

Université de Montréal

Analyse comparée de la prise de décision en matière de technologie
dans deux milieux hospitaliers francophone et anglophone

par
Khatoune Témisjian-Bedrossian
Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en sociologie

Octobre 1998

© Khatoune Témisjian, 1998



HM
15
U54
1999
V.009

À ne pas confondre avec la liste des auteurs en matière de brevets
dans deux autres publications (classification et résumés)

par
Monsieur François-Henri
Département de biologie
Faculté des arts et des sciences

(Ces données sont la liste des auteurs
en matière de brevets de la
Faculté des arts et des sciences
de l'Université de Montréal)



Université de Montréal

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Analyse comparée de la prise de décision en matière de technologie
dans deux milieux hospitaliers francophone et anglophone

présentée par :

Khatoune Témisjian-Bedrossian

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Camille Legendre	président du jury
Guy Rocher	directeur de recherche
Jean-Louis Denis	membre du jury
Michel Dorais	examineur externe
<i>Claude Larivière</i>	<i>représentant du jury en</i>

Thèse acceptée le 26 avril 1999

SOMMAIRE

L'objectif de cette recherche est de comparer deux institutions hospitalières appartenant à des groupes linguistiques et culturels différents, en l'occurrence francophones et anglophones, afin d'examiner dans quelle mesure ceux-ci se rapprochent ou s'éloignent dans leur processus décisionnel conduisant à l'acquisition des nouvelles technologies médicales. Mon hypothèse est que les milieux francophones et anglophones ont été représentés par des modèles très différents pendant plus de deux siècles mais sont actuellement en voie de rapprochement. Un des facteurs qui contribue à ce rapprochement est l'acquisition de nouvelles technologies médicales.

Deux dimensions ont été intégrées dans ma recension des écrits, la dimension sociétale et la dimension organisationnelle, qui sont utilisées de façon complémentaire dans mon étude. La dimension sociétale fut prise en compte en comparant les rapports sociaux des deux groupes, francophones et anglophones, et en montrant le rôle joué par leurs traditions et leur culture dans le processus décisionnel. La seconde dimension, la dimension organisationnelle, fut prise en compte en analysant le processus de prise de décision dans ces grandes organisations bureaucratiques que constituent les hôpitaux et en examinant dans quelle mesure les stratégies des acteurs qui oeuvrent au sein de ces organisations, leur pouvoir et leur jeu agissent sur le processus décisionnel.

Par une étude de cas et une analyse qualitative réalisée au moyen d'entrevues semi-structurées, effectuées auprès de personnes impliquées dans le processus de prise de décision dans chacun des milieux concernés, j'ai montré comment l'acquisition des nouvelles technologies médicales dans les hôpitaux a contribué à diminuer les disparités qui existaient, sur le plan professionnel, par exemple, entre les milieux hospitaliers francophones et anglophones.

Les résultats obtenus montrent que la dimension linguistique constitue une variable importante dans mon étude, puisque les écarts jadis observés entre les deux communautés ethnolinguistiques tendent à diminuer lorsque j'introduis le facteur «nouvelles technologies médicales». Il semble en effet que ce facteur façonne les mentalités et comportements des groupes, de telle sorte que les différences culturelles diminuent lorsqu'on intègre les nouveaux équipements médicaux.

Quant à la variable organisationnelle, elle joue également un rôle considérable dans le processus décisionnel. En effet, l'émergence de nouveaux groupes professionnels dans la prise de décision menant à l'acquisition de nouvelles technologies médicales réduit le pouvoir des décideurs traditionnels. C'est le cas de la naissance de la profession de génie biomédical, par exemple, qui participe maintenant au processus décisionnel. C'est également le cas des administrateurs de la santé qui sont de plus en plus impliqués dans la prise de décision. De plus, il est à noter que plus les répondants, notamment les médecins, se rapprochent de l'activité scientifique, moins il existe de disparités entre eux, que ceux-ci soient francophones ou anglophones.

Finalement, cette étude nous permet d'entreprendre une réflexion sur le fait que les technologies médicales constituent un facteur de convergence entre les deux groupes linguistiques et culturels dans la mesure où, dû à plusieurs éléments de rapprochement, elles tendent à niveler les cultures.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	xji
Liste des figures et des histogrammes.....	xiii
Remerciements.....	xiv

INTRODUCTION.....	1
--------------------------	----------

PREMIÈRE PARTIE

PROBLÉMATIQUE.....	3
---------------------------	----------

CHAPITRE 1: LE PROJET.....	4
-----------------------------------	----------

1.1 Définition de l'objet d'étude.....	4
1.2 Problématique.....	6
1.3 Principaux concepts.....	9
1.3.1 Les groupes sociaux.....	9
1.3.2 La prise de décision.....	9
1.3.3 L'organisation hospitalière.....	9
1.3.4 Les nouvelles technologies médicales en milieu hospitalier.....	10
1.4 Les nouveaux équipements médicaux.....	10
1.5 Pertinence et originalité.....	14

CHAPITRE 2: L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE.....	16
---	-----------

2.1 Les types d'organisation de la pratique médicale.....	16
2.1.1 L'expérience américaine.....	17
2.1.2 L'expérience québécoise.....	19

2.2	Les professions de la santé.....	22
2.2.1	La tradition sociologique française.....	23
2.2.2	La tradition sociologique américaine.....	24
2.3	La relation entre les médecins et l'hôpital.....	27
2.4	La relation entre les médecins et les administrateurs.....	29
2.5	Vers une collaboration entre les diverses professions médicales?.....	31
2.6	Le modèle bureaucratique professionnel.....	32
2.7	Conclusion.....	35
CHAPITRE 3: LE CONTEXTE SOCIÉTAL.....		36
3.1	Les enquêtes sur les francophones et les anglophones.....	37
3.1.1	Everett Hughes.....	38
3.1.2	Les études sur la division du travail.....	40
3.1.3	Les études sur la stratification sociale.....	42
3.1.4	Les études sur les professionnels.....	46
3.1.5	Les études sur la langue parlée et le statut économique.....	48
3.1.6	Les études sur les aspects culturels.....	50
3.2	Les médecins francophones et anglophones.....	52
3.3	Quelques comparaisons internationales.....	54
3.4	Conclusion.....	57
CHAPITRE 4: L'APPROCHE ORGANISATIONNELLE.....		59
4.1	Les théories de l'organisation.....	60
4.1.1	Le modèle d'organisation bureaucratique.....	61
4.1.2	L'approche néo-rationaliste.....	62
4.1.3	L'école de la prise de décision.....	62

4.2	Analyse stratégique et analyse systémique.....	66
4.2.1	Les stratégies des acteurs.....	67
4.2.2	Le pouvoir.....	68
4.2.3	Le jeu des acteurs.....	71
4.3	Les conflits dans l'organisation.....	72
4.3.1	L'émergence de conflits.....	75
4.3.2	La résolution de conflits.....	76
4.4	La prise de décision.....	77
4.5	Les réseaux organisationnels.....	81
4.6	Les approches de la prise de décision.....	82
4.7	Perspective critique.....	84
4.7.1	Faible importance des variables externes.....	84
4.7.2	Approche instrumentaliste de la culture et des valeurs.....	84
4.7.3	Surestimation de la liberté de l'acteur.....	85
4.8	Conclusion.....	86
CHAPITRE 5: CADRE THÉORIQUE.....		87
5.1	Le problème de recherche.....	87
5.2	Le cadre de référence.....	89
5.2.1	Les facteurs structuraux.....	89
5.2.1.1	Facteurs socio-politiques.....	90
5.2.1.2	Facteurs juridiques.....	91
5.2.1.3	Évolution des rapports entre francophones et anglophones ..	92
5.2.2	Les facteurs liés aux acteurs.....	93
5.3	La description des principales variables.....	96
5.3.1	Les variables relatives à la politique d'acquisition des nouveaux équipements médicaux.....	96

5.3.2	Le processus de prise de décision dans l'acquisition des nouveaux équipements médicaux.....	96
5.3.3	La variable relative aux sources de financement.....	97
5.3.4	Les effets de la technologie sur la pratique et la profession médicales.....	97
5.4	Application du modèle.....	98
5.4.1	Le raisonnement stratégique.....	99
5.4.1.1	Les acteurs et leurs stratégies.....	99
5.4.1.1.1	Les administrateurs.....	100
5.4.1.1.2	Les médecins.....	101
5.4.1.1.3	Les ingénieurs bio-médicaux.....	102
5.4.1.1.4	Les infirmières.....	103
5.5	Les limites de la recherche.....	104
5.6	Conclusion.....	105

DEUXIÈME PARTIE

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES.....106

CHAPITRE 6: MÉTHODES ET DÉMARCHES DE RECHERCHE.....107

6.1	Caractéristiques des deux milieux hospitaliers.....	108
6.1.1	L'Hôpital Sainte-Justine.....	108
6.1.2	L'Hôpital de Montréal pour enfants.....	109
6.1.3	Comparaison des deux institutions hospitalières.....	110
6.1.4	Les deux cultures hospitalières.....	120

6.2	Démarche de recherche et d'analyse.....	120
6.2.1	Sources de données.....	121
6.2.1.1	Les entrevues.....	121
6.2.1.2	Période de cueillette des données.....	123
6.2.1.3	Procédure d'analyse des données.....	123
6.3	Portrait des répondants.....	126
6.3.1	L'âge.....	126
6.3.2	Le lieu de naissance.....	128
6.3.3	Le lieu de formation.....	130
6.3.4	Université fréquentée.....	132
6.3.5	Le lieu de spécialisation.....	132
6.3.6	Le lieu de publication des articles de revue.....	133
6.3.7	La langue de publication.....	134
6.3.8	Participation à des congrès.....	135
6.4	Conclusion.....	136

CHAPITRE 7: LE PROCESSUS D'ACQUISITION DES TECHNOLOGIES MÉDICALES EN MILIEU HOSPITALIER..... 137

7.1	Acquisition des technologies médicales.....	137
7.2	Le processus de prise de décision.....	143
7.2.1	Le processus formel.....	143
7.2.1.1	L'Hôpital Sainte-Justine.....	143
7.2.1.2	L'Hôpital de Montréal pour enfants.....	148
7.2.2	Le processus informel.....	151
7.2.2.1	L'Hôpital Sainte-Justine.....	152
7.2.2.2	L'Hôpital de Montréal pour enfants.....	153
7.2.3	Analyse comparée des deux milieux hospitaliers.....	154
7.3	Conclusion.....	159

CHAPITRE 8:	LES RAPPORTS SOCIAUX ET LES ALLIANCES	
	ENTRE LES ACTEURS.....	162
8.1	La concurrence entre départements au sein des hôpitaux.....	162
8.2	Le Québec et les autres hôpitaux pédiatriques.....	167
8.3	Concurrence ou collaboration entre les hôpitaux pédiatriques de Montréal ?.....	168
8.4	Conclusion.....	173
CHAPITRE 9:	EFFETS DES NOUVELLES TECHNOLOGIES SUR LA	
	PRATIQUE ET LA PROFESSION MÉDICALES.....	175
I	La pratique médicale.....	175
9.1	Perception des administrateurs.....	175
	9.1.1 Le milieu anglophone.....	176
	9.1.2 Le milieu francophone.....	177
9.2	Perception des médecins.....	178
9.3	Difficultés rencontrées.....	182
9.4	Conclusion.....	185
II	La profession médicale.....	186
9.5	Perception des administrateurs.....	186
	9.5.1 Le milieu anglophone.....	186
	9.5.2 Le milieu francophone.....	187
9.6	Perception des médecins.....	189
	9.6.1 Le milieu anglophone.....	189
	9.6.2 Le milieu francophone.....	190
9.7	Conclusion.....	192

CHAPITRE 10: LES SOURCES DE FINANCEMENT.....	194
10.1 Les fondations hospitalières.....	194
10.2 Les autres sources de financement.....	196
10.3 Mécanismes de collecte de fonds.....	196
10.4 Les campagnes de financement.....	198
10.5 Opérations conjointes.....	199
10.6 Processus de priorisation et procédures de financement.....	200
10.7 Allocation des ressources de la fondation.....	201
10.8 Reconnaissance aux donateurs.....	203
10.9 Rôle de l'État.....	204
10.10 Différences et convergences.....	204
10.11 Vue d'ensemble.....	206
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	208
BIBLIOGRAPHIE.....	213
ANNEXE I - GUIDE D'ENTREVUE.....	233
ANNEXE II - TABLEAUX DE FRÉQUENCES.....	239

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Comparaison des hôpitaux francophones et anglophones selon différentes variables.....	119
Tableau 2	Nombre d'entrevues par site.....	122
Tableau 3	Nombre d'entrevues par département.....	122
Tableau 4	Lieu de naissance du répondant.....	128
Tableau 5	Lieu de formation universitaire générale.....	130
Tableau 6	Université de formation générale.....	132
Tableau 7	Distribution mondiale des unités d'imagerie par résonance magnétique.....	139

LISTE DES FIGURES ET DES HISTOGRAMMES

Figure 1	Parc d'appareils en imagerie.....	12
Figure 2	Schéma des variables.....	88
Figure 3	Structure organisationnelle de l'Hôpital Sainte-Justine.....	111
Figure 4	Structure organisationnelle de l'Hôpital de Montréal pour enfants...	118
Histogramme 1	Âge des répondants, en nombre absolu.....	127
Histogramme 2	Lieu de naissance des répondants.....	129
Histogramme 3	Lieu de formation des répondants.....	131
Histogramme 4	Lieu de publication des répondants.....	133
Histogramme 5	Langue de publication des répondants.....	134
Histogramme 6	Lieu de participation à des congrès.....	135

REMERCIEMENTS

Je voudrais exprimer toute ma gratitude à mon directeur de thèse, Monsieur Guy Rocher, qui, grâce à sa vaste expérience, m'a assuré son soutien par de judicieux conseils tout au long de cette étude.

Cette recherche doctorale s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche plus large mené par une équipe de recherche du Centre de Recherche en Droit Public (C.R.D.P.) de la Faculté de Droit de l'Université de Montréal, et dirigée par Monsieur Guy Rocher, portant sur l'émergence de la normativité régissant l'acquisition des nouvelles technologies médicales en milieu hospitalier.

C'est également grâce à la collaboration de l'Hôpital Sainte-Justine et de l'Hôpital de Montréal pour enfants que cette recherche a pu être réalisée. Je tiens particulièrement à remercier toutes les personnes avec qui j'ai eu le plaisir de collaborer lors de rencontres formelles et informelles dans les deux hôpitaux ainsi que les deux fondations hospitalières.

Enfin, ma reconnaissance s'adresse à mes parents et à mon époux, Antranig Bedrossian, qui ont su faire preuve de beaucoup de patience au cours de ce projet.

INTRODUCTION

Depuis plus d'une dizaine d'années déjà, les débats entourant le système de santé québécois ont remis en question pratiquement tous les aspects reliés à celui-ci: les services dans les hôpitaux, l'allocation des ressources, les soins aux patients, pour n'en citer que quelques-uns. Alors que l'Ontario et les États-Unis se tournent vers le modèle québécois pour entreprendre une réforme de leur système de santé, le Québec réévalue son système pour examiner s'il ne serait pas préférable de s'engager plutôt vers le modèle américain, à savoir vers une privatisation des services de santé. La question sous-jacente à ces débats est, bien entendu, non seulement celle du financement de ces services, mais aussi celle de l'organisation des soins, des objectifs poursuivis et, de façon plus générale, des choix de société.

Dans ce contexte, les nouvelles technologies médicales constituent un enjeu important pour la plupart des institutions hospitalières universitaires, au Québec ou ailleurs. En effet, la prolifération des nouveaux équipements médicaux, de plus en plus complexes et sophistiqués, requiert de la part des professionnels de la santé une connaissance approfondie de ces technologies. Les instances gouvernementales, quant à elles, bien que conscientes de la nécessité de ces équipements pour améliorer l'état des soins à la population, sont contraintes de rationaliser les ressources disponibles. Compte tenu de ces deux facteurs importants, les décisions prises au sein des institutions hospitalières doivent satisfaire aux exigences minimales requises pour un hôpital dit universitaire, c'est-à-dire ayant pour mission non seulement de soigner des patients, mais également d'effectuer de l'enseignement et de la recherche.

Cet état de faits fait émerger la question suivante: le processus décisionnel menant à l'acquisition de nouvelles technologies médicales est-il différent selon qu'on le situe dans des établissements hospitaliers ayant des cultures organisationnelles et linguistiques différentes?

La présente recherche comprend deux parties principales, chacune d'elles comportant cinq chapitres. Le premier chapitre présente le contexte et pose le problème de recherche. Le second chapitre traite de l'organisation hospitalière, en mettant l'accent sur les relations entre les professionnels de la santé. Le troisième chapitre, consacré à la recension des écrits relatifs au contexte sociétal, est analysé à partir des enquêtes menées sur les francophones et sur les anglophones. L'approche organisationnelle est étudiée dans le quatrième chapitre, selon les principales théories existantes dans le domaine. Le cinquième chapitre indique l'orientation prise par la recherche par l'élaboration du cadre théorique ayant permis la formulation de ses hypothèses.

La seconde partie a trait à l'analyse et à l'interprétation des données. Le sixième chapitre présente la méthodologie adoptée pour mener l'étude ainsi que les démarches entreprises pour analyser et traiter les données recueillies. Le septième chapitre indique le processus d'acquisition des technologies médicales dans chacun des milieux examinés. Le huitième chapitre constitue une analyse des alliances entre les différents acteurs du système et, par suite, de la concurrence existant entre les divers départements hospitaliers ou encore, entre les hôpitaux. Les effets des nouvelles technologies médicales sur la pratique et la profession médicale sont analysés dans le neuvième chapitre. Enfin, le dixième chapitre traite des sources de financement des deux institutions hospitalières étudiées.

PREMIÈRE PARTIE

PROBLÉMATIQUE

Chapitre 1

Le projet

1.1 Définition de l'objet d'étude

L'objectif de cette thèse est de décrire et d'expliquer, de manière comparative, en quoi la différence de culture de deux milieux hospitaliers, l'un francophone et l'autre anglophone, peut avoir un effet sur le processus de prise de décision concernant une organisation de services publics cherchant à acquérir de nouvelles technologies médicales. Je chercherai donc à expliquer, à travers une monographie de deux hôpitaux, le rôle de la variable culturelle dans le processus décisionnel et dans la place accordée aux nouvelles technologies médicales.

La recherche est basée sur l'hypothèse que les rapports sociaux varient en fonction du milieu d'appartenance. Il s'agit par conséquent d'une analyse en termes de modèle sociétal dans son ensemble, incluant les rapports de pouvoir sous-jacents à ce modèle; en effet, mon postulat de base est que les francophones et les anglophones ont une tradition institutionnelle différente, et ce, dans plusieurs domaines: religieux, économique, juridique, etc. Il s'agira donc d'examiner, selon une approche comparative, les similarités et les différences qui existent entre ces deux communautés, au moment où leurs représentants prennent la décision d'acquérir de nouvelles technologies au sein des hôpitaux. Il va de soi que la spécificité de chacune de ces communautés est le produit historique de leur évolution et de leur rationalité propre.

Les nouvelles technologies dont il sera question ici sont principalement constituées de ce qui est appelé dans le jargon médical l'«imagerie médicale», c'est-à-dire les nouveaux équipements utilisés en grande partie par les départements de radiologie. Or, en matière d'imagerie médicale, nous verrons que le Québec accuse un certain retard par rapport à

d'autres pays industrialisés et ceci est dû, en partie, aux ressources financières limitées accordées au domaine de la santé.

Cette position de rareté relative au Québec en matière d'imagerie médicale nous amène à nous interroger sur une meilleure allocation et une utilisation plus efficace des ressources disponibles, dans le but de répondre adéquatement à la demande de soins de la population. Dès lors, il devient important de comprendre comment agissent les acteurs au sein de l'organisation hospitalière, compte tenu de leurs différences culturelles. Dans ce contexte, l'analyse des organisations prend tout son sens pour expliquer les stratégies et les jeux de pouvoir sous-jacents.

En théorie des organisations, l'approche fonctionnaliste, essentiellement représentée par Parsons, représente un paradigme multidimensionnel comprenant les dimensions affectives et évaluatives des orientations des acteurs. Récemment, des chercheurs tels que DiMaggio et Powell (1991) ont montré que l'approche de Parsons ne pouvait pas être complète sur le plan de la perception de soi, de la culture et de la société en tant qu'ensembles intégrés; de même, sa définition des institutions comme «système de normes régulatrices, de règles gouvernant les actions dans la poursuite de fins immédiates en termes de conformité avec le système de valeurs communes de la communauté» (Parsons, 1990)¹ ne constituait qu'une étape dans sa théorie de l'action sociale.

Or, l'approche néo-institutionnaliste préconisée par Scott (1981, 1994) en analyse des organisations intègre des univers culturels spécifiques à des structures normatives, comportementales et sociales. L'approche néo-institutionnaliste prend ses racines dans l'institutionnalisme de Selznick et ses collègues, tout en se dissociant de celui-ci. En fait, les deux approches émettent des réserves par rapport au modèle d'acteurs rationnels oeuvrant au

¹ Parsons, T. (1990). Prologomena to a theory of social institutions. *American Sociological Review*, 55 (3), 319-333, p. 324.

sein de l'organisation. Ces approches perçoivent l'institutionnalisation comme un processus qui dépend de l'État et qui rend les organisations moins instrumentalement rationnelles en limitant les choix. Elles mettent également l'accent sur le rôle de la culture dans la formation de la réalité organisationnelle.

Les différences entre le modèle institutionnel et le modèle de l'acteur rationnel se situent sur plusieurs plans. Il est à noter que les travaux entrepris par Selznick et ses collègues sont très proches de la théorie parsonienne (théorie générale de l'action), qui a été elle-même fortement influencée par la lecture de Freud, perçu comme ayant des idées convergentes avec celles de Durkheim «in the understanding of the internalization of cultural norms and social objects as part of the personality» (Parsons, 1937)².

Pour résumer la pensée néo-institutionnaliste, nous pouvons dire qu'elle constitue un passage de la théorie générale de l'action de Parsons vers une théorie de l'action pratique basée sur la «révolution cognitiviste» de l'ethnométhodologie et de la psychologie. Nous élaborerons en profondeur ce courant théorique dans le chapitre 3 dans la revue de littérature se rapportant à la théorie des organisations.

