intérieur d'un système de contrôle des performances de chaque programme ? ➤ Si oui, quels sont ces indicateurs ? <p>2.2. Comment cela se reflète-t-il dans les activités quotidiennes des cliniciens dans le programme ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sont-ils eux aussi imputables de leurs résultats au plan individuel ? ➤ Comment ? <p>2.3. Était-ce différent dans la structure précédente ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des cliniciens • Système de contrôle des performances
<p>3. Pratique professionnelle</p> <p>3.1. Comment ont évolué vos liens avec les autres cliniciens ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans quelle mesure partagez-vous les objectifs et pratiques de vos collègues médecins dans votre programme ? ➤ Dans quelle mesure votre pratique tient-elle compte des activités et besoins des autres cliniciens du programme ? <p>3.2. D'un point de vue technique, décrivez l'évolution de vos tâches entre la structure précédente et la structure actuelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des médecins • Mécanismes de liaisons latérales

Questions	Variables
<p>4. Communication</p> <p>4.1. Dans quelle mesure utilisez-vous les canaux de communication formelle suivants dans la coordination de vos actions avec les autres cliniciens : discussion face-à-face, téléphone et autres médias électroniques, documents écrits avec destinataire, documents écrits impersonnels, documents numériques formels ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans quelle mesure utilisez-vous des outils comme des plans de soins, des protocoles, etc. par rapport à la structure précédente ? <p>4.2. Était-ce différent dans la structure précédente ?</p> <p>4.3. Dans votre pratique, comment a évolué la communication informelle avec vos collègues ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En ce qui concerne les rencontres personnelles (face-à-face) ? ➤ En ce qui concerne les rencontres de groupe planifiées (ex : comité) ? ➤ En ce qui concerne les rencontres de groupe non planifiées (ex : groupe de travail) ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles cliniques • Mécanismes de liaisons latérales • Ambiguïté
<p>5. Coordination des soins et services</p> <p>5.1. Dans quelle mesure les activités et services cliniques sont-ils coordonnés dans le programme entre et parmi les cliniciens ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entre la structure précédente et la structure actuelle, comment ont évolué les délais d'attente pour des activités diagnostiques et thérapeutiques ? ➤ Comment a évolué le nombre d'activités diagnostiques et thérapeutiques annulées pour manque de coordination ? ➤ Comment ont évolué les duplications inutiles de requêtes pour activités diagnostiques et thérapeutiques ? <p>5.2. Comment a évolué la variété de cliniciens différents (dans une même profession) interagissant avec le patient ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des médecins • Coordination entre cliniciens
<p>6. Information et prise de décisions</p> <p>6.1. Par rapport à la structure précédente, comment vos besoins en information ont-ils évolué ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Besoins locaux (pour la pratique individuelle) ou globaux (pour tous les membres de l'équipe) ? ➤ Quel est le degré de formalisation des processus de collecte et d'accès aux données (langage commun formalisé) ? ➤ Comment la nouvelle structure influence-t-elle votre processus de décision et la vitesse à laquelle vous prenez vos décisions ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Incertitude • Capacité de planification et de contrôle

Questions	Variables
<p>6.2. Comment votre capacité à planifier et à contrôler les opérations sous votre responsabilité a-t-elle évolué ?</p> <p>6.3. Comment l'environnement technologique (technologies de l'information et de communication) a-t-il évolué ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilisez-vous de nouveaux systèmes ? ➤ Les systèmes existants ont-ils été modifiés pour tenir compte de la nouvelle structure ? ➤ Quels sont les impacts de ces changements sur votre pratique ? 	
<p>7. Conséquences non désirées du processus de soins</p> <p>7.1. Par rapport à la structure organisationnelle précédente, pensez-vous que les incidents évitables sont plus évités ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pensez-vous que les complications sont plus évitées ? ➤ Pensez-vous que la mortalité est plus évitée ? ➤ Pensez-vous que les réadmissions sont plus évitées ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination entre cliniciens

ANNEXE II. ANALYSES QUANTITATIVES

Dans le cadre de la thèse, des analyses statistiques ont été effectuées à partir des données provenant du système d'information Med-Écho de 1995-1996 à 2000-2001 pour déterminer si une relation existe entre l'adoption d'une structure par programmes et les quatre indicateurs suivants : variations de pratique des durées de séjour, variations de pratique du nombre de consultations, taux de mortalité et taux de réadmissions. Ces indicateurs ont été mesurés selon un devis pré-post implantation.