1.2 Problématique

L'hôpital étant l'institution par excellence où se prennent régulièrement des décisions en matière d'acquisition de nouveaux équipements médicaux, j'ai choisi d'étudier ses divers aspects. L'hôpital est en effet une organisation importante pour mon analyse, puisqu'il constitue le milieu dans lequel se trouvent les technologies médicales et où différents acteurs doivent prendre des décisions à ce sujet.

² Parsons, T. (1937). *The structure of social action*. New York: McGraw-Hill, p. 11.

Afin de comparer des institutions de santé homologues, j'ai décidé d'opter pour deux hôpitaux présentant des traits semblables, mais aussi des différences importantes: ce sont tous deux des hôpitaux universitaires, situés à Montréal, et détenant tous deux une mission très particulière, celle d'être des institutions de santé pour enfants: l'Hôpital Ste-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants. La principale différence, c'est que le premier se greffe à la communauté francophone, tandis que le second, à la communauté anglophone.

Souvent, les hôpitaux ont pour objectifs les soins des patients, la formation du personnel ainsi que la recherche médicale. La distinction entre l'aspect curatif et l'aspect préventif est beaucoup moins présente dans la définition des hôpitaux.

L'histoire de la santé publique et collective au Canada nous indique qu'il existe très peu d'ouvrages qui décrivent à la fois les interventions du gouvernement central et les interventions publiques dans l'ensemble des provinces. Notons que lorsqu'on traite de la santé publique et collective, nous faisons référence *aux pratiques visant à promouvoir et à conserver la santé des collectivités et des individus ainsi qu'aux processus par lesquels ces pratiques sont institutionnalisées et légitimées par les autorités politiques, sociales et religieuses*³. Parmi les auteurs qui ont apporté une contribution à cette histoire, nous pouvons nommer Heagerty qui a dressé un tableau général de la création des bureaux ou des organismes centraux de santé et de leurs activités dans chaque province. Defries (1940) a également écrit une série d'articles sur l'émergence des politiques de santé publique dans l'ensemble du Canada. Dickin-McGinnis a, pour sa part, rédigé une thèse doctorale sur les interventions croissantes du gouvernement fédéral entre les années 1919 et 1945. Gough résume cent ans d'histoire et de santé publique au Canada. Enfin, MacDermot et Porter ont esquissé un portrait succinct des pionniers de la santé publique au Canada, au 18e et au 19e

3 Keating, P, et Keel, O. (1995). *Santé et société au Québec: XIXe-XXe siècle*. Introduction, p. 9. Montréal: Éd. du Boréal.

siècle respectivement. Bison, quant à lui, a déterminé les caractéristiques des différentes mesures de quarantaine qui ont marqué l'histoire des épidémies sur l'ensemble du territoire canadien. À l'échelle du Canada, une série d'articles ont vu le jour relativement à l'évolution des conceptions et des mesures de prévention par rapport à diverses grandes maladies contagieuses, telles que l'état de santé et de morbidité des femmes et des enfants ainsi que les attitudes sociales face à ces questions dans le Canada anglais. Et, depuis les années 1970, les ouvrages se multiplient dans le domaine de l'histoire de la santé publique au Québec. Cependant, nous constatons que ce sont les monographies qui demeurent les écrits les plus importants. Heagerty, par exemple, a publié une monographie sur l'histoire de la médecine canadienne, et Abbott, quant à lui, a produit l'histoire de la médecine dans la province de Québec.

À Montréal, c'est l'Université McGill qui était considérée comme étant l'une des assises de la communauté anglophone⁴ de 1900 à 1950. La charte de l'Hôpital Royal Victoria indique bien le groupe puissant d'Anglo-Montréalais qui dirigeait cette institution, dans laquelle les administrateurs étaient les présidents du *Board of Trade*, du Canadien Pacifique, de la Banque de Montréal, et le recteur et le doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Durant les années 1920, le chancelier de l'Université McGill était Sir Edward Beatty, qui était aussi président du Canadien Pacifique et administrateur de la Banque de Montréal. Selon Westley (1990), «les trois grandes administrations entrecroisées» étaient formées par le Canadien Pacifique, la Banque de Montréal et l'Hôpital Royal Victoria.

4 Westley, Margaret W. (1990). *Grandeur et déclin de l'élite anglo-protestante de Montréal 1900-1950*. Montréal: Libre Expression.

1.3 Principaux concepts

1.3.1 Les groupes sociaux

Les groupes sociaux dont il sera ici question, en l'occurrence les francophones et les anglophones, sont essentiellement définis par leur appartenance linguistique. Les francophones constituent un groupe relativement homogène formé principalement de Québécois d'origine canadienne-française, tandis que les anglophones comprennent non seulement des Anglo saxons, mais également des membres d'autres communautés culturelles ayant adopté l'anglais comme langue d'usage courant ou comme langue maternelle.

1.3.2 La prise de décision

Le processus de prise de décision comprend un volet formel, composé des diverses étapes à suivre dans la procédure de prise de décision, pour établir des priorités par exemple, et un volet informel, qui s'exerce dans le jeu des acteurs et leurs stratégies dans les rapports de pouvoir.

1.3.3 L'organisation hospitalière

L'organisation hospitalière se définit par la structure de l'hôpital, son mode de financement, la gestion des services de santé, l'allocation des ressources ainsi que les rapports entre les divers professionnels de la santé.

1.3.4 Les nouvelles technologies médicales en milieu hospitalier

Les technologies médicales sont constituées d'équipements coûteux (tels que les scanners ou les appareils de résonance magnétique dont le coût est de l'ordre de plus d'un million de dollars canadiens) et qui présentent une caractéristique de rareté. Lorsque nous traitons des nouvelles technologies, il s'agit essentiellement des équipements dits spécialisés ou ultra-spécialisés utilisés dans des départements spécifiques au sein des hôpitaux.

Compte tenu de l'importance de ce concept dans l'élaboration de notre problématique, nous examinerons un peu plus en profondeur les enjeux liés aux nouvelles technologies. En effet, ces équipements, qui ont pour but principal d'introduire de nouveaux modes de diagnostic, engendrent aussi de nouveaux rapports de pouvoir entre les différents départements au sein de l'hôpital.

1.4 Les nouveaux équipements médicaux

Les divers appareils faisant partie du parc d'équipements médicaux varient selon que le but visé est la prévention, le diagnostic, le traitement ou la réadaptation. Selon la *grille de classification des technologies utilisées dans le domaine de la santé avec quelques exemples illustratifs* telle qu'établie par Roberge⁵, il existe divers équipements et appareils utilisés dans les hôpitaux, selon le but poursuivi.

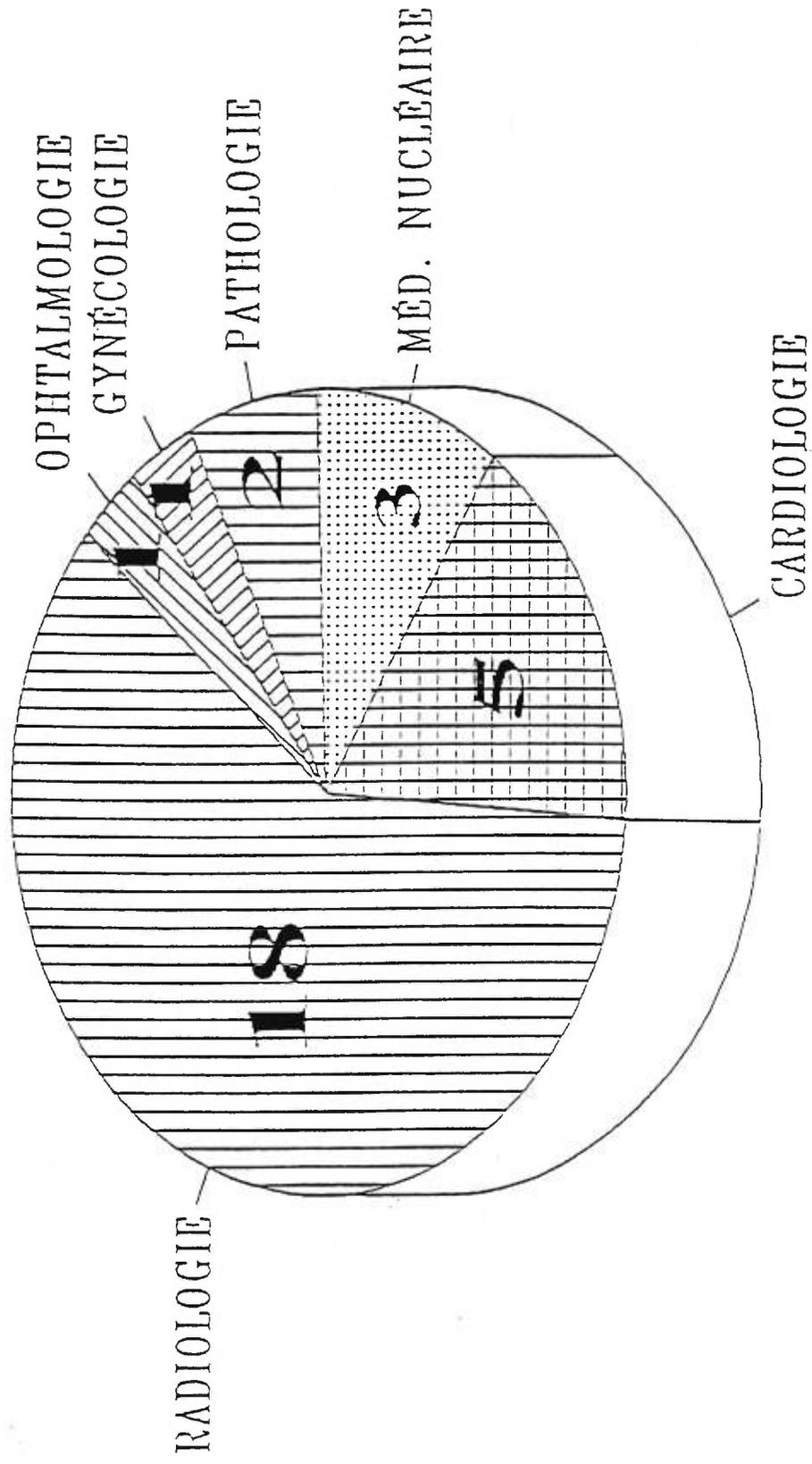
Tout d'abord, sur le plan de la prévention, les hôpitaux détiennent des appareils servant à la stérilisation, la purification d'eau et la purification d'air. Ils peuvent aussi détenir

5 Roberge, F.A. (1987). *La prospective technologique dans le domaine de la santé*. Rapport de recherche pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Montréal: Institut de génie biomédical, École Polytechnique et Université de Montréal, p. 9.

des équipements de protection contre les accidents au foyer, au jeu, au travail, etc. Sur le plan du diagnostic, il s'agira de stéthoscopes, de thermomètres, de microscopes, d'analyseurs biochimiques, de compteurs à scintillation, d'appareils d'imagerie médicale ou encore d'électrocardiographes. Sur le plan du traitement, les hôpitaux sont susceptibles d'acquérir des respirateurs, des appareils coeur-poumon, des électrocautères, des instruments chirurgicaux, des hémodialyses et des lasers. Enfin, en ce qui concerne la réadaptation, il s'agira d'orthèses, de prothèses et d'implants.

Ainsi, quel que soit l'hôpital étudié, le département de radiologie constitue un des plus gros départements consommateurs d'équipements spécialisés, puisque l'imagerie médicale, connue aussi sous le nom d'imagerie diagnostique, représente leur instrument de travail principal. L'examen radiologique représente effectivement un des outils de base du diagnostic médical, puisqu'environ la moitié des principales décisions médicales sont basées sur des examens radiologiques. Pour illustrer l'importance de la consommation dans le domaine de l'imagerie médicale, à titre d'exemple, la figure 1 représente le parc d'appareils en imagerie de l'Hôpital Sainte-Justine.

PARC D'APPAREILS EN IMAGÉRIE



Source: Hôpital Sainte-Justine, Département de radiologie.

Selon une recherche réalisée par Jacob (1986)⁶, l'imagerie médicale comprend la radiologie diagnostique conventionnelle, la scanographie, l'échographie, l'imagerie en médecine nucléaire et l'imagerie par résonance magnétique. Relativement à l'adoption et l'utilisation de ces technologies médicales, plusieurs études ont tenté d'examiner les facteurs qui influencent l'adoption de ces technologies; parmi ces facteurs, nous retrouvons:

- les attributs de la technologie:

- * ses avantages, tels que son efficacité par exemple, par rapport aux autres méthodes;
- * sa compatibilité avec les valeurs de l'adopteur;
- * son degré de complexité et la visibilité de ses résultats;

- les caractéristiques de l'adopteur:

- * la taille de l'hôpital;
- * l'affiliation universitaire;
- * l'existence de programmes de résidence;
- * la gamme des services offerts;

- les conditions de l'environnement:

- * la réglementation;
- * les modes de financement des services;
- * la structure du marché;
- * la disponibilité du capital.

Au Québec, la diffusion de l'imagerie médicale est déterminée par les politiques publiques d'allocation des ressources et de financement des équipements. Ces politiques touchent généralement les technologies lourdes et coûteuses comme la scanographie et

⁶ Jacob, R. (1986). *L'imagerie médicale au Québec. Rapport d'une recherche sur le phénomène de diffusion des technologies médicales*. Rapport #22. Québec: Direction générale de l'Évaluation et de la planification, Ministère de la santé et des services sociaux, 351 pages.

l'imagerie nucléaire. La diffusion de ces équipements soulève plusieurs problèmes, dont celui du rôle de la philanthropie dans le financement de ces équipements. En effet, étant donné que la plupart des scanographes ont été achetés au moyen de dons privés, la distribution de ces ressources ne s'est pas toujours faite de façon équitable.

Quant à l'utilisation des services d'imagerie médicale, le Québec connaît un taux de 1,099 examens par habitant (88% étant constitué de la radiologie diagnostique conventionnelle), ce qui est considéré comme étant une forte consommation de services d'imagerie médicale. Selon l'auteur de la recherche, l'évolution de l'utilisation est essentiellement due aux facteurs d'influence suivants: la mise en place des programmes de gratuité, le développement technologique, l'évaluation de la technologie et les politiques de remboursement des services. Cependant, nous assistons actuellement à une décroissance de la radiologie diagnostique conventionnelle au profit des technologies nouvelles.

En ce qui concerne les coûts, il semblerait qu'entre 1973 et 1983-84, ce ne soit pas l'imagerie médicale qui causerait l'augmentation des coûts du système de soins. Selon ce rapport, il existe deux avenues pour améliorer la situation: tout d'abord, la clarification de la structure hospitalière comme moyen pour diminuer l'incertitude dans les décisions d'allocation des ressources, et ensuite le renforcement de l'apport de l'évaluation dans les décisions qui influencent l'adoption et l'utilisation des technologies.

1.5 Pertinence et originalité

Bien qu'il existe de nombreuses études traitant des dimensions sociales des nouvelles technologies, aucune ne présente une approche comparative entre milieu francophone et milieu anglophone. C'est donc sur ce plan que je chercherai à apporter une contribution originale.

Au niveau théorique, la multidisciplinarité du champ d'analyse choisi permet d'aborder ce sujet sous plusieurs angles. Aussi, l'impact d'un tel sujet peut s'avérer à la fois politique et social. Il est politique dans le cadre d'un débat actuel pouvant entraîner des enjeux importants. En effet, dans un contexte socio-économique de récession, les hôpitaux sont confrontés à une grande rareté de ressources matérielles; par conséquent, le choix de nouvelles technologies constitue une décision importante, stratégique.

L'introduction et la prolifération des nouvelles technologies médicales, notamment en milieu hospitalier, transforment les différentes facettes du système de santé. En plus de redéfinir les objectifs des soins de santé et d'avoir un impact considérable sur le financement des services hospitaliers, ces nouvelles technologies médicales apportent des changements importants dans les organisations hospitalières, dans la mesure où se forment, entre autres, de nouveaux groupes de décideurs, tels les ingénieurs biomédicaux par exemple qui, dorénavant, participeront à l'orientation du processus décisionnel relatif à l'acquisition des nouvelles technologies médicales. En introduisant de nouveaux acteurs dans ce processus, ces nouvelles technologies médicales déplacent, par le fait même, l'équilibre décisionnel parmi les professionnels de la santé.

Les nouvelles technologies médicales changent donc autant la vision globale du système de santé que le contenu des soins médicaux, dans la mesure où la pratique médicale en est altérée.

Chapitre 2

L'organisation hospitalière

C'est avant tout dans le milieu hospitalier que la rapide évolution des technologies médicales de ces dernières décennies exerce des effets institutionnels importants. Ceci nous amène à examiner comment est organisé l'hôpital, milieu de travail prédominant de la pratique médicale, notamment celle des médecins spécialistes. Nous choisissons l'hôpital comme institution d'étude puisque celui-ci détient généralement des ressources plus importantes que les cliniques privées, notamment sur le plan des équipements. En effet, ces derniers sont plus nombreux et plus sophistiqués dans les hôpitaux en général et, à plus forte raison, dans les hôpitaux dits universitaires.

Dans un premier temps, nous examinerons les différents types d'organisation de la pratique médicale en comparant l'expérience américaine à l'expérience québécoise. Dans un second temps, nous analyserons les professions médicales et leurs caractéristiques pour établir la position des uns par rapport aux autres. Plus précisément, nous chercherons à comprendre dans quelle mesure les divers acteurs impliqués au sein de l'organisation bureaucratique hospitalière, jouent un rôle dans le processus décisionnel.

2.1 Les types d'organisation de la pratique médicale

Compte tenu du fait que le modèle américain est très souvent évoqué dans la littérature relative aux systèmes de santé comme étant à la fine pointe, il est important que nous examinions la manière dont est organisée la pratique médicale aux États-Unis; nous verrons ensuite le cas du Québec pour établir comment il se situe par rapport aux États-Unis.

2.1.1 L'expérience américaine

Un des auteurs qui s'est beaucoup penché sur l'organisation de l'activité professionnelle et les modèles de pratique hospitalière américaine est Elliot Freidson (1984)⁷. Tout d'abord, considérant les types d'organisation de la pratique médicale, en référence notamment aux États-Unis, Freidson distingue la *pratique en solo*, qui se trouve à une extrémité de l'activité médicale, de la *pratique de groupe* qui se trouve à l'autre extrémité. Dans la pratique solitaire, le praticien travaille seul dans son cabinet et la collaboration officielle avec ses collègues est plutôt limitée. C'est au sein d'un réseau informel de collègues que les liens sont plus étroits. À l'opposé de ce type de pratique, nous retrouvons différentes formes de pratique de groupe, à savoir l'association, qui est représentée par une coopération réglementée de façon formelle, la pratique de groupe comme telle, qui a une structure plus complexe et plus rigide, et enfin la configuration organisationnelle et bureaucratique, qui est très rigide, avec des règles nombreuses et détaillées.

Sur le plan de l'organisation de la pratique, on distingue deux types de praticiens: le premier type est établi à son compte; il s'agit d'une *médecine de soumission au client*; le second type de praticien est celui qui travaille à l'hôpital, en clinique ou dans des organismes professionnels, et ce sera une *médecine subordonnée au milieu*.

L'hôpital comme institution constitue un milieu privilégié pour le médecin qui désire pratiquer une médecine au moyen de nouvelles technologies médicales puisqu'il pourra avoir accès à des équipements très coûteux et d'une grande précision, et ceci pourra faciliter l'établissement d'un diagnostic ou la prévention de certaines maladies.

⁷ Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.

Freidson distingue trois types de pratique médicale au sein de l'institution hospitalière américaine:

- 1) l'hôpital privé: celui-ci poursuit des fins lucratives, et la stratégie utilisée par l'administration de l'hôpital est de créer une certaine concurrence entre praticiens, de telle sorte que le médecin qui amènera le plus de patients ou dont les patients seront les plus généreux, sera celui qui pourra exercer le plus d'influence quant à l'acquisition de nouveaux équipements. Les besoins et les désirs des praticiens seront alors comblés dans la mesure où ils obéissent à des impératifs d'ordre économique et lucratif;
- 2) l'hôpital de charité (*voluntary or community hospitals*): il s'agit d'un hôpital sans but lucratif, qui fonctionne à l'aide de dons ou de subventions. La politique de l'hôpital était, dans le cas précédent, contrôlée par les médecins qui amenaient les patients les plus philanthropes. Ceci a cependant changé: avec l'introduction du système d'assurance-maladie, les médecins ont petit à petit perdu ce contrôle, puisque le pouvoir est maintenant passé aux mains des commissions, qui en sont les "propriétaires", ainsi qu'à des administrateurs qui en assurent la gestion;
- 3) l'hôpital militaire: contrairement aux deux types précédemment cités, et où la pratique médicale est partagée entre l'hôpital et le cabinet privé, l'hôpital militaire est un lieu où la seule pratique médicale qui se fait est à l'hôpital, puisque les médecins y sont à temps plein.

Sur le plan de la structure d'autorité, contrairement à l'industrie traditionnelle qui comporte un seul axe d'autorité, déléguée et différenciée selon les fonctions, des études menées sur les hôpitaux américains indiquent que ceux-ci comportent deux axes d'autorité.

C'est ce qu'a révélé Smith (1955)⁸ qui, après avoir étudié les hôpitaux américains, conclut que ceux-ci fonctionnent avec deux axes d'autorité. Pour illustrer ceci, Smith présente l'exemple du médecin qui, bien que ne détenant aucune autorité administrative officielle ni personnelle, peut intervenir dans plusieurs secteurs de l'hôpital. De même en est-il de la position de l'infirmière qui a deux sortes de supérieurs, l'administrateur et le médecin qui n'est pas réellement son supérieur, au sens bureaucratique, mais détient malgré tout une autorité en savoir et en responsabilité.

Dans un même ordre d'idées, le médecin peut justifier son autorité en utilisant l'argument de l'urgence médicale. Cet argument est généralement invoqué par les médecins spécialistes pour leur conférer une autorité due au fait que, d'une part, le médecin est socio-juridiquement responsable des patients qui sont hospitalisés et, d'autre part, le médecin est socio-économiquement indépendant de l'hôpital.

2.1.2 L'expérience québécoise

Au Québec, c'est à travers la Loi des hôpitaux⁹ que les rapports de pouvoir formels ont tout d'abord été sanctionnés entre administrateurs et médecins au sein des hôpitaux¹⁰. Selon cette loi, les hôpitaux sont régis, d'une part, par un Conseil d'administration qui s'occupe de la gestion des hôpitaux publics, avec une possibilité de participation du corps médical à l'administration et, d'autre part, par le bureau médical, institution chargée de l'organisation interne des hôpitaux et, plus précisément, *responsable des soins médicaux et*

⁸ Smith, H.L. (1955). Two lines of authority are one too many. *Modern Hospitals*, LXXXIV, 59-64.

⁹ L.Q. 1962, c.44.

¹⁰ Lajoie, A. et al. (1981). *Traité du droit de la santé et des services sociaux*. Centre de recherche en droit public. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

*de l'organisation scientifique de l'hôpital vis-à-vis du conseil d'administration*¹¹. Par conséquent, les aspects médicaux et scientifiques de l'hôpital reviennent sous l'autorité des médecins, d'où l'utilisation du concept de «bicéphalie hospitalière»¹².

Dans le système hospitalier québécois, la structure d'autorité consiste donc en une double structure médicale/administrative. La structure administrative a autorité sur toutes les activités de l'hôpital qui ne concernent pas directement la distribution des soins médicaux et dentaires. L'administration est composée du directeur général, du directeur des finances, du directeur des services infirmiers, du directeur du personnel, du directeur des services auxiliaires et du directeur du service médical. Quant à la structure médicale, celle-ci contrôle les services de soutien à la dispensation des soins et coordonne les activités médicales, scientifiques et administratives des autres services médicaux.

Suite aux travaux de la Commission Castonguay-Nepveu¹³ et la réforme qui s'ensuit, l'hôpital est financé par l'État; la distribution des soins est donc désormais intégrée dans le cadre d'une économie globale des soins de santé. Il s'agit alors d'une redistribution des pouvoirs de décision dans les hôpitaux: les médecins perdent une part du contrôle sur les services médicaux et le monopole organisationnel acquis antérieurement.

Avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux¹⁴, nous assistons à une réorganisation au niveau de la structure et des rapports d'autorité: tous les services sont

11 L.Q. 1962, c.44, art.9, al.1.

12 Fecteau, J.M. (1983). *La réforme de 1971 et l'évolution juridique des rapports de pouvoir au sein des établissements. Le cas des centres hospitaliers*. Montréal: Centre de recherche en droit public.

13 Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Castonguay-Nepveu) (1972). *Rapport*. Québec: Gouvernement du Québec.

14 Il s'agit, en fait, de la *Loi de l'organisation des services de santé et des services sociaux*, Projet de loi no. 65, 2e session, 29e législature (Québec), qui est devenue la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1971, c. 48.

désormais regroupés en deux ensembles, ceux des services administratifs et ceux des services hospitaliers, qui relèvent tous deux directement du directeur général. Au niveau des chefs de départements cliniques, il existe alors une double structure d'autorité: d'une part, celle de la direction des services professionnels (DSP) et d'autre part, celle du Conseil des médecins et dentistes (CMD).

Ce système fonctionne relativement bien tant que les ressources financières sont suffisantes pour répondre aux besoins des hôpitaux. Cependant, avec la crise du financement des services hospitaliers, on assiste à une remise en cause de la structure de ces centres.

Le D.S.P. devrait selon nous se voir octroyer, en plus de ses pouvoirs actuels, une autorité réelle face à tous les médecins oeuvrant au sein du centre hospitalier et assumer la responsabilité du contrôle et de l'appréciation des actes médicaux posés dans l'établissement ainsi que celle du maintien de la compétence des médecins et dentistes exerçant dans l'établissement¹⁵.

Cette remise en cause des mécanismes de distribution des soins conduit à l'adoption du projet de loi 27 en 1981, qui revalorise finalement le rôle du DSP, en lui donnant non seulement la responsabilité de coordonner et de surveiller, mais il doit également diriger l'activité des chefs de départements cliniques. Quant au conseil d'administration, son autorité, au sommet de la pyramide hiérarchique, consiste à approuver les règles d'utilisation des ressources et les règles de soins médicaux et dentaires, adoptées par les chefs de département clinique¹⁶. Tout ceci a pour conséquence de creuser un peu plus le fossé qui sépare médecins et dentistes des autres professionnels de la santé. C'est donc dans un

15 Association des Hôpitaux de la Province de Québec (A.H.P.Q.) (1977). *Document de travail concernant la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.Q. 1971, c. 48), p. 12.

16 L.Q. 1981, c. 22.

contexte de lutte de pouvoir et de rapports de force que ces professionnels travaillent ensemble.

La loi 120, adoptée en 1991, appelée aussi *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (1991)*¹⁷ apporte effectivement quelques modifications à ce qui précède. En changeant le statut du médecin dans le sens d'une redistribution de ses pouvoirs, la Loi 120 accroît le pouvoir des fonctionnaires. Cette redistribution des pouvoirs se réalise à travers la mise sur pied d'un Comité des infirmières ainsi qu'un Comité multidisciplinaire qui transforment les interactions entre les divers groupes en présence. Dès lors, le pouvoir détenu par les médecins se trouve partagé entre diverses instances.

Examinons plus en profondeur les relations existant entre les diverses professions médicales pour comprendre les intérêts ainsi que les objectifs poursuivis par chacun des acteurs principaux, dans le contexte de leur participation au processus décisionnel. Mais auparavant, il est important de saisir la différence existant dans le concept même de profession, dans les traditions sociologiques européennes et américaines.

2.2 Les professions de la santé

Une brève comparaison de l'évolution du concept de profession dans la sociologie américaine et européenne nous permet de percevoir certaines différences dans la construction de ce concept (Saliba, 1994)¹⁸. Alors que la construction du concept sociologique de

¹⁷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (projet de loi sanctionné le 4 septembre 1991). Québec: Éditeur officiel du Québec.

¹⁸ Saliba, J. (1994). Les paradigmes des professions de santé. In: *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. P. Aiach et D. Fassin (eds.). Paris: Anthropos-Economica.

«profession» a débuté avec la valorisation de la profession par les Américains, celle-ci s'est développée beaucoup plus tard en France et ce, avec une tendance différente. Lorsqu'on parlait de profession aux États-Unis, on faisait référence à une pratique prestigieuse, un modèle d'organisation et d'utilité dans la société. Récemment, le développement de la sociologie des professions met plutôt l'accent sur l'importance académique de la sociologie des professions, contrairement aux États-Unis qui focalisent davantage sur son application.

2.2.1 La tradition sociologique française

Afin de saisir les enjeux entourant la sociologie médicale en France, il est important de se référer au contexte médical français et à l'histoire de la sociologie française. Or, la sociologie française possède à la fois une tradition universitaire et une tradition empirique; la tradition universitaire constitue la forme dominante, puisqu'elle s'inscrit dans un courant philosophique, allant de Descartes jusqu'à Durkheim. En même temps, la tradition empirique est basée sur l'observation et l'outil statistique, permettant ainsi une approche plus pragmatique de la réalité.

Au coeur de la sociologie médicale française et dans la tradition durkheimienne des représentations, nous pouvons notamment mentionner des recherches importantes réalisées par Herzlich (1977)¹⁹ sur les représentations. De même, des auteurs tels que Foucault (1963)²⁰ et Illich (1976)²¹ ont essentiellement apporté leur contribution sur le thème des formes de domination des professions médicales.

19 Herzlich, C. (1977). Le sociologue médical: conseiller ou contestataire. *Autrement*, 9a, 208-214.

20 Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris: PUF.

21 Illich, I. (1976). *Nemesis médicale: l'expropriation de la santé*. Paris: Seuil.

Compte tenu du fait que les sociologues français ont davantage une orientation intellectuelle débouchant sur des préoccupations politiques et sociales, dans le domaine de la santé, leur pratique s'inscrit difficilement dans des activités intégrées et utiles aux institutions hospitalières. Malgré les différences présentes sur le plan des principes d'analyse, il n'en demeure pas moins que nous pouvons observer une certaine similitude entre les critiques effectuées à l'institution médicale ainsi qu'aux effets sur le patient dans les traditions sociologiques françaises et américaines. Par ailleurs, au niveau des étapes à traverser pour aboutir à la reconnaissance professionnelle des médecins et à l'établissement de leur emprise, à savoir la conquête du territoire, la production et la monopolisation du savoir, le contrôle de l'autonomie professionnelle, et enfin l'indépendance et le monopole assurés par l'État, nous constatons que la description est effectuée de manière différente mais parallèle: c'est du moins la comparaison qu'ont effectué deux auteurs qui se sont penchés sur la question: M. Foucault (1963)²² et E. Freidson (1984)²³.

Quelles sont les raisons socio-historiques qui expliquent que la sociologie des professions se soit développée plus rapidement aux États-Unis qu'en France ?

2.2.2 La tradition sociologique américaine

Bien que Weber et Tocqueville aient tous deux été des sociologues européens, leur séjour aux États-Unis leur a permis de remarquer deux éléments de différenciation dans la structure des classes ainsi que le style culturel entre les États-Unis et l'Europe: l'aristocratie et la *middle class*. Sans vouloir élaborer en détail chacun de ces deux modèles, nous pouvons

²² Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris: P.U.F.

²³ Freidson (1984). *Op. cit.* Ce rapprochement entre les deux auteurs est également perçu par C. Herzlich, dans: Herzlich, C. (1977). Le sociologue médical: conseiller ou contestataire. *Autrement*, 9, 208-214.

néanmoins affirmer que si en Europe, le modèle dominant des élites est l'aristocratie, aux États-Unis, c'est la *middle class* qui se développe avec des notions d'«accomplissement» et de «carrière», dans laquelle l'ascension à la profession médicale est basée sur le mérite et le savoir:

Elles (les institutions universitaires) contribueront à la promotion, à la diffusion de valeurs telles que le mérite, la compétence, la compétition, la discipline, le contrôle de soi et le dévouement à une tâche utile²⁴.

À ce propos, Saliba (1994) nous montre comment la sociologie anglo-saxonne présente un double intérêt: tout d'abord, le fait que la profession médicale soit au centre de l'observation contribue à une meilleure connaissance de ses diverses fonctions (activités, mécanismes de socialisation et d'apprentissage, modes d'organisation et fonction, stratégies développées et processus identitaires). Ensuite, la réflexion menée sur les fonctions remplies par les professions dans les sociétés modernes conduit à une mise en relief de la place occupée par ces professions dans l'efficacité technique et symbolique des sociétés.

Dans un même ordre d'idées, les apports de Durkheim et de Weber dans le concept sociologique de profession se situent sur le plan de l'intégration sociale et sur celui de l'efficacité rationnelle. Pour Durkheim, les regroupements professionnels permettent de rapprocher les individus en partageant des compétences communes et en favorisant la cohésion et l'intégration sociale. Quant à Weber, les trois piliers de l'action sociale, à savoir le charisme, la tradition et la rationalité se retrouvent dans le concept de profession:

Les métiers peuvent être choisis par tradition ou à la suite de considérations rationnelles en finalité (notamment en vue de chances de gains); d'autres choix sont dictés par des charismes ou des

24 Saliba, J. (1994). *Op. cit.*, p. 53.

*impulsions émotives, souvent avec l'intention de sauvegarder quelque "prestige" de classe*²⁵.

Entre le courant de pensée européen et les études empiriques anglo-saxonnes se retrouve le courant théorique de Parsons. En effet, inspiré des travaux de Durkheim et de Weber, Parsons place le groupe professionnel au centre de la problématique fonctionnaliste, puisque celui-ci est l'agent principal de l'intériorisation des normes. Ces groupes détiennent, selon l'auteur, les attributs suivants:

- l'appropriation d'un savoir, théorique et appliqué, par un long processus de formation;
- une activité professionnelle orientée vers la réalisation désintéressée de valeurs sociales fondamentales;
- une relation au client basée sur le colloque singulier;
- des mécanismes d'auto-régulation et de contrôle par les pairs;
- une vie associative intense et fortement intégrative.

C'est donc au courant fonctionnaliste que Parsons (1951) attribue aussi une des raisons essentielles du déplacement de la prise en charge familiale et privée à une prise en charge professionnelle, institutionnelle ou bureaucratique (l'hôpital). Cette transformation affecte, entre autres, la nature et l'évolution de la pratique médicale, la relation soignant-soigné de même que les conceptions de la thérapeutique et de la maladie ainsi que le statut du malade.

Plus particulièrement, dans la division du travail hospitalier, Freidson (1984)²⁶ y perçoit essentiellement le personnel suivant:

- les médecins

25 Weber, M. (1971). *Économie et société*. (Traduit de l'allemand par J. Freund, P. Kamnitzer, P. Bertrand et al.) (Sous la direction de J. Havy et E. Dampierre). Paris: Plon, tome 1, p. 145.

26 Freidson (1984). *Op. cit.*

- le personnel médical et para-médical
 - soins infirmiers de première ligne
 - thérapeutes, psychologues et travailleurs sociaux
 - techniciens de laboratoire et autres techniciens
- les travailleurs dans les services (nourriture, buanderie et autres services)
- le personnel clérical (qui s'occupe des communications écrites)
- les administrateurs (qui s'occupent de l'organisation, de la supervision et de la coordination du travail de tous les travailleurs)
- le conseil légal dirigeant l'institution
- les patients.

2.3 La relation entre les médecins et l'hôpital

Le type de rapports qu'entretiennent les médecins avec l'organisation hospitalière a préoccupé bon nombre de chercheurs durant les dernières décennies. Récemment, Champagne, Denis, Forest, Dussault, Gosselin (1990)²⁷, suite à une analyse de la littérature sur ce sujet, proposaient diverses stratégies dans le but d'aider les gestionnaires à établir des rapports constructifs entre les médecins et l'organisation hospitalière. Alors que le cadre organisationnel des médecins devient de plus en plus complexe, la pratique médicale se corporatise et se bureaucratise à son tour. Dans le cas des États-Unis par exemple, Freidson (1984) affirme que *le médecin est moins une partie de l'hôpital que l'hôpital n'est une partie (une partie seulement) de la pratique médicale*²⁸. Nous pouvons donc nous demander s'il existe un sentiment d'appartenance dans ces milieux et, par suite, une solidarité ou une

²⁷ Champagne, F., Denis, J.L., Forest, P.G., Dussault, G., Gosselin, R. (1990). *L'intégration des médecins à l'organisation*. Montréal: GRIS, Université de Montréal, publication N90-07.

²⁸ Freidson (1984). *Op. cit.*

cohésion des membres dans le but d'exercer des pressions ou de faire des revendications quant à l'acquisition des équipements: c'est la loi du plus fort qui y règne la plupart du temps.

Cependant, plusieurs études réalisées depuis environ une dizaine d'années (Contandriopoulos, 1994)²⁹ montrent que la nature des relations entre les médecins et l'hôpital est en voie de changement. En effet, les médecins, soumis à des pressions financières et technologiques, s'intègrent de plus en plus au cadre organisationnel de l'hôpital. Les études effectuées en ce sens nous amènent à établir l'hypothèse que les médecins participent davantage aux décisions touchant l'acquisition des ressources critiques, telles que les nouvelles technologies médicales, en réponse au contexte socio-économique marquant l'évolution du système de soins. D'autres recherches confirment également cette tendance: une enquête menée récemment sur un échantillon d'hôpitaux canadiens (Champagne, Denis, Bilodeau, 1997) indique que le sentiment d'appartenance développé par les médecins au milieu hospitalier varie et est le produit de processus complexes d'identification à l'organisation et à la profession, ainsi que du contexte organisationnel, incluant l'attitude des gestionnaires à l'égard de l'implication des médecins (Bilodeau, 1996):

*L'individualisme qui a longtemps caractérisé les médecins dans leurs relations avec les hôpitaux semble graduellement être remplacé par un nouvel esprit d'accommodation*³⁰.

Les caractéristiques individuelles des médecins ainsi que le contexte organisationnel spécifique sont donc également susceptibles d'influencer la nature du processus décisionnel en matière de technologie. Par ailleurs, il est à noter que le processus d'acquisition des nouvelles technologies médicales interagit avec d'autres processus de gestion dans une

²⁹ Contandriopoulos, A.P. (1994). Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statut quo impossible. *Rupture, 1*, (1), 8-26.

³⁰ Bilodeau, H. (1996). *Étude de la relation entre les conditions organisationnelles et le type de relations médecins-hôpital dans les hôpitaux de soins de courte durée canadiens*. Thèse de doctorat en santé publique. Montréal: Université de Montréal, p. 15.

organisation, tels que des pratiques de gestion stratégique et financière (Begun, Luke, Pointer, 1990³¹).

2.4 La relation entre les médecins et les administrateurs

Dans la pensée de Freidson (1984), deux pivots d'influence prévalent au sein de l'institution hospitalière. Le premier est le pivot d'influence officiel, celui des administrateurs. Le second est constitué par l'autorité du médecin, qui détient le pouvoir d'intervenir à différents niveaux dans l'hôpital et cette intervention est justifiée par l'argument de l'«urgence médicale», même si cet argument est parfois utilisé de manière abusive. Pour illustrer ce dernier argument, nous pouvons prendre l'exemple d'un médecin qui estime que son patient a absolument besoin d'un équipement très rapidement pour pouvoir être diagnostiqué ou traité. Le médecin invoque donc l'argument de l'extrême urgence pour décider d'acquérir un équipement donné. Ce pivot d'influence dérègle le processus de prise de décision et provient essentiellement du fait que le médecin détient une responsabilité socio-juridique vis-à-vis des patients de l'hôpital.

Les changements survenus dans le système de santé américain, à savoir l'implication du secteur privé dans l'industrie médicale, entraînent ce secteur à y jouer un rôle actif, c'est-à-dire à détenir la propriété de certaines institutions de santé. Les gestionnaires de ces institutions qui appartenaient auparavant à l'État, ne pouvant plus résister aux coupures faites dans les programmes gouvernementaux, se sont vus contraints de les vendre à de grandes sociétés privées. La gestion de ces hôpitaux a été, dès lors, assurée par des médecins administrateurs, des *corporate rationalizers* (des «rationalisateurs corporatifs») tels que les

31 Begun, J.W., Luke, R.D., Pointer, D.D. (1990). Structure and strategy in hospital-physician relationships. In: *Innovations in health care delivery: Insights for organization theory*. Mick, S.S. & al. Jossey-Bass.

nomme Alford³². En fait, alors que certains administrateurs sont médecins, la plupart d'entre eux détiennent cependant une formation en administration de la santé; ceci signifie que par leur formation, ils sont appelés à mettre l'accent sur des aspects tels que la rationalisation, la productivité, l'efficacité et la rentabilité.

Ainsi, la position privilégiée qu'occupaient jadis les médecins au sommet de la hiérarchie médicale se trouve déplacée vers le bas par des médecins qui occupent des fonctions administratives. Malgré les arguments de certains médecins qui estiment qu'au contraire, les médecins administrateurs peuvent ainsi mieux protéger la position traditionnelle des médecins, dans la réalité, les intérêts des deux professions - médecins et administrateurs - sont divergents à certains égards et, comme l'indique McKinlay (1988)³³, lorsqu'un médecin exerce la fonction d'administrateur à temps plein, on peut comprendre qu'il protège davantage les intérêts administratifs plutôt que ceux de la profession médicale. Ceci est également confirmé par le *American Medical Association* qui estime que *as hospital employees, medical directors may align their loyalty more with hospitals than with medical staff interests*³⁴.

32 Alford, R. (1975). *Health care politics: Ideological and interest group barriers to reform*. Chicago: University of Chicago Press.

33 McKinlay, J.B., Stoeckle, J.D. (1988). Corporatization and the social transformation of doctoring. *International Journal of Health Services*, 18 (2), 191-205.

34 American Medical Association (1983). Effects on competition in medicine. *JAMA*, 249, 1864-1868.

2.5 Vers une collaboration entre les diverses professions médicales ?

Alors que la pratique médicale était autrefois formée d'une équipe composée d'un leader, le médecin, et puis d'infirmières et d'autres professionnels de la santé qui exécutaient les ordres du médecin, cette soumission disparaît graduellement pour se transformer en une collaboration entre les différents spécialistes du milieu de la santé. La relation verticale traditionnelle devient, malgré la résistance de certains médecins, une relation horizontale où les uns ont besoin des connaissances spécialisées des autres, et travaillent, par conséquent, dans un esprit de collaboration. Comme le note McKinlay (1988)³⁵, la spécialisation ainsi que la sous-spécialisation de la profession médicale ont affaibli la position politique des médecins. Ceci signifie que le pouvoir qu'ils avaient acquis au fil des ans diminue petit à petit au profit des sous-spécialités.

Selon Freidson (1984), ce sont les conditions de la pratique de la médecine ainsi que certaines caractéristiques de la profession médicale qui sont à l'origine des problèmes que rencontrent les organisations hospitalières. En effet, l'auteur soutient que, si nous observons les différentes catégories d'acteurs, nous constatons que le médecin détient une autorité qui est indépendante du pouvoir de l'administrateur: en matière de pratique médicale, c'est toujours le médecin qui aura le dernier mot, dû à sa compétence d'expert. Quant à l'infirmière, ses relations avec le médecin seront déterminantes pour établir ses qualités professionnelles; de par sa position intermédiaire entre le médecin et l'administrateur, elle se trouve au centre des conflits et détient, par conséquent, la possibilité de faire pencher l'équilibre des forces en présence. Ce sont là les principales forces antagonistes au sein de l'hôpital. Par ailleurs, il existe une autre hiérarchie à l'intérieur de la profession médicale: la chirurgie est, par exemple, la spécialisation qui a obtenu le plus de reconnaissance en matière

35 McKinlay, J.B., Stoeckle, J.D. (1988). *Op. cit.*

d'autorité médicale. Cependant, chacune de ces catégories d'acteurs est soumise à certaines règles qui sont différentes pour chacun d'entre eux. Ainsi, les médecins n'auront pas les mêmes règles à suivre que les administrateurs, ni que les infirmières.

Examinons maintenant les caractéristiques de la bureaucratie professionnelle, dans le but de mieux comprendre les attributs des processus décisionnels observés dans le cas de l'acquisition des nouveaux équipements médicaux.