Afin de confirmer ou d'infirmer l'existence de cette relation, l'objectif de ces analyses quantitatives visait à déterminer s'il existe une variation statistiquement significative de ces indicateurs durant la période considérée qui débute deux années avant le début de l'implantation par programmes pour les deux hôpitaux concernés.

Cette annexe présente en détail l'analyse de ces indicateurs effectuée en quatre étapes : les variables quantitatives dépendantes et indépendantes ont été définies, les données requises ont été colligées, les indicateurs ont été calculés, puis des analyses statistiques ont été réalisées sur ces indicateurs.

1. Définition des variables dépendantes et indépendantes

Selon le modèle théorique de la thèse actuelle, la qualité de la coordination des soins peut être mesurée par la présence de variations de pratique. Or, une réduction des variations de pratique signifie, entre autres, que les différentes hospitalisations couvrent chacune une durée de séjour s'approchant de plus en plus de la durée moyenne de séjour, c'est-à-dire que la variabilité dans les durées de séjour pour une période considérée diminue. Afin de mesurer les variations de pratique, il est proposé de calculer la proportion d'hospitalisations dont le séjour se situe à l'extérieur d'un écart-type de la durée moyenne de séjour, pour chacune des années de chaque échantillon. Ce nombre correspond à la variable VAR_SÉJOUR. Ainsi, sur les six années considérées, une réduction significative de VAR_SÉJOUR signifierait une réduction des variations de pratique, et donc une amélioration de la coordination des soins.

De même, il est aussi proposé de calculer la proportion d'hospitalisations dont le nombre de consultations est à l'extérieur d'un écart-type du nombre moyen de consultations par hospitalisation, pour chacune des années de chaque échantillon, il s'agit alors de la variable VAR_CONS. L'évolution de VAR_CONS conduira à la même conclusion, quant à l'évolution des variations de pratique.

La qualité de la coordination des soins peut aussi être évaluée par la présence de conséquences non désirées dans le processus de soins. Les données disponibles nous ont permis de construire deux indicateurs : les taux de mortalité et de réadmissions. Ces deux taux sont représentés par les variables dépendantes DÉCÈS et RÉADM, respectivement. Dans le cas de la deuxième variable, une hospitalisation est considérée une réadmission, lorsqu'elle répond aux deux conditions suivantes :

- la date d'admission est survenue trente jours ou moins après la date de congé de l'hospitalisation précédente pour un même patient;
- le diagnostic principal de l'hospitalisation courante correspond au diagnostic principal de l'hospitalisation précédente pour un même patient.

Chacune de ces quatre variables dépendantes a été analysée en fonction de plusieurs variables indépendantes, souvent les mêmes variables indépendantes ont été utilisées pour plus d'une variable dépendante. À l'origine, quatre variables indépendantes ont été identifiées :

- ANNÉE : représente l'année financière de l'hospitalisation considérée et varie de 1995-1996 à 2000-2001;
- GRAV : valeur discrète variant de 1 à 4 qui représente l'indice de gravité clinique relié à l'APR-DRG de l'hospitalisation considérée;
- RISQM : valeur discrète variant de 1 à 4 qui représente le risque de mortalité relié à l'APR-DRG de l'hospitalisation considérée;
- NIRRU : valeur continue qui représente le niveau d'utilisation des ressources relié à l'APR-DRG de l'hospitalisation considérée.

À l'exception de la variable ANNÉE, des analyses de régression linéaire ont déterminé lesquelles des autres variables indépendantes étaient significatives pour chaque variable

dépendante considérée. Comme l'objectif des analyses quantitatives vise à mesurer l'évolution des variables dépendantes au cours de la période de temps considérée, la variable ANNÉE sera d'office utilisée pour évaluer toutes les variables dépendantes. Ainsi, les variables dépendantes VAR_SÉJOUR, VAR_CONS et RÉADM seront évaluées en fonction des variables indépendantes ANNÉE et GRAV, alors que la variable dépendante DÉCÈS se mesurera en fonction des variables indépendantes ANNÉE et RISQM.