2.6 Le modèle bureaucratique professionnel

Le concept de bureaucratie professionnelle a été tout d'abord défini par Weber (1949) comme étant représenté par une structure rationnelle sur le plan de l'organisation, efficace dans l'atteinte des buts organisationnels et basée sur une autorité légale. Son idéal type d'organisation bureaucratique contenait les éléments suivants:

- une structure d'autorité hiérarchique où tous les pouvoirs sont centralisés au sommet;
- un système de règles et règlements formels sur lequel s'appuie toute action officielle;
- une division du travail;
- un système de promotion basé sur la compétition;
- une impersonnalité des rapports entre les différents acteurs.

Weber distingue l'autorité des autres formes d'influence sociale, tels que le pouvoir ou la persuasion. En effet, Weber définit le pouvoir comme étant

*the probability that one actor within a social relationship will be in a position to carry out his own will despite resistance*³⁶.

³⁶ Weber, M. (1947). *The theory of social and economic organization*. A.M. Henderson & T. Parsons (transl.). Glencoe, Ill.: Free Press and Falcon's Wing Press, p. 152.

Cette vision wébérienne de l'organisation a été remise en question par d'autres études qui vérifiaient l'hypothèse «d'une seule structure d'autorité» de idéal type bureaucratique auprès de diverses catégories d'organisations. Diverses classifications ont été réalisées, fondées sur des éléments tels que la complexité et le contrôle sur la tâche, le pouvoir ou le contrôle organisationnel et l'implication dans l'organisation.

Ainsi, les études réalisées par plusieurs chercheurs dont Merton (1949), Whyte (1957) ou Gouldner et Ritti (1967) ont plutôt mis l'accent sur les effets négatifs de la bureaucratie sur la pratique professionnelle. D'autres chercheurs tels Selznick (1943) ont cherché à examiner le rôle que jouaient divers acteurs au sein des bureaucraties professionnelles. C'est ainsi que Gouldner (1957) distingue les *locals* des *cosmopolitans*, les premiers étant les acteurs qui s'identifient à l'organisation, alors que les seconds protègent les intérêts de leur profession, distincts de ceux de la profession. D'autres chercheurs ont cependant réfuté cette thèse: Goss (1959), par exemple, a réalisé une recherche dans un hôpital universitaire, dans le but d'y comparer les normes professionnelles et bureaucratiques. Il en a conclu que ces dernières étaient compatibles et a ajouté la notion de «semi-bureaucratie»: ceci signifie qu'il existe un mécanisme de double contrôle au sein de l'organisation hospitalière, à savoir que les cadres ont à la fois une responsabilité administrative et professionnelle. De même, Kornhauser (1962), Anderson (1966) et Hall (1968) ont confirmé cette tendance voulant que les intérêts organisationnels et professionnels soient convergents.

Dans la pensée de plusieurs chercheurs tels que Etzioni (1961), Blau et Scott (1962) ou Mintzberg (1983), la bureaucratie professionnelle est basée sur plusieurs éléments:

- une typologie basée sur la nature de la «compliance» dans l'organisation;
- une combinaison des aspects structurels liés au contrôle et des aspects béhavioristes liés à l'implication des acteurs;

- la compliance est déterminée à partir de trois types de pouvoir ou contrôles organisationnels (coercitif, rémunératif et normatif) et de trois types d'implication dans l'organisation (aliénante, calculatrice et morale).

Plus précisément, Mintzberg (1982) estime que le pouvoir et le statut sont associés au poste. Aussi, la standardisation des procédures, du produit et la supervision directe constituent les principales caractéristiques de ce modèle organisationnel. Dans la vision de Mintzberg, le modèle bureaucratique offre les avantages associés à la différenciation verticale, qui permet un grand contrôle (les décisions, la planification et le contrôle sont centralisés aux niveaux plus élevés de la hiérarchie organisationnelle par un faible nombre de participants laissant une autonomie restreinte aux niveaux inférieurs), et ceux de la différenciation horizontale qui permet à l'organisation de bénéficier des avantages liés à la spécialisation des tâches.

Mintzberg (1986)³⁷ perçoit la bureaucratie professionnelle comme une configuration dans laquelle les experts sont engagés par l'organisation, mais la considèrent comme une structure d'accueil où ils peuvent pratiquer leur profession en tant qu'individus, avec un soutien administratif commun. Une fois le regroupement établi, ces experts appliquent des procédures standardisées dans le cadre de leur travail; ils donnent satisfaction à leur clientèle en préservant une grande autonomie et une importante responsabilité personnelle. Cependant, sur le plan logistique, ils partagent des installations ainsi que des équipements. Comme ces experts regroupés travaillent au sein de l'organisation (ce sont des détenteurs d'influence internes), ils parviennent donc à conserver le contrôle de la structure administrative.

³⁷ Mintzberg, H. (1986). *Le pouvoir dans les organisations*. Paris: Les Éditions d'organisation.

Dans l'organisation hospitalière, c'est le modèle bureaucratique qui prévaut, à savoir la rationalité instrumentale, celle qui poursuit une fin. Les objectifs poursuivis sont perçus comme un système de contraintes auxquelles doivent répondre les décisions. Pour Pfeffer (1987)³⁸, ce modèle bureaucratique s'oppose au modèle rationnel, dans la mesure où le premier se base davantage sur les règlements, les précédents et les procédures d'opération courantes, tandis que le second modèle est axé davantage sur des activités d'analyse :

Bureaucratic organizations will typically have much less extensive information search and analysis activities, and rely more heavily on rules, precedent, and standard operating procedures. Less time and resources will be spent on decision making, and fewer alternatives will be considered before actions are taken. Indeed, it is the difference in the amount of analysis, search, and focused attention on goal attainment, that constitutes the difference between the bureaucratic and rational models.

2.7 Conclusion

Ceci nous amène à conclure que, dans l'organisation hospitalière, ce sont les alliances qui déterminent les modes de régulation; les intérêts de certains acteurs veulent qu'il n'existe pas de règles formelles, de telle sorte que ceux-ci puissent agir à leur guise, en conservant le contrôle des politiques d'acquisition des nouvelles technologies: il s'agit ici des alliances des médecins notamment, qui sont actuellement en train de perdre à regret certains de leurs pouvoirs. Opposés à ceux-ci, les administrateurs mettront tout en oeuvre pour faire respecter la ligne hiérarchique de la prise de décision, afin de garder la structure de pouvoir existante à l'intérieur du système, ainsi que leur position de domination dans le milieu hospitalier.

38 Pfeffer, J. (1987). "Understanding the Role of Power in Decision Making". In Jay M. Shafritz & J. Steven Ott. *Classics of Organization Theory*, Brooks/Cole Publ. Co., Pacific Grove, p. 326.

Chapitre 3

Le contexte sociétal

Cette revue des écrits a pour objectif principal de comparer les milieux francophones et anglophones pour examiner dans quelle mesure ces différents milieux peuvent avoir une influence sur le processus d'acquisition des nouvelles technologies médicales. En d'autres termes, sachant que nous sommes en présence de deux groupes linguistiques ayant traditionnellement entretenu des rapports de force et ayant des disparités entre eux quant à leur position sociale, nous tenterons de montrer en quoi les traditions et la culture d'un groupe exercent une influence sur le processus décisionnel dans le cadre des institutions hospitalières.

Il existe très peu d'écrits comparant, de façon précise, les médecins francophones et anglophones. Cependant, la littérature sociologique décrivant et analysant les Canadiens français en comparaison aux Canadiens anglais est beaucoup plus abondante, surtout dans les années 1970, période à laquelle un vent de nationalisme soufflait auprès des politiciens, militants et intellectuels en quête d'une certaine justice sociale. Cependant, à partir des années 1980, on peut observer, du moins chez les sociologues, relativement moins d'intérêt pour ce domaine.

Dans ce qui suit, nous tenterons de mettre en relief les différences et similitudes qui ressortent entre les deux communautés. Sans vouloir adopter le courant «culturaliste», ce courant de pensée des années 1930 qui mettait l'accent sur les différences culturelles entre les groupes ethniques, tel que décrit par Simon³⁹, notre préoccupation sera surtout centrée sur

39 Simon, P.J. (1991). *Histoire de la sociologie*.

cet ensemble d'institutions, de normes, de coutumes, de comportements et d'attitudes qui sont propres à chacun des groupes, et perçus de façon positive. Dans ce contexte, les facteurs structurels jouent également un rôle important lors de la recherche d'explications des différences entre les deux groupes, puisque ces facteurs font référence aux institutions qui contiennent cette culture (Juteau-Lee⁴⁰).

En nous servant de quelques indicateurs de modèles culturels, tels que la religion, le lieu de formation ou encore la place acquise dans le système économique, nous allons établir en quoi les deux groupes se ressemblent ou se distinguent l'un de l'autre.

3.1 Les enquêtes sur les francophones et les anglophones

Les inégalités entre francophones et anglophones ont été perçues très tôt dans les différentes sphères de la vie sociale au Québec. Plutôt que d'effectuer une revue exhaustive de la littérature dans ce domaine, nous retiendrons l'étude la plus importante, susceptible de nous éclairer dans notre recherche: il s'agit de la monographie d'Everett Hughes, qui s'inscrit dans la tradition de l'École de Chicago, dont la méthode de recherche consiste principalement à rencontrer et à interviewer des témoins-clés de l'étude.

Everett Hughes effectue une analyse du Québec qui s'industrialise progressivement. Nous voyons graduellement apparaître le contact entre francophones et anglophones ainsi que le clivage qui ressort entre les deux groupes.

40 Juteau-Lee, D. (1983). From French Canadians to Franco-Ontarians and Ontarois: New Boundaries, new identities. In *Two nations, many cultures: Ethnic groups in Canada*, Second edition.

3.1.1 Everett Hughes⁴¹

Hughes, dans son ouvrage original *French Canada in Transition*⁴², étudie les deux peuples, canadiens-français et canadiens-anglais, en effectuant la monographie d'une petite ville, Cantonville, où se côtoient une majorité de Canadiens français urbains, de classe moyenne, et une minorité d'anglophones chez qui l'on observe une mentalité et des comportements très différents. Cantonville est une ville française et catholique, et a été choisie comme objet d'étude étant donné que c'est une petite ville de province, ancienne et qui a subi une transformation industrielle. Les habitants de cette ville ont donc connu le passage d'une économie rudimentaire à un capitalisme évolué.

Alors que dans la société rurale, la famille canadienne-française est propriétaire de domaines, dans lesquels les enfants sont élevés dans un milieu homogène et appartiennent à une classe homogène de cultivateurs propriétaires dans leur paroisse, ces conditions de vie changent progressivement et la population émigre de plus en plus vers les grandes villes qui connaissent un développement rapide et ont besoin de main-d'oeuvre. La population urbaine, concentrée notamment à Montréal où les industries sont en croissance, est graduellement beaucoup plus importante que la population rurale.

Cantonville devient une ville industrielle majoritairement francophone (91% en 1931) et catholique. La population anglaise protestante augmente et vient occuper des fonctions spécialisées qui n'existaient pas auparavant. Dans la hiérarchie de l'industrie par exemple, les Anglais occupent les postes de direction des usines. Alors que les Anglais sont nombreux dans les postes administratifs ainsi que les postes techniques, les Canadiens français, bien

41 Hughes, Everett (1945). *Rencontre de deux mondes*. Montréal: Éditions du Boréal Express.

42 Hughes, Everett (1943). *French Canada in Transition*. Traduit plus tard en version française sous le titre *Rencontre de deux mondes*.

que majoritaires en nombre, se retrouvent tous dans les fonctions d'ouvriers. Dans la société canadienne-française, la famille joue un rôle très important et les Canadiens français utilisent leurs contacts pour se rendre des services ou trouver du travail, par exemple. Partout dans la ville de Cantonville, on remarque ce contraste entre les deux groupes ethniques.

En-dehors de l'industrie, les Canadiens français occupent diverses professions et dans toutes les classes de la société. Les entreprises dirigées par les Anglais s'adressent généralement à une clientèle anglophone. Cependant, ce ne sont pas tous les Anglais qui dirigent des établissements: certains travaillent sous l'autorité d'autres Anglais et, sauf exception, les Anglais ne travaillent pas sous l'autorité des Canadiens français. Quant à ces derniers, il existe quelques cas, en-dehors de l'industrie, de Canadiens français qui travaillent sous l'autorité des Anglais.

Outre la vie économique, Hughes fait ressortir le clivage qui existe entre les deux groupes et qui est plus évident dans les institutions scolaires ou les églises. En ce qui concerne la vie politique, les Anglais sont généralement mis à l'écart et complètement ignorés à Cantonville.

Dans un même ordre d'idées, les premières études comparatives entre francophones et anglophones portant sur la division du travail ont été menées par l'Université McGill dans les années 1930.

3.1.2 Les études sur la division du travail

C'est à l'Université McGill que s'était formé, dans les années 1930, un groupe de recherche en science sociale dont l'objectif était d'étudier, entre autres, la division du travail francophone-anglophone dans la province de Québec⁴³. Dans ce contexte, plusieurs recherches ont été réalisées sur l'évolution de la société canadienne-française, à savoir le passage d'une société rurale vers une société urbaine. La plupart de ces études ont été entreprises par des étudiants⁴⁴ et ont été incluses dans l'ouvrage *French Canada in Transition* publié par Everett C. Hughes en 1943. Selon Shore⁴⁵, cet ouvrage constituait en fait la première analyse sociologique des changements affectant le Québec du XXe siècle. En effet, se basant sur les travaux de Léon Gérin, Hughes expliquait, nous venons de le voir précédemment, comment la paroisse constitue l'institution dominante assurant la survie culturelle des Canadiens français.

Dans ce contexte, Roy⁴⁶ a analysé 14 types d'industrie et a conclu que, dans les entreprises qui travaillaient dans l'industrie lourde et où de grands capitaux avaient été investis, la grande majorité des cadres supérieurs étaient des anglophones. Selon Roy, cette

43 Shore, Marlene (1987). *The Science of Social Redemption. McGill, the Chicago School, and the Origins of Social Research in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, p. 253-254.

44 Parmi ceux-ci, nous pouvons noter:
 Roy, William J. (1935). *The French-English Division of Labour in the Province of Quebec*. Montréal: Université McGill, Mémoire de maîtrise.
 Jamieson, Stuart M. (1938). *French and English in the Institutional Structure of Montreal: A Study of the Social and Economic Division of Labour*. Montréal: Université McGill, Mémoire de maîtrise.
 Lieff, Pearl Jacobs (1940). *The Urbanization of the French Canadian Parish*. Montréal: Université McGill, Mémoire de maîtrise.

45 Shore, Marlene (1987). *Op. cit.*, p. 257.

46 Roy, William J. (1935). *The French-English Division of Labour in the Province of Quebec*. Montréal: Université McGill, Mémoire de maîtrise. Cité dans: Shore, M. *Op. cit.*, p. 258.

situation d'infériorité économique était principalement due à l'Église, qui exerçait un contrôle sur pratiquement tous les domaines de la société.

L'étude de Jamieson⁴⁷ traitait également du Québec comme ayant subi une double conquête de la part des Anglais, ce qui a entraîné des écarts dans la position économique des francophones et des anglophones. Selon l'auteur, le processus d'industrialisation du Québec a connu une mobilité de la métropole vers la frontière, en transcendant les frontières politiques et culturelles, et ceci entraîna des changements considérables dans le mode de vie de la population.

Plus récemment, des études entreprises par différents chercheurs ou organismes de recherche indiquent que les différences entre francophones et anglophones vont en s'atténuant. C'est ainsi que Vaillancourt⁴⁸ constate qu'il n'existe pratiquement plus de différence de revenus entre francophones et anglophones en 1980, alors qu'en 1970, le revenu des anglophones était supérieur à celui des francophones de 23%. De même, le Conseil de la langue française⁴⁹ a montré qu'en 1980, les unilingues anglais ne détenaient une avance que de 7% sur les français. Dans un même ordre d'idées, Caldwell⁵⁰ estime que les anglophones ne dominant désormais plus l'économie comme c'était le cas auparavant, et la place privilégiée qu'ils détenaient, notamment dans le secteur de l'économie, est en train de changer en faveur des francophones.

47 Jamieson, Stuart M. (1938). *French and English in the Institutional Structure of Montreal: A Study of the Social and Economic Division of Labour*. Montréal: Université McGill, Mémoire de maîtrise. Cité dans: Shore, M. *Op. cit.*, p. 260.

48 Vaillancourt, F. (1988). *Langue et disparité de statut économique au Québec, 1970-1980*. Québec: Conseil de la langue française.

49 Conseil de la langue française (1991). *Indicateurs de la situation linguistique au Québec*. Québec: Conseil de la langue française.

50 Caldwell, G. (1992). Le Québec anglais: prélude à la disparition ou au renouveau. Dans: Daigle, G. et Rocher, G. (dir.). *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis*. (pp. 483-509). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

3.1.3 Les études sur la stratification sociale

La première étude de la mobilité professionnelle au Québec a été réalisée par Guy Rocher et Yves de Jocas en 1954⁵¹. À partir de données tirées des statistiques d'état civil, les auteurs ont comparé les tendances dans la mobilité des francophones et des anglophones. Bien que les résultats ne puissent être généralisés, il s'avère que l'écart entre les deux groupes est plus élevé pour la génération des fils que celle des pères; en effet, chez les fils anglophones, la concentration des cols blancs atteint une proportion presque le double de celle des pères, avec une diminution dans la proportion se trouvant dans la classe ouvrière. Du côté des francophones, la proportion des cols blancs est plus élevée chez les fils que chez les pères, mais la proportion de la classe ouvrière n'a presque pas changé. Relativement à la mobilité professionnelle inter-générationnelle, les auteurs concluent que les fils anglophones ont tendance à passer des emplois manuels vers les emplois non manuels en plus grand nombre et plus rapidement que ce n'est le cas pour les francophones. En somme, c'est le système de stratification sociale qui diffère d'un groupe à l'autre, puisque les francophones avancent échelon par échelon, tandis que les anglophones progressent plus rapidement vers les échelons supérieurs.

Dix ans plus tard, en 1964, Jacques Dofny et Muriel Garon-Audy⁵² entreprenaient une nouvelle étude dont l'échantillon était choisi sur les mêmes bases que celles de l'étude de 1954. Ce genre d'enquête de mobilité répétée permettait d'analyser l'évolution de la mobilité

51 Rocher, Guy et De Jocas, Yves (1957). Inter-Generation Occupational Mobility in the Province of Quebec. *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, 23 (1).

52 Dofny, Jacques et Garon-Audy, Murielle (1969). Mobilités professionnelles au Québec. *Sociologie et Sociétés*, 1 (2), 277-301.

des deux principaux groupes linguistiques au Québec ainsi que leur écart, à savoir leur distanciation ou leur rapprochement.

La troisième grande étape de cet immense projet réalisé sur trois décennies, a été menée en 1974 par Muriel Garon-Audy, avec la collaboration de Jacques Dofny et Alberte Archambault⁵³, en élargissant l'échantillon aux régions périphériques et en ne se limitant pas uniquement aux grands centres. Les résultats de l'étude ont montré que, de 1954 à 1974, nous avons assisté à des changements importants, notamment sur le plan des structures du Québec, c'est-à-dire qu'il y a eu dépérissement de la vie agricole et rurale et accélération de l'industrialisation et de l'urbanisation.

Sur le plan des différences de mobilité entre Canadiens français et anglais, les auteurs constatent une similitude dans les modèles de transmission. Cependant, la distribution professionnelle des deux groupes est très différente puisque l'héritage de statut transmis par les anglophones du Québec connaît une similitude de plus en plus grande entre père et fils, ce qui n'est pas le cas chez les francophones.

Ces analyses sont également confirmées par d'autres comparaisons effectuées au Canada par Porter⁵⁴ ou McRobert et autres⁵⁵, par exemple. Ces derniers ont effectivement comparé les francophones du Québec aux anglophones du Canada du point de vue de leur mobilité professionnelle et ont constaté que les différences relevées quelques années

53 Garon-Audy, Murielle, avec la collaboration de Jacques Dofny et Alberte Archambault (1980). *Mobilités professionnelles et géographiques au Québec: 1954-64-74*. Montréal: Université de Montréal, Centre de recherche en développement économique, Cahier no.22.

54 Porter, J. (1965). *The Vertical Mosaic: An Analysis of Social Class and Power in Canada*. Toronto: U.T.P.

55 McRobert, H.A., Porter, J., Boyd, M., Goyder, J., Jones, F.E., Pineo, P.C. (1976). Différences dans la mobilité professionnelle des francophones et des anglophones. In: La mobilité sociale: pour qui? pour quoi? (Numéro réalisé par Bernard, P., Garon-Audy, M. et Renaud, J.) *Sociologie et sociétés*, VIII (2), 61-79.

auparavant tendaient à s'amenuiser, ce qui pourrait signifier que le modèle de stratification linguistique au Canada, tel que reconnu traditionnellement, soit en voie de disparition.

Dans un même ordre d'idées, selon Keyfitz⁵⁶, les francophones sont dans une mauvaise position dans la hiérarchie industrielle, mais sont plus déterminés que jamais à changer cette situation. Le déséquilibre entre francophones et anglophones est, graduellement, en train de disparaître: les Québécois travaillent beaucoup moins qu'auparavant dans le domaine agricole (9% contre 13% dans le reste du Canada, selon le recensement de 1961). Actuellement, leurs intérêts se tournent vers les domaines de l'industrialisation, de l'économie, de l'éducation et du chômage. Dans le milieu des affaires, la langue de travail demeure malgré tout l'anglais, même si les participants sont majoritairement des Canadiens français. Keyfitz tente également, dans son analyse, de déterminer des caractéristiques propres aux deux groupes: les Français sont plus logiques et ont tendance à accepter l'autorité, tandis que les Anglais sont pragmatiques et davantage portés à la consultation démocratique. L'infériorité économique des francophones demeure toujours présente, mais diminue au fil des ans.