2. Sélection initiale des données

Le système Med-Écho contient des renseignements pertinents pour chacune des hospitalisations survenues dans chaque hôpital du Québec. Pour chaque hôpital étudié, nous avons sélectionné trois échantillons de données : un premier pour tout l'hôpital, puis un échantillon pour chacun des deux programmes identifiés.

Pour sélectionner les hospitalisations, quatre critères d'inclusion ont été définis :

1. Un APR-DRG doit avoir été assigné à l'hospitalisation, assurant ainsi que les principales données d'ordre clinique (comme le diagnostic, le niveau de gravité et le risque de mortalité) soient valides;
2. Le type d'admission doit être dans la liste suivante : « urgence » (code = 1), « semi-urgente » (code = 2) ou « non-urgente » (code = 3); les admissions de types « obstétrique », « nouveau-né » et « chirurgie d'un jour » sont exclues;
3. Le type de soins doit relever des « soins de courte durée » (code = 1); les soins pouvant être qualifiés de types « de longue durée » et « chirurgie d'un jour » sont exclus;
4. Le service du médecin à l'admission (tel que codé dans Med-Écho) permet d'identifier les hospitalisations spécifiques à chaque programme, selon le tableau XVI suivant :

Tableau XVI – Codes de service du médecin à l'admission inclus dans les échantillons

Hôpital	Programmes	Services Med-Écho
A	Gériatrie	Gériatrie (code = 89)
	Chirurgie	Cardio-vasculaire et thoracique (code = 20) Chirurgie générale (code = 24) Chirurgie plastique (code = 26) Chirurgie thoracique (code = 28) Neurochirurgie (code = 30) Ophtalmologie (code = 32) Orthopédie (code = 34) Oto-rhino-laryngologie (code = 36) Urologie (code = 38) Traumatologie (code = 41) Transplantation (code = 43)
B	Médecine	Endocrinologie (code = 4) Microbiologie médicale (code = 73) Médecine (code = 80)
	Urgence-Trauma-Chirurgie	Soins dentaires (code = 14) Soins de la bouche (code = 22) Chirurgie générale (code = 24) Ophtalmologie (code = 32) Oto-rhino-laryngologie (code = 36) Traumatologie (code = 41)

3. Calculs des indicateurs

Pour calculer la proportion d'hospitalisations ayant une durée de séjour à l'extérieur d'un écart-type, la durée moyenne de séjour et l'écart-type ont été calculés pour chaque année de chaque échantillon. Par la suite, pour chaque année de chaque échantillon, les hospitalisations dont le séjour était à l'extérieur d'un écart-type de la durée moyenne de séjour ont été identifiées. Le tableau XVII présente les résultats pour chaque échantillon.

Tableau XVII – Calculs de l'indicateur de variations de pratique des durées de séjour

Hôpital A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	7150	7413	7579	7429	6944	6630
GRAV	1.61	1.69	1.70	1.89	1.87	1.94
VAR_SÉJOUR	10.5%	10.0%	10.1%	9.5%	9.7%	9.1%
Hôpital A - Programme A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	127	121	54	11	10	6
GRAV	2.11	2.15	2.20	2.45	2.70	2.17
VAR_SÉJOUR	8.7%	16.4%	18.5%	18.2%	10.0%	16.7%
Hôpital A - Programme B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	1906	2189	2293	2180	2071	2022
GRAV	1.35	1.36	1.35	1.51	1.51	1.62
VAR_SÉJOUR	8.9%	9.4%	9.2%	9.0%	6.5%	7.3%
Hôpital B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	14 185	13 490	12 884	12 583	11 806	11 770
GRAV	1.53	1.53	1.58	1.62	1.65	1.67
VAR_SÉJOUR	3.3%	5.1%	4.6%	5.8%	5.6%	5.2%
Hôpital B - Programme A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	6469	6272	6109	5843	5301	5202
GRAV	1.48	1.48	1.51	1.51	1.56	1.65
VAR_SÉJOUR	4.3%	3.3%	3.7%	6.3%	2.9%	3.3%
Hôpital B - Programme B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	2009	1987	2158	1968	1773	1851
GRAV	1.31	1.30	1.34	1.39	1.46	1.38
VAR_SÉJOUR	5.7%	8.5%	9.2%	8.0%	4.7%	3.5%

En ce qui concerne le calcul de la proportion d'hospitalisations dont le nombre de consultations est à l'extérieur d'un écart-type, la même méthode a été utilisée que pour VAR_SÉJOUR. Le tableau XVIII présente les résultats pour VAR_CONS.