Dans le système de stratification au sens large, chacun des groupes - francophones et anglophones - se perçoit comme supérieur à la strate se trouvant en-dessous. C'est ainsi que les anglophones protègent leurs frontières et le statut supérieur de leur groupe vis-à-vis des francophones qui réclament l'égalité par rapport aux anglophones, mais défendent en même temps leur statut et leurs frontières contre les autres groupes ethniques. Donc, au niveau des groupes, chacun pratique un double standard en réclamant l'égalité avec le groupe se trouvant au-dessus de lui, tout en refusant cette égalité pour le groupe situé en-dessous. Cependant,

56 Keyfitz, N. (1994). *Canadians and Canadiens*. In: Wipper, A. (Ed.). *Work: The Sociology of Work in Canada*. Ottawa: Carleton University Press.

sur le plan individuel, les membres d'un groupe tentent d'acquérir la culture du groupe supérieur tout en conservant sa propre culture.

Avec la modernisation rapide du Québec tant sur le plan du système éducatif que sur le plan économique, nous assistons à l'émergence d'une nouvelle classe moyenne francophone. Selon Breton⁵⁷, cette nouvelle classe a transformé l'ancienne image de l'autorité traditionnelle et changé l'ancien modèle des relations entre les groupes francophones et anglophones. Une nouvelle classe de personnes hautement spécialisées est alors apparue et a lutté pour avoir un Québec dynamique, progressiste et industrialisé, en opposition avec l'ancienne classe moyenne formée de personnes plus âgées, du clergé, de médecins et d'avocats qui prônaient un mode de vie conservateur, rural et centré sur l'Église catholique. Il va de soi que cette nouvelle classe posait un sérieux problème aux anglophones, dans la mesure où elle cherchait à acquérir des droits culturels et collectifs.

Dans ce contexte, les francophones allaient pouvoir participer tout autant que les anglophones au processus décisionnel dans les divers domaines de la vie sociale et économique du Québec.

57 Breton, R (ed.) (1974). *Aspects of Canadian society*. Montreal: Canadian Sociology and Anthropology Association.

3.1.4 Les études sur les professionnels

Sur le plan des droits économiques, une enquête entreprise par Dofny⁵⁸ en 1970 visait à comparer les ingénieurs canadiens-français et les ingénieurs canadiens-anglais à partir des deux cultures et des deux histoires. S'appuyant sur un échantillon de plus de 600 répondants et à partir de questionnaires portant sur la famille, le lieu d'origine, les études, les attitudes touchant la vie économique, professionnelle et familiale ainsi que sur une vision plus globale de la société, l'auteur a conclu que, jusqu'en 1970, les ingénieurs étaient constitués, dans une forte proportion, de Canadiens anglais provenant de l'extérieur du Québec, mais de plus en plus, le nombre d'ingénieurs canadiens-français accédant à la profession d'ingénieur augmente, puisque 72% des ingénieurs canadiens-français ont moins de 40 ans tandis que les Canadiens anglais forment seulement 53% de cette catégorie d'âge. Ceci signifie, selon l'auteur, que les ingénieurs canadiens anglais sont plus âgés et sont donc représentatifs d'une situation ancienne tandis que les Canadiens français sont encore peu imprégnés des valeurs de l'industrialisation.

De plus, il ressort de cette enquête que les ingénieurs canadiens-anglais aspirent davantage à des fonctions administratives que les Canadiens français, qui s'orientent plutôt vers une spécialisation technique, même s'ils sont prêts à s'associer à la gestion de l'entreprise.

Par ailleurs, les ingénieurs canadiens-français ont tendance à adopter et soutenir les revendications des groupes ouvriers, alors que les ingénieurs canadiens-anglais s'identifient davantage avec les comportements de la classe moyenne.

58 Dofny, J. (1970). *Les ingénieurs canadiens-français et canadiens-anglais à Montréal*. Documents de la Commission d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme, no.6. Ottawa: Information Canada.

Concernant la vie familiale, les ingénieurs canadiens-français ont une vision traditionnelle de la famille étendue, tandis que les ingénieurs canadiens-anglais croient moins en la famille étendue, mais en revanche, ont une vie plus centrée sur la famille réduite.

Dans la vie publique, les ingénieurs canadiens-français accordent plus d'importance aux aspects politiques et techniques tandis que pour les Canadiens anglais, ce sont les aspects économiques et sociaux qui prévalent. À cet effet, les différences notées sur le plan des revenus et de l'emploi indiquent que les anglophones ont des revenus considérablement plus élevés que les francophones.

Une autre recherche a été entreprise sur les valeurs professionnelles des jeunes ingénieurs de Montréal par Sheriff⁵⁹. En effectuant des entrevues avec 50 ingénieurs canadiens-anglais protestants et 50 ingénieurs canadiens-français catholiques, tous dans la région de Montréal, l'auteur a comparé les préférences des répondants selon leur situation actuelle: les Canadiens anglais préfèrent travailler dans de grandes entreprises privées, tandis que les Canadiens français optent pour enseigner dans les universités ou travailler pour l'État. Il est à noter que l'origine socio-économique est également une variable importante puisqu'elle est plutôt faible dans le cas des Canadiens français retenus dans l'échantillon. De même, en ce qui concerne le domaine de travail préféré, les Canadiens anglais préfèrent travailler dans l'administration, ce qui mènerait aux grandes entreprises, alors que les Canadiens français aiment mieux la recherche ou l'enseignement, ce qui les dirigerait vers les universités ou les emplois gouvernementaux. Quant aux valeurs professionnelles, il semblerait qu'il n'existe pas de différence marquée à ce niveau, les deux groupes mentionnant les possibilités d'avancement, la diversité du travail et l'expérience comme raisons du choix du type d'entreprise dans lequel ces ingénieurs voudraient travailler.

⁵⁹ Sheriff, P. (1974). Préférences, valeurs et différenciation intraprofessionnelle selon l'origine ethnique. *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, 11 (2).

L'auteur conclut qu'il existe un rapprochement des valeurs entre les membres des deux groupes en étude.

3.1.5 Les études sur la langue parlée et le statut socio-économique

À partir de quatre sous-échantillons urbains canadiens, à savoir des hommes et des femmes francophones et anglophones, Cuneo et Curtis⁶⁰ ont comparé la nature et les répercussions de l'assignation du statut social. Les résultats démontrent, entre autres, que l'éducation de la mère a un effet important sur l'éducation des répondants francophones et que l'éducation des répondants a un effet plus important sur la profession des francophones que sur celle des anglophones.

Sur le plan du statut des deux langues, il a été démontré que les francophones souhaitant obtenir des promotions au sein des emplois devaient apprendre l'anglais alors que très peu d'anglophones connaissant la même situation étaient obligés d'apprendre le français⁶¹. D'où il ressort que l'anglais est la langue dominante dans le monde de l'administration et des affaires. La Commission Gendron⁶² a également examiné le statut des deux langues au Québec: par exemple, la législation concernant l'emballage des produits manufacturiers exige que sur une faible proportion de produits, les étiquettes soient bilingues, alors que sur une proportion beaucoup plus importante, les étiquettes soient en

60 Cuneo, C.J., Curtis, J.E. (1975). Social ascription in the educational and occupational status attainment of urban Canadians. *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, 12 (1).

61 Laporte, P.-É. (1974). *L'usage des langues dans la vie économique au Québec: situation actuelle et possibilités de changement*. Commission d'enquête sur la situation de la langue française et sur les droits linguistiques au Québec. Québec: Éditeur officiel.

62 Commission d'enquête sur la situation de la langue française et sur les droits linguistiques au Québec (Commission Gendron) (1972). *Synthèse*. Québec: Éditeur officiel.

anglais seulement et ce, même dans la ville de Québec où les anglophones constituent moins de 5% de la population.

Raynauld, Marion et Béland⁶³ estiment pour leur part que, pour des postes comparables, les hommes d'origine ethnique britannique gagnent plus que les hommes d'origine ethnique française. Dans un même ordre d'idées, Beattie et Spencer⁶⁴ et Beattie⁶⁵ ont confirmé que les revenus des fonctionnaires fédéraux anglophones augmentaient plus rapidement que ceux des francophones occupant des postes similaires.

Une autre étude entreprise par Vaillancourt et Lacroix⁶⁶ avait pour but d'effectuer une revue des écrits sur le rendement des attributs linguistiques pour la période allant de 1970 à 1980. Les résultats des diverses études convergent pour affirmer que les francophones ont un revenu inférieur à celui des anglophones, que les écarts de revenu entre anglophones bilingues et anglophones unilingues sont négligeables, et enfin, que le revenu des francophones bilingues est inférieur à celui des anglophones bilingues.

Dans le cadre d'une étude menée par Sales⁶⁷ sur l'industrie québécoise et ses dirigeants, 292 chefs d'entreprises de diverses industries avaient été interviewés dans le but d'obtenir une image du champ industriel au Québec. Les résultats de cette enquête ont révélé qu'en 1975, il existait une dominance anglo-saxonne et une sous-représentation canadienne-

63 Raynauld, A., Marion et Béland (1967). *La répartition des revenus selon les groupes ethniques au Canada*. Rapport à la Commission Royale.

64 Beattie, C., Spencer, B.G. (1971). Career attainment in Canadian Bureaucracies. *American Journal of Sociology*, 77.

65 Beattie, C. (1975). *Minority men in a majority setting*. Toronto: McClelland & Stewart.

66 Vaillancourt, F., Lacroix, R. (1983). *Revenus et langue au Québec 1970-1980. Une revue des écrits*. Québec: Conseil de la langue française.

67 Sales, Arnaud (1979). *La bourgeoisie industrielle au Québec*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

française dans la sphère économique. En effet, selon l'auteur, les Canadiens anglais et les étrangers contrôlaient les grandes entreprises, tandis que les Canadiens français et les Canadiens Juifs étaient propriétaires des petites et moyennes entreprises.

D'autres enquêtes ont également permis de vérifier la position des francophones sur le marché du travail. L'Office de la langue française a apporté une contribution importante dans ce domaine: citons, entre autres, les études de Champagne⁶⁸ et de Grenon⁶⁹ qui ont conclu que, malgré que nous ayons assisté à des progrès considérables au fil des ans, il n'en demeure pas moins que la position des francophones était encore la plus précaire en 1987. L'étude de Bouchard⁷⁰ est également fort intéressante dans ce domaine puisque l'auteur analyse le problème de la francisation des entreprises en termes de rapports de force existant entre les deux groupes linguistiques⁷¹.

3.1.6 Les études sur les aspects culturels

Marcel Rioux⁷² est l'un des principaux chercheurs qui a traité des caractéristiques culturelles des Québécois. Selon l'auteur, les indicateurs du modèle culturel québécois sont les suivants:

68 Champagne, R. (1983). *Évolution de la présence francophone parmi les hauts dirigeants des grandes entreprises québécoises entre 1976 et 1982*. Montréal: Office de la langue française, Collection Langues et sociétés.

69 Grenon, R. (1987). *Évolution de la présence francophone parmi les hauts dirigeants des grandes entreprises québécoises entre 1982 et 1987*. Montréal: Office de la langue française.

70 Bouchard, Pierre (1991). *Les enjeux de la francisation des entreprises au Québec (1977-1984)*. Montréal: Office de la langue française. Cet ouvrage fait également l'objet de sa thèse de doctorat (1990), Université de Montréal.

71 Bouchard, Pierre (1991). *Op. cit.*, p. 199.

72 Rioux, Marcel (1977). *La question du Québec*. Montréal: Parti Pris.

- la langue française et le jocal ou les dialectes;
- la religion catholique;
- la tradition orale (les chansons et l'humour);
- la relation à l'environnement naturel (le «rang» comme modèle d'occupation du territoire);
- les relations avec autrui, reflétant une certaine xénophobie, une distance vis-à-vis de l'État et de l'administration publique.

Tout ceci a des répercussions sur le plan psychologique. Lorsque les membres d'un groupe minoritaire, en l'occurrence les francophones, intériorisent et acceptent une image négative d'eux-mêmes, il en résulte une aliénation culturelle qui est plus nocive que la position de faiblesse dans laquelle ils pourraient se situer sur les plans économique et politique. Enfin, selon Rioux⁷³, il est difficile de gérer des sentiments d'infériorité dus à une culture considérée comme étant un handicap par la majorité.

En ce qui concerne les droits culturels, la Commission royale d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme⁷⁴ a démontré, à partir d'entrevues réalisées avec des francophones, que la culture anglophone était nécessaire pour atteindre la réussite dans les hautes instances des services publics fédéraux.

Curtis et al.⁷⁵ ont comparé les sociologues et anthropologues français et anglais du Canada, en utilisant des données recueillies par le Canadian Sociology and Anthropology Association (CSAA). Des questionnaires ont été envoyés à 1109 sociologues et anthropologues résidant au Canada et détenant au moins un diplôme de maîtrise. Le taux de

⁷³ Rioux, Marcel (1964). *French-Canadian Society. Sociological studies*. Toronto: McClelland and Stewart.

⁷⁴ Commission royale d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme (Commission Laurendeau-Dunton) (1969)). *Rapport*. Ottawa: Imprimeur de la Reine.

⁷⁵ Curtis, J.E., Connor, D.M., Harp, J. (1970). An emergent professional community: French and English sociologists and anthropologists in Canada. *Social Science Information*, 9, 113-136.

réponse a été de 55%, soit 614 répondants. Parmi les résultats qui ressortent de cette enquête, nous pouvons noter que les répondants francophones ont tendance à avoir une formation plus «européenne» que les anglophones, ces derniers étant tournés davantage vers le modèle américain.

Selon Rioux⁷⁶, malgré la concurrence qui régnait entre francophones et anglophones, les francophones n'en voulaient pas pour autant perdre leur caractère distinct: en effet, bon nombre de personnes préconisaient l'unilinguisme français au Québec alors même que la classe moyenne anglophone acceptait le bilinguisme au Canada . Ces francophones mettaient donc l'accent sur les intérêts ethniques qui pouvaient unir tous les francophones plutôt que sur les intérêts de classe liant les classes moyennes francophones et anglophones, contre les intérêts de la classe ouvrière (Clark, 1972)⁷⁷.

Toutes ces études recensées principalement dans le champ de la sociologie sont contributives au développement du modèle théorique élaboré dans le chapitre 5.

3.2 Les médecins francophones et anglophones

À travers les études ainsi qu'une revue de la presse francophone de 1992 à 1998, nous examinerons les éléments qui rapprochent ou éloignent les médecins francophones et anglophones du Québec.

76 Rioux, Marcel (1969). Quebec: From minority complex to majority behavior. In H.J. Tobias & C.E. Woodhouse (eds.), *Minorities and Politics*. Albuquerque, New Mexico: University of New Mexico Press.

77 Clark, S.D. (1972). The position of the French speaking population in the Northern industrial community. In R.J. Ossenberg (ed.), *Canadian Society: Pluralism, Conflict and Change*. Scarboro, Ont.: Prentice-Hall.

La chronologie médicale qu'ont réalisé Goulet et Paradis (1992)⁷⁸ nous permet de constater comment les médecins anglophones ont dominé la profession, depuis la conquête jusqu'à la fin du siècle dernier. En effet, à partir des années 1820, les médecins canadiens-français avaient organisé des mouvements de protestation et revendiqué une représentation équitable au sein des instances de contrôle de la profession. Malheureusement, le rôle des médecins francophones dans le mouvement des Patriotes de 1837 a nui à leur reconnaissance professionnelle et finalement, ce n'est qu'en 1847 que les médecins francophones ont pu obtenir une reconnaissance. De même, selon les auteurs, l'École de médecine de Québec a pendant longtemps été dévalorisée au profit de celle de l'Université McGill. De façon générale, nous pouvons affirmer que c'est vers la fin de la Seconde guerre mondiale que de véritables structures de recherche médicale ont été mises sur pied, en partie grâce aux réformes de l'enseignement qui accordait une plus grande place aux sciences.

Plus récemment, avec les changements profonds du système de santé, les hôpitaux se sont vus obligés de se regrouper afin de pouvoir offrir des services de façon plus économique et plus efficace. Ces regroupements sont dus à plusieurs facteurs, tels que la vétusté de certains établissements, les contraintes budgétaires, la nécessité de diminuer le nombre de lits et l'évolution de la pratique ainsi que de la technologie qui permet de réduire les hospitalisations ou la durée de séjour. Dans un article paru dans la Presse⁷⁹, Gagnon (1994) nous montre comment, tant du côté francophone que du côté anglophone, des scénarios de regroupements ont été envisagés. Ces scénarios ont été conçus par une firme indépendante dont le mandat consistait à:

déterminer le nombre nécessaire d'hôpitaux universitaires pour assurer la gamme complète de

78 Goulet, Denis et Paradis, André (1992). *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. Montréal: VLB Éd.

79 Gagnon, Martha (1994). Les plus grands hôpitaux montréalais sont appelés à disparaître. *La Presse*, samedi 19 février 1994.

services cliniques et de programmes d'enseignement et de recherche. La firme doit aussi évaluer les ressources financières et matérielles, ainsi que les forces et faiblesses de chaque établissement.

Un autre sondage réalisé par SOM-La Presse du 26 au 30 mai 1995⁸⁰ sur l'île de Montréal révèle l'inquiétude et le manque d'informations des Montréalais relativement aux changements visant à rendre notre système de santé plus efficace. En fait, la population désapprouve la suppression de 1600 lits d'hôpitaux (incluant 1224 lits pour les soins de courte durée). De plus, 57% des anglophones ont une réaction négative aux recommandations de la Régie voulant que le fonctionnement du réseau hospitalier soit révisé.

En ce qui concerne la fermeture de neuf petits hôpitaux, l'inquiétude est forte chez les anglophones (71%), les familles nombreuses (74%), les personnes âgées entre 35 et 44 ans (73%) et enfin les personnes peu scolarisées (73%).

Sur la question du ticket modérateur, à savoir celle de payer un montant forfaitaire pour chaque consultation médicale, il semblerait que les anglophones y soient moins favorables (61%) que les francophones (69%).

3.3 Quelques comparaisons internationales

Dans un article paru dans la Presse⁸¹, où l'on fait rapport d'un congrès organisé par le Conseil américain des études québécoises à Washington, on vante les mérites du système

80 Clément, Éric (1995). Rochon et la Régie devront retrousser leurs manches! Les Montréalais ont une perception défavorable du projet de réforme de la santé. *La Presse*, samedi 3 juin 1995.

81 Tison, Marie (1994). Système de santé: la balle serait dans le camp des États américains. Le régime québécois pourrait leur servir d'exemple. *La Presse*, dimanche 20 novembre 1994.

de santé québécois par rapport au système américain. Stephen Mosher, du Collège Mary Baldwin, a comparé les Québécois et les Américains et a noté que, sur le plan des différences:

les Québécois sont orientés davantage vers la communauté, alors que les Américains se préoccupent plutôt de l'individu. Les Québécois tendent davantage vers le consensus, alors que les Américains sont plus litigieux.

Quant aux similarités entre les réformes québécoises et les tentatives de réformes américaines, Mosher remarque que dans les deux cas, on perçoit:

une volonté d'améliorer l'accessibilité aux soins, une plus grande régionalisation, un désir de diminuer la bureaucratie, et le souci d'abaisser les coûts.

Par ailleurs, un sondage mené par la firme de sondage Camm Corporation auprès de 1400 médecins (300 médecins au Canada, 500 aux États-Unis, 350 en France et 250 en Grande-Bretagne), entre novembre 1993 et mai 1994⁸² et visant à comparer les médecins canadiens avec leurs homologues d'autres pays donne les résultats suivants: 65,3% des médecins canadiens disent être satisfaits de pratiquer dans le régime canadien des soins de santé, tandis que 41,9% seulement de leurs collègues britanniques le sont, et 53,7% des Américains et 62,8% des Français.

Malgré les plaintes des médecins canadiens relativement aux compressions budgétaires et à l'interventionnisme du gouvernement, il n'en demeure pas moins qu'ils *admettent qu'ils jouissent d'une très bonne situation et d'une bonne marge d'autonomie clinique.*

Plus particulièrement, en ce qui concerne le Québec, la reconfiguration du système de santé a pour conséquence de créer un «exode» des médecins vers les États-Unis: en 1995,

82 Malgré tout, les médecins canadiens sont satisfaits de notre système de santé. *Le Soleil*, mardi 29 novembre 1994.

524 médecins québécois pratiquaient leur profession aux États-Unis⁸³, alors que le Québec connaît une pénurie de médecins en neurochirurgie et en chirurgie orthopédique, spécialités très en demande aux États-Unis. Sur le plan de l'exode, on ne perçoit pas de distinction significative entre francophones et anglophones, les deux groupes étant quasiment aussi nombreux à déménager aux États-Unis. Cependant, des 524 médecins cités plus haut, 314 demandent à recevoir leur courrier en anglais et 210 en français. Quant à savoir ce qui attire ces médecins aux États-Unis, c'est tout d'abord le revenu (500 000 à 600 000 \$ par année aux États-Unis pour un neurochirurgien, contre environ 180 000\$ au Québec). Il est également à noter que des firmes américaines viennent régulièrement recruter des spécialistes au Canada de façon générale, et plus particulièrement au Québec.

Cette description de la chasse aux médecins québécois par des agences de recrutement américaines est également reprise par Paré (1996)⁸⁴: avec des arguments tels qu'un salaire alléchant, un statut enviable et une immigration facilitée, les jeunes médecins québécois sont fortement tentés de s'exiler, tant à cause des problèmes que vit le système de santé québécois que de l'environnement offert aux États-Unis.

Paradoxalement, une étude publiée par Woolhandler et Himmelstein (1996)⁸⁵ montre comment le système de santé à payeur unique tel que le Canada, où c'est le gouvernement qui rémunère les médecins et les infirmières, est plus efficace que le système américain dans lequel la rémunération provient du gouvernement, des compagnies d'assurance, des

83 L'éger, Marie-France (1995). 524 médecins québécois se sont «exilés» aux États-Unis. La Fédération des médecins spécialistes craint une vague de départs encore plus importante. *La Presse*, vendredi 28 juillet 1995.

84 Paré, Isabelle (1996). Des agences de recrutement américaines sont de passage à Montréal: les chasseurs de toubibs. De jeunes médecins québécois voient dans l'exil une solution aux horizons bouchés du système de santé. *Le Devoir*, vendredi 12 avril 1996.

85 Woolhandler, Steffie, Himmelstein, David (1996). *American Journal of Public Health*, February 1996.

entreprises et des particuliers. De plus, les auteurs notent que l'administration et la bureaucratie qui prévalent dans le système de santé américain prennent une plus grande partie de leur budget que ce n'est le cas au Canada.