Tableau XVIII – Calculs de l'indicateur de variations de pratique des consultations

Hôpital A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	7150	7413	7579	7429	6944	6630
GRAV	1.61	1.69	1.70	1.89	1.87	1.94
VAR_CONS	8.6%	12.8%	10.7%	8.7%	8.8%	8.9%
Hôpital A - Programme A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	127	121	54	11	10	6
GRAV	2.11	2.15	2.20	2.45	2.70	2.17
VAR_CONS	18.9%	10.7%	13.0%	9.1%	20.0%	0.0%
Hôpital A - Programme B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	1906	2189	2293	2180	2071	2022
GRAV	1.35	1.36	1.35	1.51	1.51	1.62
VAR_CONS	11.7%	13.2%	12.2%	10.6%	8.9%	10.1%
Hôpital B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	14 185	13 490	12 884	12 583	11 806	11 770
GRAV	1.53	1.53	1.58	1.62	1.65	1.67
VAR_CONS	8.8%	8.7%	8.8%	9.6%	10.3%	11.1%
Hôpital B - Programme A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	6469	6272	6109	5843	5301	5202
GRAV	1.48	1.48	1.51	1.51	1.56	1.65
VAR_CONS	12.1%	13.1%	12.3%	14.9%	7.9%	10.0%
Hôpital B - Programme B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	2009	1987	2158	1968	1773	1851
GRAV	1.31	1.30	1.34	1.39	1.46	1.38
VAR_CONS	11.1%	7.8%	6.6%	7.4%	12.1%	11.6%

Le calcul du taux de mortalité devient beaucoup plus simple, parce que le fichier Med-Écho contient un champ comprenant deux valeurs : 1 signifie que l'hospitalisation s'est terminée par le décès du patient, et 0 dans le cas contraire. Le tableau XIX présente les résultats pour la variable DÉCÈS.

Tableau XIX - Calculs de l'indicateur du taux de mortalité

Hôpital A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	7150	7413	7579	7429	6944	6630
RISQM	1.44	1.53	1.55	1.67	1.64	1.70
DÉCÈS	4.1%	6.0%	6.0%	5.5%	6.0%	5.6%
Hôpital A - Programme A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	127	121	54	11	10	6
RISQM	1.94	2.03	1.94	2.00	2.30	1.83
DÉCÈS	6.3%	8.3%	9.3%	0.0%	10.0%	0.0%
Hôpital A - Programme B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	1906	2189	2293	2180	2071	2022
RISQM	1.17	1.19	1.20	1.31	1.28	1.35
DÉCÈS	0.8%	1.3%	1.7%	1.1%	1.2%	1.8%
Hôpital B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	14 185	13 490	12 884	12 583	11 806	11 770
RISQM	1.11	1.11	1.13	1.11	1.13	1.13
DÉCÈS	0.8%	0.7%	0.6%	0.7%	0.7%	0.6%
Hôpital B - Programme A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	6469	6272	6109	5843	5301	5202
RISQM	1.06	1.07	1.07	1.07	1.08	1.11
DÉCÈS	0.6%	0.5%	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%
Hôpital B - Programme B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	2009	1987	2158	1968	1773	1851
RISQM	1.03	1.03	1.03	1.03	1.05	1.06
DÉCÈS	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.6%	0.3%

Enfin, le calcul du taux de réadmissions s'est effectué en identifiant les hospitalisations au cours d'une même année dans chaque échantillon qui répondaient aux deux conditions mentionnées précédemment. Le tableau XX présente les résultats du calcul du taux de réadmissions pour chaque hôpital et chacun des programmes dans leur hôpital respectif.