Selon Contandriopoulos (1998)⁸⁶, tout système de santé comporte trois axes majeurs: l'équité, la liberté et l'efficience. Il s'agit donc de voir laquelle de ces valeurs la société voudrait privilégier:

Au Québec, aujourd'hui, ce qui est en cause, c'est que nous voulons maintenir l'équité du système actuel; on va le faire avec plus d'efficience mais probablement en limitant les libertés individuelles, (...), alors que les Américains privilégient la liberté au détriment de l'équité et de l'efficience.

Ces différents éléments de comparaison ont pour but d'examiner dans quelle mesure le système de santé québécois est viable par rapport à celui des États-Unis (souvent pris comme modèle) dans la réflexion actuelle de notre étude, à savoir sur le plan des changements introduits dans les institutions hospitalières québécoises.

3.4 Conclusion

De cette revue de littérature comparant francophones et anglophones, nous pouvons faire ressortir que, jusque dans les années 1980, les francophones occupaient des postes moins élevés que les anglophones et leurs revenus étaient également inférieurs à ceux-ci. À partir de 1980, la plupart des études convergent dans le sens d'une évolution des rapports

⁸⁶ Lafrance, Louis (1998). André-Pierre Contandriopoulos: Le système se refait une santé. Le chercheur refuse de poser un diagnostic simple sur les bouleversements dans le secteur de la santé, gracieuseté du ministre Rochon. *Le Devoir*, lundi 9 février 1998.

entre francophones et anglophones dans la mesure où les différences observées dans le passé entre francophones et anglophones sont en voie de disparition. Sur le plan de la langue, nous constatons que les entreprises sont en train de se franciser; sur le plan des revenus, les écarts entre francophones et anglophones sont beaucoup moins importants et, finalement, les francophones occupent de plus en plus des postes de direction, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Ce rapprochement entre francophones et anglophones sur le plan des revenus et de la position sociale pourrait influencer le processus d'acquisition des nouvelles technologies médicales. Le fait que l'un des groupes ne soit pas défavorisé par rapport à l'autre, tant sur le plan des ressources disponibles pour acquérir de nouveaux équipements que sur le plan de leur statut social, a pour conséquence qu'un groupe ne se trouve pas en situation de pouvoir par rapport à l'autre, et il n'y a donc pas de domination théorique possible. Par suite, on peut s'attendre à une collaboration entre les deux groupes, visant ainsi une certaine justice ou encore une équité sur le plan de l'acquisition des nouvelles technologies médicales.

Notre recension des écrits serait incomplète si nous ne faisons pas une revue de la littérature dans le domaine de la sociologie des organisations, et plus particulièrement celui de la prise de décision.

Chapitre 4

L'approche organisationnelle

Dans ce chapitre, nous recenserons les écrits relatifs aux théories de l'organisation en général, et ceux ayant trait aux théories de la prise de décision en particulier, afin d'examiner dans quelle mesure les différents éléments de ces théories, tels que les stratégies des acteurs au sein de l'organisation, leur pouvoir et leur jeu s'appliquent dans le cadre de notre étude.

L'approche organisationnelle a connu et connaît encore aujourd'hui un grand intérêt, puisqu'elle préoccupe maints chercheurs provenant notamment des sciences sociales: sociologues, économistes, politicologues, psychologues sociaux, juristes, historiens et administrateurs. Tous ces spécialistes ont comme intérêt commun l'objet d'étude du champ des organisations, qui est défini, dans le contexte américain, par une connaissance du fonctionnement de ces organisations, la manière dont il faudrait les diriger, le comportement des membres ainsi que leurs motivations, les processus de communication et enfin la manière dont les membres prennent leurs décisions. Cette perspective se distingue de la vision européenne en ce qu'elle est centrée sur les tâches à accomplir au sein de l'organisation ainsi que sur la rationalité de celle-ci, le tout dans un but d'efficacité.

C'est ainsi que d'Iribarne (1989)⁸⁷, par exemple, après plusieurs années de recherche dans des usines française, américaine et néerlandaise, nous montre l'impact de la culture sur la dimension organisationnelle.

⁸⁷ d'Iribarne, Philippe (1989). *La logique de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales*. Paris: Seuil.

4.1 Les théories de l'organisation

Les théories de l'organisation comprennent deux grands paradigmes: le paradigme fonctionnaliste et le paradigme critique. Notre propos sera essentiellement focalisé sur le paradigme fonctionnaliste, axé sur l'explication des phénomènes d'ordre social et de régulation des sociétés. C'est une tendance qui a pris naissance avec A.Comte, H. Spencer et E. Durkheim, et qui s'est poursuivie notamment avec Talcott Parsons, appartenant à l'école structuro-fonctionnaliste. De façon générale, pour Parsons⁸⁸, la société peut être analysée comme étant un système social, affrontant quatre problèmes majeurs, soit l'adaptation, la réalisation des buts, l'intégration et le maintien des normes. Plus particulièrement, en analyse des organisations, Philip Selznick⁸⁹ représente un des penseurs importants qui considère les organisations comme des systèmes dont le besoin fondamental est leur survie. Nous n'entrerons pas dans les détails des quatre écoles adhérant au paradigme fonctionnaliste⁹⁰, puisqu'elles ne sont pas toutes reliées à notre objet de recherche; notons néanmoins qu'il s'agit de l'école classique et la théorie wébérienne de la bureaucratie, l'école des relations humaines et la théorie des cercles vicieux bureaucratiques, l'école de la prise de décision et enfin l'école systémique.

88 Parsons, Talcott (1959). *The social system*. Glencoe: Free Press.

89 Selznick, Philip (1948). Foundations of the Theory of Organizations. *American Sociological Review*, 13.

90 Séguin-Bernard, Francine et Chanlat, Jean-François (1983). *L'analyse des organisations: une anthologie sociologique. Tome I: Les théories de l'organisation*. Québec: Éditions Préfontaine.

4.1.1 Le modèle d'organisation bureaucratique

Issu des travaux de Max Weber, le modèle d'organisation bureaucratique correspond au type d'organisation sociale de la société moderne: il est le produit naturel d'une série de facteurs qui caractérisent cette forme particulière d'organisation. Effectivement, Max Weber a déterminé les conditions historiques qui ont favorisé l'émergence et l'expansion de la forme d'organisation bureaucratique, et il a établi quel type de comportement est le reflet de ce mode d'organisation. Pour lui, c'est l'organisation rationnelle et l'efficacité qui sont les caractéristiques principales du système bureaucratique:

The decisive reason for the advance of bureaucratic organization has always been its purely technical superiority over any other form of organization⁹¹.

Par la suite, ce modèle a été adapté aux grandes organisations modernes. Ce phénomène de bureaucratisation entraîne certaines conséquences au niveau des organisations: tout d'abord, il leur impose une vision de la société qui est hautement rationalisée; ensuite, il détient un pouvoir considérable, et enfin, il porte une vision bureaucratique de l'individu, qui lui est particulière.

Dans l'idéaltype tel que décrit par Weber, nous retrouvons les principales caractéristiques de l'organisation bureaucratique:

- les postes de l'organisation sont explicitement définis;
- les relations sociales sont impersonnelles;
- les normes deviennent des règles explicites et des règlements;
- un niveau élevé de spécialisation des fonctions, avec l'utilisation du critère de compétence;
- une hiérarchie formalisée des postes.

⁹¹ Gerth, H.H. & Mills, C.W. (1979). *From Max Weber: Essays in Sociology*. New York: Oxford University Press, p. 214.

Ce modèle appartient à la théorie classique des organisations, étant donné que le facteur humain n'y est pas pris en considération. Le principe rattaché au modèle bureaucratique est une différenciation des rôles et des fonctions, le tout dans un but d'efficacité et de rationalité.

4.1.2 L'approche néo-rationaliste

Issue des travaux de Max Weber et, par la suite, de Talcott Parsons, cette approche tend à considérer l'organisation comme un système social; chaque acteur y poursuit sa propre finalité, tout en tenant compte des objectifs de l'organisation. L'auteur qui est à l'origine de cette théorie est Chester Barnard qui a entrepris l'étude de l'organisation en tant que système coopératif. Pour lui, le problème qu'ont à résoudre les organisations est celui de réussir à constituer un système, c'est-à-dire de réaliser l'intégration de ses membres en tenant compte de l'environnement. Il s'agit d'une théorie «actionniste» des organisations, élaborée plus tard par March et Simon⁹², puis par Crozier⁹³.

4.1.3 L'école de la prise de décision

S'opposant à la théorie classique rationaliste, cette école, représentée notamment par March et Simon⁹⁴, vise à comprendre le processus par lequel les décisions sont prises par les acteurs au sein de l'organisation. Selon eux, les possibilités de choix ne sont pas

92 March, J. et Simon, M. (1974). *Les organisations: problèmes psychosociologiques* (trad. J.C. Rouchy). Paris: Dunod.

93 Crozier, M., Friedberg, E. "Sociologie des organisations et fonctionnement des entreprises", *Revue française de sociologie*, XX, 3.

94 March, J.G. & Simon, H.A. (1974). *Op. cit.*

déterminées d'avance par l'acteur, mais varient plutôt en fonction de chaque situation, d'où l'introduction du concept de *rationalité limitée de l'organisation* ⁹⁵.

Par quels processus décide-t-on d'acheter un scanner par exemple dans un hôpital, en pleine période de compressions budgétaires? Et selon quels critères achèterait-on un scanner et non un appareil de chirurgie cardiaque? Existe-t-il toujours un consensus entre les différents acteurs sur le mode d'allocation budgétaire? Si non, de quelle manière les tensions se règlent-elles dans l'hôpital?

Voilà autant de questions pour lesquelles nous devons chercher réponse. Plusieurs variables entrent en ligne de compte dans le cadre de cette analyse:

- des variables économiques, à savoir le coût des équipements, leur disponibilité, la consommation de ces équipements (le marché existant) et enfin la source des fonds (État, fonds privés, campagnes de financement, etc.);
- des variables politiques, telles que le régime politique en vigueur, le rôle de l'Etat (Etat-entrepreneur, financier), le rôle des groupes de pression et finalement, la législation existante;
- des variables sociologiques, et plus particulièrement la culture des acteurs de l'organisation, telle que leurs connaissances scientifiques, les croyances, la religion;
- enfin, des variables démographiques, telles l'âge et le sexe des acteurs, qui peuvent agir sur les comportements des individus.

⁹⁵ March, J.G. & Simon, H.A. (1974). *Op. cit.*

Pour Hebert Simon⁹⁶, considéré par Crozier⁹⁷ comme le «père» des sciences modernes de la décision, trois étapes sont nécessaires à la prise de décision dans une théorie des organisations⁹⁸ (Fiol et Solé):

- l'identification du problème: elle consiste en la reconnaissance du besoin de prendre la décision; celle-ci s'effectue à travers un diagnostic ou une élaboration de la décision à prendre;
- le développement: il s'agit de rechercher un éventail de solutions possibles qui pourraient convenir à la résolution du problème;
- enfin, la sélection de l'alternative la plus satisfaisante: on procédera alors à une évaluation analytique ou à une négociation, selon le but poursuivi.

Il n'existe pas de frontière établie d'avance entre ces différentes étapes et la progression s'effectue selon les contraintes et les conditions sociales et structurelles de l'organisation. Aussi, le choix de la décision sera satisfaisant dans la mesure où il tiendra compte des éléments contraignants; le «décideur» n'aura donc pas une satisfaction «maximale» mais limitée par le contexte environnemental et social de l'organisation. C'est ce que Simon appelle la satisfaction «optimale».

96 Simon, Herbert A. (1957). A Behavioral Model of Rational Choice. *Quarterly Journal of Economics*, 69.

97 Crozier, Michel (1993). «Ce que nous a apporté Herbert Simon». *Revue française de gestion*. Juin-juillet-août 1993, p.85-86.

98 Fiol, M. et Solé, A. (1993). «La question du management selon H.A. Simon». *Revue française de gestion*. Juin-juillet-août 1993, p.87.

De manière plus détaillée, dans son article *Theories of Choice and Making Decisions*, March⁹⁹ explique comment les décisions sont prises à l'intérieur des organisations:

- les «décideurs» connaissent toutes les alternatives pour agir;
- les «décideurs» connaissent les conséquences de leurs actions, selon une distribution de probabilités;
- les «décideurs» ont un ordre de préférences qui est rationnel;
- les «décideurs» obéissent à certaines règles pour choisir leur alternative d'action, compte tenu des conséquences que comporte cette action ainsi que de leurs préférences.

Bien que les perspectives de March et Simon ne soient pas sociologiques au sens strict du terme, nous les utiliserons ici puisqu'elles offrent une vision normative dans la mesure où elles énoncent des règles de bonne administration telles que perçues dans le contexte managérial.

Une autre manière d'examiner l'organisation est de la concevoir comme une «coalition politique complexe», où le décideur connaît d'une part toutes les alternatives et, d'autre part, les principales conséquences de chacune de ces alternatives. Ce modèle s'apparente au modèle de la puissance, puisqu'on suppose que chaque groupe ou chaque individu détient un certain pouvoir, et que la décision est prise en fonction du contrôle détenu à travers le pouvoir de chaque membre. Ces modèles connaissent cependant certaines limites, puisqu'il existe un écart entre la théorie et les comportements observés empiriquement. Aussi, lorsque March et Simon traitent de la rationalité limitée, ils font référence à des facteurs tels que l'incertitude et l'ambiguïté contenues dans la pensée des «décideurs», les limites au nombre d'alternatives considérées et les limites à la précision de l'information disponible.

99 March, J.G. (1982). *Theories of Choice and Making Decisions*. *Society*, XX (1).

C'est Cohen, March et Olsen¹⁰⁰ qui élaborent le *garbage can model*, ou encore le «modèle de la poubelle» caractérisant essentiellement les organisations anarchiques (*organized anarchies*). C'est la conjonction simultanée des problèmes, des solutions, des acteurs et des possibilités de choix dans l'organisation qui fait émerger la décision. Ce modèle comprend trois styles de décision: tout d'abord, elle peut se prendre en trouvant la solution au problème (*by resolution*); ensuite, la décision peut être prise rapidement avec un minimum de temps et d'énergie consacré au choix à effectuer (*by oversight*); et enfin, une décision est prise en attendant qu'une meilleure alternative se présente (*by flight*). Il s'agit là de styles exhaustifs et mutuellement exclusifs.

Ce modèle est testé par simulation avec ordinateur sur la prise de décision dans les universités. Il en ressort que ce sont les deux derniers styles qui sont les plus utilisés dans ces organisations. Le «modèle de la poubelle» connaît évidemment ses limites, puisqu'on peut constater que le problème et la solution ne concordent pas toujours.

4.2 Analyse stratégique et analyse systémique

C'est dans le cadre d'une sociologie de l'action organisée que Crozier et Friedberg¹⁰¹ tentent de déterminer «à quelles conditions et au prix de quelles contraintes» l'action collective des individus est possible à l'intérieur d'une organisation¹⁰². Si cette action

100 Cohen, Michael D., March, James G., Olsen, Johan P. (1972). A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17 (1).

101 Crozier, Michel et Friedberg (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.

102 Le terme *organisation* est défini dans *L'acteur et le système* comme étant un système organisé, nous l'élaborerons plus loin.

collective est un construit social et non un phénomène naturel, comme le prétendent les auteurs, alors il faudra expliquer leurs conditions d'émergence et de maintien.

Le postulat de base consiste à définir l'acteur comme étant un individu libre et rationnel. Il s'agit de comprendre cette rationalité et cette logique de l'individu, dépendamment des enjeux et des contraintes du contexte organisationnel. Aussi, si l'acteur est un individu libre, ceci signifie qu'il est capable d'effectuer des choix et d'élaborer des stratégies, rationnelles à son sens. Ces stratégies aideront l'individu à profiter des failles qui existent dans le système d'autorité, pour mieux se placer dans le système de pouvoir et ainsi obtenir des gains, de quelque nature que ce soit (satisfaction d'amour-propre, etc.). Et la notion de jeu est introduite ici en tant qu'instrument de l'action organisée.

Examinons un peu plus en profondeur ces trois concepts fondamentaux - stratégie, pouvoir et jeu des acteurs - pour mieux comprendre le processus par lequel se forge l'action organisée.

4.2.1 Les stratégies des acteurs

L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg a pour point de départ la marge de liberté dans le comportement de l'acteur, qui existe malgré toute la structure formelle d'une organisation. Ce comportement rationnel de l'acteur est cependant relativement limité¹⁰³, puisqu'il est structuré par des contraintes organisationnelles inhérentes à la dimension formelle de l'organisation, d'une part, et par les caractéristiques individuelles propres à chacun des acteurs, d'autre part. Les contraintes organisationnelles sont représentées

¹⁰³ Crozier et Friedberg reprennent le concept de *rationalité limitée*, introduit par March et Simon, qui permet à l'acteur de décider de façon séquentielle et de choisir des solutions correspondant au seuil minimal de satisfaction pour les problèmes rencontrés.

notamment par les règles officielles de l'organisation, tandis que les caractéristiques individuelles font référence à la formation, aux atouts culturels, aux valeurs de chacun des acteurs.

La relation entre l'acteur et le système est un processus dynamique, dans lequel l'acteur a des intérêts à défendre, et où son comportement sera fonction du comportement des autres acteurs. C'est le vécu des acteurs qui façonne l'organisation, dont le construit est basé sur des relations de pouvoir entre eux, c'est-à-dire des positions privilégiées des uns par rapport aux autres. Le comportement de l'acteur est justement l'expression de cette stratégie qui vise à utiliser son pouvoir de façon maximale pour augmenter ses gains dans l'organisation.

À travers ce modèle, Crozier et Friedberg effectuent la synthèse entre l'analyse stratégique qui part de l'acteur, et l'analyse systémique, qui puise sa source dans l'organisation. Celle-ci est perçue comme un lieu d'intérêts divergents, où les conflits sont inévitables et où le pouvoir est conçu comme une médiation à travers laquelle les conflits d'intérêts peuvent se régler.

4.2.2 Le pouvoir

Le pouvoir - au niveau le plus général - implique toujours la possibilité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes¹⁰⁴.

En reprenant cette définition du politiste américain Robert A. Dahl, Crozier et Friedberg montrent que la source du pouvoir est constituée par la marge de manoeuvre que détiennent certains acteurs dans leurs relations avec d'autres acteurs. En effet, il s'agit d'un

104 Crozier, Michel et Friedberg (1977). *Op. cit.*, p. 65.

*rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre*¹⁰⁵.

Le pouvoir est caractérisé par les atouts que possèdent les acteurs, leurs ressources ainsi que leurs forces. Indépendamment de ceci, la structure organisationnelle confère déjà quatre types de pouvoir aux acteurs:

- par la maîtrise d'une compétence particulière;
- par la maîtrise du contexte environnemental;
- par la maîtrise de la communication et de l'information;
- par la maîtrise des règles organisationnelles.

Le pouvoir, c'est donc les possibilités d'action de chaque acteur, compte tenu des zones d'incertitude qu'il contrôle dans sa position. Ainsi, dépendamment de cette zone d'incertitude, un acteur pourra prévoir le comportement d'un autre acteur et orienter sa stratégie en conséquence. Plus cette zone d'incertitude sera importante auprès d'un acteur, plus son pouvoir sera considérable. La relation de pouvoir qui existera entre les acteurs sera un rapport de négociation et d'échange, puisque chacun a besoin de l'autre pour orienter sa stratégie. Le tout se déroule dans le cadre d'un jeu qui contient un ensemble de contraintes, qui sont les contraintes de l'action collective et qui seront découvertes par chacun des acteurs.

Le concept de pouvoir a également été analysé par Max Weber. Celui-ci utilise le terme de domination (*herrschaft*), qu'il définit comme étant *la probabilité qu'un groupe donné obéisse à un ordre ayant un contenu défini*¹⁰⁶. Dans la même ligne de pensée, A. Etzioni affirme que le pouvoir *is the ability of partial or complete predominance*. Le concept de pouvoir est alors associé à celui de résistance, et ceci est également la position adoptée par

105 Crozier, Michel et Friedberg (1977). *Op. cit.*, p. 69.

106 Weber, Max (1971). *Économie et société*. Paris: Plon.

Rus¹⁰⁷. En effet, inspiré par la philosophie dialectique de Hegel, Rus postule que pouvoir et résistance fonctionnent en interdépendance. Or, étant donné que le pouvoir comprend un aspect négatif, diverses techniques sont utilisées pour réduire cette résistance dans les organisations.

Plus particulièrement, il existe la technique de la participation, qui peut être aussi interprétée, dans certains cas, comme étant de la manipulation; c'est du moins la position que soutient Rus, ainsi que Wright Mills¹⁰⁸. Ce concept de participation a été analysé par l'école des relations humaines, pour établir qu'il existe une chaîne causale entre la participation des membres d'une organisation et la satisfaction accrue de ces membres, et entre la satisfaction des membres et une plus grande acceptation de l'autorité, ce qui accroîtrait l'efficacité à l'intérieur du processus de prise de décision. Cette théorie contient cependant certaines limites d'opérationnalisation.

Revenant au concept de pouvoir, l'incertitude est également un facteur qui procure du pouvoir aux acteurs qui la contrôlent. C'est ainsi que pour Crozier, il existe, dans chaque organisation une zone d'incertitude à cause de laquelle les acteurs ne pourront pas prévoir le comportement des autres acteurs. Aussi, le pouvoir d'un acteur sera-t-il proportionnel à la zone d'incertitude qu'il contrôle¹⁰⁹, et la stratégie qu'il adoptera en vue d'atteindre ses objectifs sera conçue selon une certaine rationalité.

107 Rus, V. (1980). Positive and Negative Power: The Dialectical Thought on Power. *Organizational Studies*, 1.

108 Mills, C.W. (1969). L'élite du pouvoir. Paris: Maspero.

109 Crozier, Michel et Friedberg (1977). *Op. cit.*, p. 79.

4.2.3 Le jeu des acteurs

Le jeu est l'instrument de l'action organisée. En d'autres termes, c'est le mécanisme concret par lequel les acteurs structurent leurs relations de pouvoir.

*Le joueur reste libre, mais doit, s'il veut gagner, adopter une stratégie rationnelle en fonction de la nature du jeu et respecter les règles de celui-ci*¹¹⁰.

C'est sur ce modèle d'intégration des comportements humains que Crozier et Friedberg étudient les rapports sociaux. D'une part, nous avons la stratégie de l'acteur qui poursuit ses propres fins et, d'autre part, la cohérence du système qu'il faut maintenir.

Pour Crozier, la définition wébérienne de la bureaucratie, comme d'ailleurs le technicisme taylorien, sont des modes de pensée dépassés dans les organisations modernes. En effet, dans une organisation, les valeurs traditionnelles sont remplacées, nous dit Crozier, par les objectifs, le charisme est remplacé par la rationalité, une distinction est enfin établie entre l'administration des choses et l'administration des hommes.

À travers ce modèle, les auteurs font la synthèse entre une analyse stratégique qui part de l'acteur, et une approche systémique qui puise sa source dans l'organisation. Cette dernière est perçue comme un lieu d'intérêts divergents, où les conflits sont inévitables et où le pouvoir est conçu comme une médiation à travers laquelle les conflits d'intérêts se règlent.

110 Crozier, Michel et Friedberg (1977). *Op. cit.*, p. 113.

4.3 Les conflits dans l'organisation

Un des principaux représentants de la sociologie des conflits est le sociologue allemand Ralf Dahrendorf¹¹¹, qui a établi un modèle théorique dont l'objectif est, d'une part, d'expliquer la formation des groupes de conflit et, d'autre part, de rendre compte de l'action entraînant des changements de structure dans le système social. C'est également dans cette perspective que les sociologues Georg Simmel¹¹² et L.A. Coser¹¹³ analysent la sociologie des conflits.

S'inspirant de Max Weber, Dahrendorf postule que les conflits tiennent leur origine dans la structure même de l'organisation sociale. C'est précisément l'«inégaie distribution de l'autorité» entre les personnes et les groupes qui fait émerger les conflits: il s'agit de «la répartition dichotomique de l'autorité» qui crée un conflit d'intérêts, c'est-à-dire une «opposition d'intérêts» entre ceux qui exercent l'autorité et ceux qui obéissent à cette autorité. Or, l'autorité étant essentielle à l'organisation sociale, on sera toujours en présence de conflits.

Dans une perspective managériale, le concept de conflit désigne *un blocage des mécanismes normaux de la prise de décision, de sorte qu'un individu ou un groupe éprouve des difficultés à opérer le choix de son action*¹¹⁴. En allant un peu plus loin dans cette pensée, Alain Rondeau définit le conflit organisationnel en ajoutant

111 Dahrendorf, Ralf (1959). *Class and Class Conflict in Industrial Society*. Stanford: Stanford University Press.

112 Simmel, Georg (1955). *Conflict. The web of group-affiliations*. Glencoe: The Free Press.

113 Coser, L.A. (1958). *The Functions of Social Conflict*. Glencoe: The Free Press.

114 March, J.G. et Simon, H.A. (1969). *Les organisations*. Paris: Dunod.

*qu'il existe un conflit au sein d'une organisation lorsqu'une partie (un individu ou un groupe) en percevra une autre comme un obstacle à la satisfaction de ses préoccupations, ce qui entraînera chez elle un sentiment de frustration, et qui pourra l'amener ultérieurement à réagir face à l'autre partie*¹¹⁵.

En situation de conflit organisationnel, la théorie des organisations offre trois perspectives d'analyse possibles: une analyse structurelle du conflit, une analyse dynamique du conflit et une analyse diachronique du conflit. Pour Perrow¹¹⁶, dans la perspective d'une analyse structurelle du conflit, le conflit apparaît comme un phénomène inhérent à la vie organisationnelle. Selon ce modèle d'analyse, il existe quatre paramètres qui déterminent le comportement adopté par les acteurs en cause; ce sont:

- leurs prédispositions et leurs prévisions concernant le déroulement du conflit, caractérisées d'une part, par les traits et les habiletés qui sont susceptibles d'influencer leur comportement et, d'autre part, la conscience que ces acteurs ont de leur position stratégique;
- les pressions exercées sur les acteurs en présence;
- les enjeux du conflit, c'est-à-dire ce qui est au centre du débat. Ils sont en général représentés par la maîtrise de «ressources rares» ou encore par l'«obstacle à la satisfaction des préoccupations d'une partie»;
- le cadre de référence dans lequel s'exerce le conflit, c'est-à-dire les règles et les normes qui sont susceptibles d'exercer une contrainte sur les acteurs.

115 Alain Rondeau (1990). La gestion des conflits. Dans: J.F. Chanlat. *L'individu dans l'organisation: les dimensions oubliées*. Québec: Les Presses de l'Université Laval et les Ed. Eska, p. 508.

116 Perrow, C. (1986). *Complex Organizations: A Critical Essay*. New York: Random House, 3rd ed., p. 154.

Cette analyse structurelle du conflit est cependant limitée par le fait qu'elle ne tient pas compte de l'interaction entre les parties; elle est linéaire en ce sens qu'elle est statique et permet seulement d'examiner le type de comportement qu'adoptera chaque acteur dans une situation de conflit donnée.

Dans le modèle de l'analyse dynamique du conflit, on analyse l'interaction entre les parties. Le conflit est perçu comme un processus interactif, c'est-à-dire que le comportement d'un acteur détermine la réaction de l'autre. C'est une dynamique d'échange dans laquelle les acteurs définissent leurs stratégies en fonction des stratégies de l'autre. Il existe donc un processus perceptuel interactif qui est à la base de cette dynamique. Cette approche a l'avantage d'examiner le processus d'interaction entre les parties d'une façon particulière, sans toutefois tenir compte de l'évolution du conflit.

Dans le modèle d'analyse diachronique du conflit, l'histoire du conflit et son évolution sont prises en considération, plutôt que son contenu. Le conflit entraîne alors un bris de l'équilibre qui existe entre les acteurs en présence, et l'escalade qui s'ensuit est caractérisée par deux phases principales:

- une phase de «détérioration de la perception de l'autre», qui peut entraîner, à la limite, un bris de communication entre les deux parties; un processus de médiation devra alors être mis en place pour rétablir les relations;
- une phase d'«accentuation de la coercition envers l'autre», qui peut prendre des proportions considérables et entraîner la rupture entre les deux parties; encore une fois, c'est grâce à un processus de médiation que l'équilibre pourra être rétabli.

Ces trois modèles d'analyse peuvent être utilisés séparément pour gérer des conflits en milieu organisationnel, dépendamment des conditions dans lesquelles elles surviennent puis évoluent.

4.3.1 L'émergence des conflits

Il existe deux sources principales de conflits reliés à l'individu¹¹⁷: la première provient de problèmes intra-individuels, c'est-à-dire qu'elle est propre à la nature de l'individu, et alors les membres de l'organisation ne trouveront aucune alternative qui soit compatible avec ses objectifs. La seconde source provient des divergences dans les choix effectués par les individus, et à ce moment-là, le conflit se situe dans l'organisation.

Il y a émergence de conflits entre des groupes au sein d'une organisation quand deux conditions sont présentes:

- quand il y a un besoin ressenti de prendre des décisions en commun;
- quand:
 - les objectifs sont différents, et/ou que:
 - la perception de la réalité est différente aux yeux des membres.

En ce qui concerne le besoin ressenti de prendre des décisions en commun, les foyers de conflits résident soit dans «la dépendance mutuelle envers une ressource limitée», soit dans «l'interdépendance du minutage des activités». Dans les grandes organisations, l'autorité et le pouvoir représentent des domaines conflictuels importants.

Quant aux facteurs qui agissent sur la différenciation des objectifs, March et Simon ont établi des catégories permettant de déterminer les indicateurs de conflit. Ce sont:

- les facteurs qui affectent l'homogénéité des objectifs dans l'organisation, tels que les méthodes de recrutement et les diagrammes d'interaction de l'organisation; de plus, la structure des récompenses dans l'organisation est conçue pour dépasser les problèmes liés aux objectifs individuels;

¹¹⁷ March, J.G. & Simon, H.A. (1969). *Les organisations*. Paris: Dunod, p. 116.

- les facteurs liés à la différenciation des perceptions individuelles, et qui sont fonction des sources d'information; celles-ci peuvent être de nature et de quantité différentes.

4.3.2 La résolution de conflits

Une fois que l'on est en présence de conflits, comment l'organisation va-t-elle réagir?

Quatre types de réactions sont possibles pour résoudre les conflits¹¹⁸:

- la résolution des problèmes, en trouvant des solutions qui puissent satisfaire à des critères communs;
- la persuasion, en acceptant, au départ, que les objectifs sont communs, mais que le désaccord se situe au niveau des objectifs secondaires;
- le marchandage, qui consiste à accepter qu'il existe un désaccord sur les objectifs, mais que, étant donné certaines valeurs communes, on peut aboutir à un «juste milieu»;
- «politiquement», sous forme de marchandages collectifs.

Les deux premières méthodes de résolution des conflits sont dites analytiques, alors que les deux dernières sont des méthodes de négociation. Les méthodes analytiques sont, en général, utilisées pour résoudre les conflits individuels, tandis que les méthodes de négociation serviront à trouver des solutions aux conflits entre les groupes au sein de l'organisation. Selon March et Simon, compte tenu du fait que ces méthodes peuvent avoir des effets différents sur l'organisation, il faut être prudent quant à leur utilisation. En effet, la méthode de négociation n'est pas à recommander dans toutes les situations, étant donné qu'elle peut provoquer des effets néfastes dans l'organisation. C'est ainsi que, «en tant que

118 March, J.G. & Simon, H.A. (1969). *Op. Cit.*, p. 127-129.

processus de prise de décision, la négociation a des effets potentiellement destructeurs pour l'organisation», puisqu'elle est susceptible de créer des contraintes sur le statut et le pouvoir des membres de l'organisation. Il est donc préférable de procéder à une analyse de la situation, avant d'en arriver à des négociations.

4.4 La prise de décision

De façon complémentaire à la théorie des organisations, la littérature sur la prise de décision est impressionnante puisqu'il s'agit d'un champ qui est étudié par plusieurs disciplines telles que la science politique, la psychologie, les statistiques, les sciences administratives, la sociologie, l'économie, etc.

Cependant, la sociologie de la prise de décision est un domaine encore très peu développé en sociologie. Jusqu'à présent, si la sociologie des organisations a étudié le phénomène de la prise de décision, c'est surtout dans un contexte managérial, comme nous venons de le voir.

Un des premiers sociologues qui a cherché à délimiter ce champ est Haroun Jamous¹¹⁹. A travers l'analyse d'une décision concrète, celle de la réforme des études médicales et des structures hospitalières en France, Jamous procède à une étude comparative des décisions politiques. Il définit la notion de décision politique en s'appuyant sur les théories de Weber, qui y perçoit un processus croissant de bureaucratisation et de rationalisation, liée à la maîtrise de plus en plus importante de la nature et des techniques. En l'occurrence, il s'agira d'une bureaucratie constituée de *professionnels* et d'*experts*, régis par des règles et des normes impersonnelles.

119 Jamous, Haroun (1969). *Sociologie de la décision*. Paris: Centre national de la recherche scientifique.

Selon Reynaud¹²⁰, le mot décision comporte deux sens: tout d'abord, il implique une décision technique, qui indique un choix entre différentes solutions qu'on peut apporter à un problème bien défini, c'est-à-dire déterminer la meilleure solution entre toutes les solutions possibles. On parle alors de la qualité de la décision. En second lieu, la décision est politique en ce qu'elle implique le fait de retenir un problème de recherche et de définir ce problème. On fait alors référence à la portée de la décision.

Pour le sociologue, c'est ce second aspect qui est intéressant puisque la décision politique donne lieu à la décision technique. Sachant qu'aucun système social ne fonctionne sans tension, la décision est la résultante de l'affrontement d'un certain nombre de forces sociales. Or, comment peut-on définir une force sociale? Notre postulat de base est que la décision fait l'objet d'une ou de plusieurs stratégies, où les acteurs sociaux cherchent des alliés et choisissent un terrain de combat.

Pour effectuer une analyse sociologique de la décision, il faut chercher à comprendre comment s'élabore la situation finale et comment se définissent progressivement ce qui est en cause, ceux qui sont en cause et dans quel cadre ils acceptent de s'affronter.

Trois opérations sont nécessaires à cette analyse: la définition de l'enjeu, la mobilisation des acteurs et les règles du jeu. La définition de l'enjeu s'effectue en proposant des objectifs et en se référant à des valeurs. Pour illustrer ceci, nous pourrions proposer comme objectifs un meilleur fonctionnement des hôpitaux, une utilisation plus efficace de l'équipement hospitalier ou encore la satisfaction des patients. Quant à la référence à des valeurs, il pourrait s'agir de valeurs de rationalité ou d'efficacité, de valeurs de justice ou bien de valeurs de prestige. Ces différentes valeurs atteindront les acteurs potentiels de façon

120 Reynaud, Jean-Daniel (1969). Préface (pp. 5-15). In Jamous, H. (1969). *Sociologie de la décision*. Paris: Centre national de la recherche scientifique.

inégale, qu'il s'agisse d'autorités administratives, de grand public ou de personnes politiques.

La mobilisation des acteurs constitue une des stratégies en vue de mobiliser le maximum de forces chez les différents acteurs de l'organisation et de susciter en eux une motivation importante en se référant à leurs propres intérêts ou encore à leurs propres valeurs.

Pour faciliter la prise de décision dans un système social, il faut changer les règles du jeu déjà existantes dans l'organisation, de telle sorte qu'un changement des habitudes puisse imposer aux acteurs de percevoir les problèmes de manière différente.

En quoi consiste donc une sociologie de la décision? Selon Jamous, elle consiste à examiner le contenu du «rationnel» et trouver *la meilleure façon de définir la décision la plus rationnelle*¹²¹. Or, les décisions supposent des valeurs et des finalités qui ne sont pas objectives et rationnelles, mais relèvent davantage du «politique». Pour Weber¹²², le processus de rationalisation et de bureaucratisation croissantes, lié à la maîtrise de la nature et de la technique, n'est pas indépendant de la lutte des classes qui constitue le noyau de l'analyse sociale de Marx. Il ne s'agit cependant ici que d'un contexte particulier dont il faut tenir compte.

121 Jamous, Haroun (1969). *Op.cit.*

122 Weber, Max (1947). *The Theory of Social and Economic Organization*. Traduction anglaise de la première partie de *Wirtschaft und Gesellschaft*, par A.M. Henderson et T. Parsons, Oxford University Press.

Dans la tradition marxiste¹²³, les comportements des acteurs sont perçus et analysés en termes de lutte de classes dans un système capitaliste dominé par l'exploitation des personnes; par conséquent, les décisions en tant qu'expression de pouvoir n'ont pas d'autonomie en tant que telle, puisque tout se fonde sur des rapports économiques et les pouvoirs dont il est question sont en fait des pouvoirs réels de la propriété.

En revanche, dans la tradition wébérienne, on constate une permanence des conflits où la rationalisation joue un rôle important dans l'affirmation du pouvoir. Dans ce cas, la sociologie de la décision conduit à une sociologie du pouvoir.

Weber a relevé plusieurs éléments de rationalité permettant d'identifier la bureaucratie à l'*état pur*¹²⁴. Elles sont les suivantes:

- l'organisation rationnelle du travail;
- la hiérarchie des postes de travail;
- les règles relatives aux tâches et les responsabilités détaillées de chaque bureaucrate;
- la rémunération fixée selon des normes telles que la formation, l'expérience et la compétence;
- l'accès au poste et la promotion d'un échelon à l'autre selon des critères objectifs, permettant de juger de la compétence du candidat;
- le bureaucrate n'est propriétaire ni de son poste ni de ses instruments de travail.

Ces caractéristiques de la bureaucratie devraient, en principe, faciliter le fonctionnement des grandes organisations. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi et, de plus en plus, la bureaucratie devient synonyme d'inefficacité et de lourdeur administrative.

123 Marx, K. (1973). *On society and social change*. Chicago: University of Chicago Press.

124 Gerth, H.H. et Mills, C.W. (1946). *From Max Weber: Essays in Sociology*. New York: Oxford University Press, pp. 196-244.

4.5 Les réseaux organisationnels

Afin de bien saisir le fonctionnement d'une organisation, il est important de la considérer dans une perspective globale et, par conséquent, en relation avec son environnement. Pour ce faire, l'analyse des réseaux organisationnels permet d'appréhender les liens complexes qui existent entre les différents groupes et sous-groupes de la société. C'est ainsi que Perrow¹²⁵ établit les différents niveaux d'analyse, en établissant la hiérarchie des acteurs sociaux de la façon suivante: individu - groupe - département - service - organisation - interorganisation (concurrence; collaboration; contacts; échanges; domination) - groupe d'organisations - réseaux (liens serrés ou lâches; fonctions de régulation; centres de pouvoir) - industrie (normes; contrôles internes; moderne ou traditionnelle) - région (dépendance régionale; spécialisation) - niveau étatique (rôle du gouvernement) - monde (pays dominant ou dépendant).

Perrow¹²⁶ analyse en l'occurrence un système de santé américain pour illustrer sa théorie. Un des exemples qu'il fournit est résumé comme suit: l'administrateur d'un hôpital américain peut vouloir «couper» dans le département des patients externes étant donné que cela coûte trop cher et que ce sont surtout des patients provenant d'une catégorie sociale non aisée qui le fréquentent. Cependant, comme ces patients sont des cas d'étude qui peuvent être utiles, le doyen de la Faculté de médecine discute avec l'administrateur de l'hôpital de façon informelle lors d'une rencontre dans un club, et suite à cela, la décision est prise de ne pas procéder à des coupures. Lorsqu'interviewé sur la raison du maintien de ce département, l'administrateur répond: «service public» au chercheur, même s'il sait pertinemment bien que

125 Perrow, C. (1979). *Complex organizations: A critical essay*. New York: Random House.

126 Perrow, C. (1979). *Op. cit.*

c'est à cause de la «structure de pouvoir». La perspective rationnelle est donc remplacée par une perspective politique pour justifier la pertinence du maintien de ce département:

A rational, official goal perspective is replaced by a political perspective that sees the organization as having multiple functions, one of which may be, but not necessarily to any great extent, public service.

Cette analyse de réseaux permet d'examiner les différents degrés de densité et de pouvoir entre les divers éléments du réseau ainsi que le degré d'interaction entre les différentes organisations. L'unité d'analyse étant le réseau, il est également possible d'observer les propriétés spécifiques à ce dernier. Enfin, l'analyse de réseaux permet d'examiner les changements qui peuvent avoir lieu dans le temps, comme par exemple l'évolution du rôle de l'État dans l'attribution de fonds pour l'achat d'équipements, qui peut varier selon les périodes de croissance économique ou de rareté de ressources.

Le système de soins semble donc évoluer vers une reconnaissance plus explicite des sources d'interdépendance qui encadrent les relations entre les différentes organisations. Cette tendance modifie substantiellement l'autonomie relative des établissements, surtout lorsqu'elle est jumelée à de fortes pressions sur le plan des ressources.

4.6 Les approches de la prise de décision

Pour conclure cette partie, l'analyse du processus de prise de décision selon l'approche organisationnelle conduit à observer, dans la perspective de March¹²⁷, une conception de la prise de décision basée sur la recherche de l'«action rationnelle», élaborée dans sa «théorie de la décision» ou encore «théorie du choix»: c'est le concept de rationalité

127 March, James G. (1988). *Decisions and Organizations*. Cambridge, Mass.: Basil Blackwell.

limitée qui est introduit, où l'acteur cherche à satisfaire ses objectifs, plutôt qu'à les maximiser.

À ceci s'ajoute la dimension politique de la prise de décision, dans le contexte d'une vie organisationnelle réglée par l'allocation de ressources rares; de là pourront alors émerger des conflits entre coalitions d'individus ou groupes porteurs d'intérêts. C'est à partir des rapports de pouvoir, des marchandages et des compromis que pourront se prendre des décisions.

La théorie du «garbage can model» (Cohen, March & Olsen¹²⁸) appelée aussi «modèle de la poubelle»¹²⁹ (March), introduit l'idée que les décisions ne se prennent pas à partir d'un enchaînement causal entre les ressources des agents et les objectifs à satisfaire: c'est plutôt la «conjonction simultanée» d'une série de phénomènes qui fait émerger la décision.

Le modèle de l'action organisée, telle qu'élaborée par Crozier et Friedberg, représente une approche assez intéressante dans la perspective de notre étude, puisqu'elle rend compte à la fois du comportement rationnel de l'acteur et prend comme point de départ l'organisation. Donc, d'une part, les stratégies de l'acteur qui poursuit son objectif et, d'autre part, le système organisationnel qui pose ses propres contraintes.

Dans l'approche sociologique, on tient compte de la rationalité de la décision tout en étant conscient qu'une partie de cette décision relève du «politique». En ce sens, la sociologie de la décision est liée à la sociologie du pouvoir.

128 Cohen, March et Olsen (1972). *Op. cit.*

129 March, James G. (1988). *Op. cit.*

4.7 Perspective critique

Bien que l'application de l'analyse stratégique et systémique de Crozier et Friedberg soit fort originale dans la mesure où elle place le pouvoir au centre de la compréhension des rapports sociaux, il existe néanmoins des lacunes, des limites et des difficultés à cette application. En quoi consistent-elles?

4.7.1 Faible importance des variables externes

Les facteurs liés à l'environnement externe revêtent une importance mitigée puisqu'ils ne font que structurer l'arène dans lequel les acteurs vont jouer. Selon Crozier et Friedberg, les facteurs environnementaux doivent être pris en considération dans la mesure où ils produisent des incertitudes critiques à la progression des stratégies des acteurs. Par ailleurs, Meyer et Zucker (1989)¹³⁰ ont montré comment les acteurs d'organisations publiques étaient en mesure d'ignorer les contingences environnementales au profit de la réalisation de leur projet stratégique.