Tableau XX - Calculs de l'indicateur du taux de réadmissions

Hôpital A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	7150	7413	7579	7429	6944	6630
GRAV	1.61	1.69	1.70	1.89	1.87	1.94
RÉADM	3.5%	3.6%	4.1%	3.5%	3.6%	3.6%
Hôpital A - Programme A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	127	121	54	11	10	6
GRAV	2.11	2.15	2.20	2.45	2.70	2.17
RÉADM	2.4%	0.8%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%
Hôpital A - Programme B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	1906	2189	2293	2180	2071	2022
GRAV	1.35	1.36	1.35	1.51	1.51	1.62
RÉADM	0.9%	0.6%	1.1%	0.5%	1.2%	1.2%
Hôpital B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	14 185	13 490	12 884	12 583	11 806	11 770
GRAV	1.53	1.53	1.58	1.62	1.65	1.67
RÉADM	7.2%	7.1%	5.9%	4.8%	5.1%	6.1%
Hôpital B - Programme A	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	6469	6272	6109	5843	5301	5202
GRAV	1.48	1.48	1.51	1.51	1.56	1.65
RÉADM	1.9%	2.4%	1.8%	1.8%	1.6%	2.0%
Hôpital B - Programme B	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Nombre d'hospitalisations	2009	1987	2158	1968	1773	1851
GRAV	1.31	1.30	1.34	1.39	1.46	1.38
RÉADM	2.9%	1.6%	2.0%	1.3%	2.0%	1.5%

4. Analyses statistiques

Pour analyser l'évolution des quatre variables dépendantes, des analyses de variance à deux facteurs ont été effectuées afin de déterminer si la valeur moyenne de chaque variable dépendante était la même pour toutes les années. Lorsque l'analyse de variance confirmait l'existence d'au moins une année pour laquelle la moyenne de la variable dépendante différait, le test de comparaisons multiples de Tukey a été utilisé pour identifier, de façon

post hoc, l'année ou les années statistiquement différentes. Le tableau XXI présente les degrés de signification des résultats des analyses de variance (ANOVA) et des tests de Tukey.

Tableau XXI – Analyses de variance et des tests de comparaisons multiples de Tukey

		ANOVA (sig.)		Tukey (sig.)				
		ANNEE	GRAV / RISQM	1995- 1996 Vs 1996- 1997	1996- 1997 Vs 1997- 1998	1997- 1998 Vs 1998- 1999	1998- 1999 Vs 1999- 2000	1999- 2000 Vs 2000- 2001
VAR_SÉJOUR	Hôpital A	0.002	0.000					
	Hôpital A – Programme A	0.027	0.017	0.003				
	Hôpital A – Programme B	0.006	0.000				0.011	
	Hôpital B	0.000	0.000	0.000		0.000		
	Hôpital B – Programme A	0.410	0.000	0.032		0.000	0.000	
	Hôpital B – Programme B	0.000	0.000	0.002			0.000	
VAR_CONS	Hôpital A	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		
	Hôpital A – Programme A	0.146	0.010					
	Hôpital A – Programme B	0.002	0.000					
	Hôpital B	1.000	0.000					
	Hôpital B – Programme A	0.001	0.000			0.000	0.000	0.000
	Hôpital B – Programme B	0.022	0.000	0.002			0.000	
DÉCÈS	Hôpital A	0.044	0.000	0.000				
	Hôpital A – Programme A	0.511	0.000					
	Hôpital A – Programme B	0.004	0.000					
	Hôpital B	0.000	0.000					
	Hôpital B – Programme A	0.000	0.000					
	Hôpital B – Programme B	0.001	0.021				0.009	
RÉADM	Hôpital A	0.677	0.001					
	Hôpital A – Programme A	0.872	0.834					
	Hôpital A – Programme B	0.046	0.028					
	Hôpital B	0.000	0.000		0.001	0.002		0.018
	Hôpital B – Programme A	0.002	0.027					
	Hôpital B – Programme B	0.025	0.037	0.035				

Dans le cas de la variable VAR_SÉJOUR pour l'Hôpital B – Programme A, où l'année n'est pas significative mais où trois paires d'années ont été identifiées comme statistiquement différentes, aucune de ces paires n'a été retenue dans l'analyse des résultats présentée dans le chapitre 6, car l'année n'était pas significative.