4.7.2 Approche instrumentaliste de la culture et des valeurs

Selon Crozier et Friedberg, l'aspect culturel, les valeurs et les normes de chaque acteur sont perçus comme étant des atouts que posséderait cet acteur. Dans le cas des administrateurs, ceux-ci fonctionnent selon leurs propres valeurs, déterminent leur stratégie en fonction de leur propre culture professionnelle, et qui sont, par ailleurs, fort distinctes de celles du médecin. La culture des administrateurs leur donne cette capacité de convaincre ou

130 Meyer, Marshall W. & Zucker, Lynne G. (1989). *Permanently Failing Organizations*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

de manipuler des négociations, culture que les médecins n'ont guère. On ne peut donc faire abstraction des représentations mentales ou culturelles des acteurs, étant donné qu'elles auront une influence certaine sur leurs enjeux, et ceci, Crozier et Friedberg n'en tiennent malheureusement pas compte.

Cette opinion est également partagée par Sainsaulieu¹³¹ qui a exploré comment les relations entre l'organisation et la culture ont une influence sur les capacités stratégiques des acteurs. Dans une *perspective culturelle expérimentale*, Sainsaulieu¹³² affirme: *influencer le système de représentation de l'autre, c'est déjà s'en faire un allié, un opposant ou un neutre.*

4.7.3 Surestimation de la liberté de l'acteur

Enfin, une dernière limite à l'analyse de Crozier et Friedberg réside dans le fait que ces auteurs surestiment la liberté des acteurs en la postulant dès le départ de leur modèle. En effet, si nous prenons en considération les valeurs et les normes qui déterminent le comportement de l'acteur, les contraintes structurelles ou humaines qui conditionnent ses actions, alors nous pouvons nous demander où se situe sa liberté d'action, sa marge de manoeuvre. Est-ce que le médecin est libre d'agir lorsque le patient attend impatiemment ses services? Est-ce que l'administrateur est libre dans l'allocation de ses ressources lorsque des contraintes budgétaires s'imposent à lui? De même, la stratégie utilisée par chacun des acteurs sera fonction du comportement des autres: où se trouve alors sa liberté? Il semblerait que la liberté de l'acteur soit plutôt limitée par une série de contraintes qui se posent devant lui.

131 Sainsaulieu, R., Ackerman, W. (1970). L'étude sociologique du changement technique pour une analyse stratégique, *CERP*, XIX (1).

132 Sainsaulieu, R. (1980). *Sociologie de l'organisation et de la transformation sociale*. Paris: Fondation nationale des sciences politiques.

4.8 Conclusion

En dépit de ces critiques relatives à l'analyse stratégique et systémique de Crozier et Friedberg, nous pouvons retenir de ce chapitre que la *sociologie de l'action organisée* est une source intéressante d'inspiration pour notre étude de cas. En effet, l'articulation entre un système organisé, la part de liberté des acteurs existant dans une relation de pouvoir et les stratégies de ces derniers constitue un mode de raisonnement qui s'applique très bien au système hospitalier à l'étude, puisqu'au coeur même de ce raisonnement se trouvent les contraintes de l'action organisée.

Chapitre 5

Cadre théorique

Dans ce chapitre, je présenterai tout d'abord le cadre de référence qui indiquera, de façon globale, ce que je retiens de la recension des écrits pour réaliser mon étude ainsi que mon hypothèse de recherche. Enfin, je présenterai l'application de ce modèle à mon étude de cas.

Le processus de prise de décision lors de l'acquisition de nouvelles technologies médicales n'est pas sans poser certains problèmes aux différents acteurs du milieu hospitalier, surtout en période de ressources limitées. Ajouté à ceci le facteur culturel si nous comparons les milieux hospitaliers francophones et anglophones, il est évident que le défi est de taille.

5.1 Le problème de recherche

Dans le cadre de cette thèse, j'ai formulé le problème de recherche de la manière suivante: le processus de prise de décision lors de l'acquisition de nouvelles technologies médicales est-il différent selon qu'on le situe dans des établissements hospitaliers ayant des cultures organisationnelles et linguistiques différentes? Si oui, quelles sont les variables qui ont une influence sur ce processus? En particulier, quelle est l'importance de la variable linguistique?

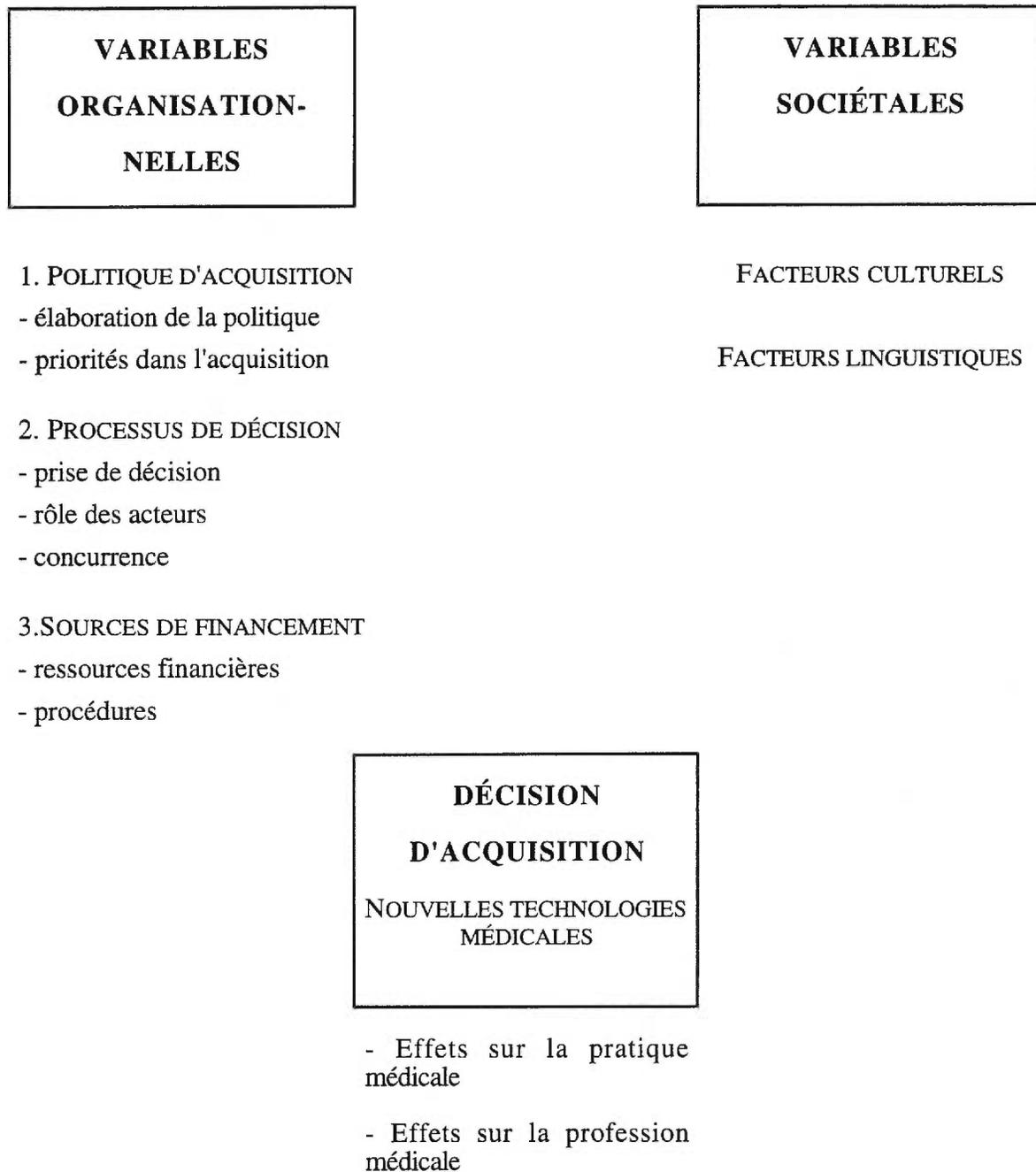


FIGURE 2
SCHÉMA DES VARIABLES

5.2 Le cadre de référence

Avant de décrire les variables proprement dites, il nous apparaît important de situer le contexte dans lequel baignent ces variables.

Ainsi, je démontrerai dans quelle mesure divers facteurs peuvent intervenir dans le processus de prise de décision au sein de l'organisation. Je retiendrai deux types de facteurs dans l'organisation hospitalière, et qui sont sources de différenciation:

- des facteurs structureaux, tels que les éléments de tradition, de différence ethnique ou religieuse, par exemple; et
- des facteurs liés aux acteurs, tels que les préoccupations des acteurs, l'attitude des participants qui sont prêts à saisir des occasions d'agir, les solutions aux problèmes, qui varient en fonction des circonstances et des acteurs.

5.2.1 Les facteurs structureaux

Dès le début du XXe siècle, des différences avaient été notées entre francophones et anglophones du Québec. Ces différences étaient dues à des inégalités à divers niveaux: sur le plan professionnel, les francophones occupaient des postes moins élevés que les anglophones; leurs revenus étaient également inférieurs à ces derniers. Sur le plan linguistique, la langue utilisée dans le monde des affaires était l'anglais de façon dominante. De même, sur le plan culturel, c'est la culture anglaise qui était promue dans la société québécoise. Examinons les facteurs socio-politiques et juridiques qui sont à l'origine de ces disparités.

5.2.1.1 Facteurs socio-politiques

Historiquement, compte tenu de la conjoncture politique du Québec depuis l'instauration du pouvoir britannique jusqu'à la Constitution du Canada dans son évolution actuelle, le rôle social de l'Église catholique consistait entre autres à pourvoir aux besoins économiques des oeuvres de charité, de santé, d'éducation et de travail social en général. Avec la Révolution tranquille, on assiste à la séparation des pouvoirs entre l'État et l'Église: désormais, c'est l'État qui assume ce rôle de pourvoyeur de fonds à ces institutions, à travers l'usage des fonds publics. C'est le concept d'État-providence qui est retenu, par opposition au concept néo-libéral de privatisation de ces secteurs. Le développement structurel étatique du Québec a cependant évolué plus rapidement que cela n'a été dans les mentalités dans ce domaine. Cela a des répercussions négatives lorsqu'il s'agit, par exemple, d'effectuer des donations à la fondation de l'hôpital.

Quant aux institutions anglophones, leurs traditions étant distinctes de celles des francophones, leurs sources de revenus ont été différentes, dans la mesure où celles-ci provenaient en grande partie soit de la communauté anglaise protestante, soit de la communauté anglaise juive. C'est ainsi qu'elles ont pu établir et assurer la survie de leurs institutions de manière différente.

5.2.1.2 Facteurs juridiques

Si l'on examine le système juridique français, celui-ci tient ses origines dans la famille des droits romano-germaniques, famille qui regroupe les pays dans lesquels la science juridique s'est formée sur la base du droit romain. Selon David¹³³,

*Les règles du droit sont conçues dans ces pays
comme étant des règles de conduite, étroitement
liées à des préoccupations de justice et de morale.*

Cette famille des droits romano-germaniques s'est étendue à certains pays d'Amérique, d'Afrique et d'Asie. En ce qui concerne la province de Québec, par exemple, celle-ci a été et est soumise à un droit mixte, c'est-à-dire appartenant en partie à la famille romano-germanique et empruntant des éléments à la common law:

Quant au système de la common law, ce dernier a été formé en Angleterre, par l'action des Cours royales de justice, et plus particulièrement par la Cour de Westminster. Il s'agit d'un droit coutumier, élaboré à partir de la jurisprudence sur les actions en justice intentées devant la Cour. Parallèlement à la common law et à cause de son caractère procédural et formaliste, l'histoire du droit anglais donne naissance à un autre système de droit élaboré par la Cour du Chancelier, le système de l'equity, qui est un ensemble de règles visant à compléter ou réviser le système de la common law devenu périmé en partie.

Cependant, si la différence entre le droit français et le droit anglais se présentait auparavant par le fait que le premier était un droit codifié alors que le second était plutôt un droit coutumier, basé sur la règle du précédent, leur évolution montre qu'aujourd'hui, la common law, même si elle n'a pas encore fait l'objet d'une codification complète, a néanmoins connu une certaine formalisation, à travers la formulation des règles

¹³³ David, R. (1973). *Les grands systèmes de droit contemporains* (5e édition). Paris: Dalloz.

d'interprétation du précédent. La principale distinction qui peut être retenue entre ces deux droits apparaît lorsque le droit codifié minimise la source coutumière du droit, tandis que la common law garde un lien plus étroit avec la coutume. Comme l'affirme Guy Rocher¹³⁴ :

Weber classe le droit occidental moderne (celui des pays de common law et celui des pays de droit codifié) parmi ceux qui ont le plus développé un système de pensée juridique rationnel et formalisé. Ce type de droit est guidé par des principes généraux, des concepts abstraits, un raisonnement logique; soit qu'il s'inspire de principes et de concepts pour les appliquer logiquement (droit codifié), soit qu'il construise et modifie les principes et les concepts par la réflexion qu'impose chaque cas nouveau, selon les règles d'une logique appropriée (common law)

5.2.1.3 Évolution des rapports entre francophones et anglophones

Depuis les années 1980, les différences entre francophones et anglophones ont tendance à s'amenuiser, et ce phénomène est dû en partie aux nouvelles technologies médicales. En fait, la situation économique actuelle difficile entraîne une allocation de ressources limitées en milieu hospitalier et force, dans une certaine mesure, la collaboration entre les institutions hospitalières francophones et anglophones. De plus, la globalisation des échanges entraîne un nivellement des deux groupes ethnolinguistiques.

Pour les fins de notre étude, nous pouvons faire l'hypothèse que, bien qu'il existe des disparités entre francophones et anglophones sur plusieurs plans, celles-ci sont actuellement en voie de disparition - du moins en milieu hospitalier - dans la mesure où les nouvelles technologies médicales entrent en considération.

134

Rocher, Guy (1988). La réception de l'oeuvre de Max Weber dans la sociologie du droit aux États-Unis. *Droit et Société*, 9.

5.2.2 Les facteurs liés aux acteurs

Le modèle d'analyse que j'adopterai pour mener à bien cette recherche en est un qui fait appel à deux perspectives: la première sera celle de la prise de décision vue sous un angle sociologique telle que présentée, d'une part, par Jamous¹³⁵ et, de l'autre, par Crozier et Friedberg¹³⁶. En d'autres termes, j'analyserai comment cette volonté de rationalisation présentée par la théorie sociologique de la prise de décision est limitée par une série de contraintes d'ordre organisationnel, individuel et culturel. La seconde perspective, soit celle du contexte sociétal, y est intégrée en ce sens que les deux groupes - francophones et anglophones - ont traditionnellement connu des écarts relativement à leur position sociale et il est important d'examiner dans quelle mesure ces écarts persistent ou non en milieu hospitalier.

Ces deux approches sont intégrées en ce sens que, bien qu'il existe des règles et des normes à respecter dans le processus de prise de décision lors de l'acquisition de nouvelles technologies, il reste néanmoins que cette rationalisation sera limitée par les contraintes et les jeux des divers acteurs en présence. En d'autres termes, les circonstances dans lesquelles la prise de décision aura lieu détermineront en partie celle-ci. Or, cette prise de décision est en partie fonction des comportements culturels des divers acteurs en présence. De plus, au niveau de l'analyse des réseaux organisationnels, on peut noter que deux types de réseaux prévalent au sein du milieu hospitalier:

135 Jamous, H. (1969). *Op. cit.* Notons que Jamous a également effectué une analyse du système hospitalier universitaire dans: Jamous, H., Pelloille, B. (1970). *Changes in the French University-Hospital System.* In Jackson, J.A. (ed.) (1970). *Professions and Professionalization.* Cambridge: Cambridge University Press, pp. 111-152.

136 Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *Op. cit.*

- un réseau ayant pour but de favoriser la recherche et, par conséquent, d'élever le standard de l'hôpital;
- un réseau visant à la distribution des services médicaux.

Dans les deux cas, différentes organisations s'y trouvent impliquées, telles que les agences de santé gouvernementales (Ministère de la santé et des services sociaux, CRSSS), les organismes subventionnaires, l'Association des hôpitaux, les grands centres médicaux, les compagnies d'équipements, les compagnies pharmaceutiques, etc. Il est donc important de tenir compte de toutes ces dimensions dans notre analyse.

À l'intérieur de l'institution hospitalière, les actions sont constituées par le jeu des règles et des procédures, avec des flux de participation divers; quant aux préférences, il s'agit de «constructions sociales» issues du déroulement de l'action.

Pour Hickson¹³⁷, ce jeu s'organise autour de problèmes qui sont toujours à redéfinir et les stratégies doivent toujours être recalculées, même si les objectifs demeurent les mêmes. L'auteur établit ainsi une analogie entre la prise de décision et le football américain:

The field has an elastic boundary and is bumpy, and there are numbers of teams trying to get their hands on the ball. Some teams are much bigger and have thicker protective padding and harder helmets. Though there is a common aim to get the ball from one end of the field to the other, during the game there may be disagreement on where the ends are. Eventually one team or coalition of teams pushes its way through, holding the ball to where it says the end is. Since there are elastic boundaries, different numbers of teams, and movable ends, the mode of play changes from game to game.

137 Hickson, D. & al. (1986). *Top decisions: strategic decision-making in organizations*. San Francisco, Ca: Jossey-Bass.

Sous un angle organisationnel, le modèle théorique le plus approprié que nous adopterons est celui de Crozier et Friedberg, qui effectuent une analyse du système social selon un raisonnement stratégique et systémique. Ce modèle ne tient pas nécessairement compte de toutes les variables énoncées ci-dessus, mais il n'en demeure pas moins qu'il est un instrument d'analyse dans lequel l'action des acteurs joue un rôle primordial.

En ce qui concerne l'application de ce modèle d'analyse, maints auteurs l'ont déjà effectuée sur des contextes particuliers. En particulier, ce modèle a été appliqué par Bégin, Labelle et Bouchard¹³⁸, lors des travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, pour analyser le processus budgétaire en milieu hospitalier. Toujours dans le cadre de cette même Commission, White et Renaud¹³⁹ ont effectué une analyse en vue de connaître l'implication du réseau de santé publique dans la santé et la sécurité au travail. Ce modèle en est un qui s'applique surtout au secteur public, puisque l'illustration de Crozier¹⁴⁰ porte sur l'administration française, mais il a toutefois été appliqué également au secteur privé, pour analyser les relations de pouvoir au sein d'une entreprise.

L'intérêt d'une telle application consiste dans son analyse des attitudes des acteurs en fonction de l'avenir (et non du passé) pour déterminer, en considérant le niveau de pouvoir, les diverses stratégies que pourraient adopter les acteurs pour arriver à leurs fins. De quelle manière les acteurs peuvent-ils manipuler les règles formelles d'une organisation? Quels sont les processus informels qui émanent de ces relations de pouvoir?

138 Bégin, C., Labelle, B., Bouchard, F. (1987). *Le budget: le jeu derrière la structure*. Rapport #28 sur l'analyse du processus budgétaire dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, remis à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Québec: Université Laval, C.R.S.S.S., Faculté des sciences de l'administration.

139 White, D., Renaud, M. (1987). *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: A Strategic Analysis*, Rapport #21. Québec: Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux.

140 Crozier, M., Friedberg, E. "Sociologie des organisations et fonctionnement des entreprises", *Revue française de sociologie*, XX, 3.

C'est donc une analyse qui tient compte à la fois des stratégies de l'acteur et de la structure du système.

5.3 La description des principales variables

5.3.1 Les variables relatives à la politique d'acquisition des nouveaux équipements médicaux

- *L'élaboration de la politique d'acquisition:* cette variable nous informe sur la politique selon laquelle les nouveaux équipements sont acquis et les objectifs poursuivis par cette politique. Elle nous informe également sur le processus de planification pour remplacer ou acquérir de nouveaux équipements.

- *Les priorités dans l'acquisition de nouveaux équipements:* cette variable a pour but de connaître selon quels critères se décident les priorités des institutions hospitalières relativement aux nouveaux équipements médicaux. De plus, cette variable nous permet d'examiner si le CRSSS joue un rôle dans l'élaboration de ces priorités.

5.3.2 Le processus de prise de décision dans l'acquisition des nouveaux équipements

- *La prise de décision:* cette variable nous permet d'une part de connaître le processus administratif par lequel les décisions se prennent et, d'autre part, elle nous indique s'il existe des règles relatives à la marche à suivre pour acquérir de nouveaux équipements.

- **Les acteurs:** cette variable nous renseigne sur les principaux acteurs qui interviennent dans la prise de décision, y compris le poids respectif de chacun des acteurs.

- **La concurrence:** cette variable nous éclaire sur les efforts simultanés des acteurs à vendre leur choix dans les équipements à acquérir, ce qui peut engendrer certaines rivalités. Cette concurrence peut avoir lieu entre les divers départements concernés d'un hôpital ou encore entre les hôpitaux analysés.

5.3.3 La variable relative aux sources de financement

- **Les ressources financières:** cette variable indique la provenance des fonds de l'hôpital en ce qui concerne spécifiquement l'achat de nouveaux équipements.

- **Les procédures:** cette variable nous permet de connaître les procédures par lesquelles les institutions ont recours aux sources de financement, si elles sont satisfaisantes et si non, quelles seraient les mesures à adopter pour améliorer ces procédures.

5.3.4 Les effets de la technologie sur la pratique et la profession médicales

- **La pratique médicale:** cette variable nous apporte un éclairage sur l'impact du développement technologique sur la pratique médicale, à savoir si la relation médecin-patient a été modifiée, si le type de médecine a évolué dans le sens d'une médecine générale ou une médecine spécialisée, ou encore si de nouvelles formes de pratique médicale se sont instaurées.

- **La profession médicale:** cette variable a pour but de montrer si le développement technologique a modifié la profession médicale et, si oui, quelles ont été les retombées sur la

hiérarchie entre les diverses professions médicales, s'il s'est développé de nouvelles spécialités en médecine, s'il y a eu émergence de nouveaux groupes professionnels tels que les ingénieurs biomédicaux ou autres.

5.4 Application du modèle

Avant d'examiner dans quelle mesure l'analyse de Crozier et Friedberg, telle que nous l'avons étudiée plus tôt, est susceptible de s'appliquer au système social d'un hôpital, une précision méthodologique nous semble opportune. Ce type d'application est réalisable tant au niveau macro-sociologique que micro-sociologique. Dans le premier cas, c'est tout le système de santé qui serait pris en considération, incluant toutes les organisations impliquées de près ou de loin dans les services de santé: ministère de la santé, associations paragonnementales, associations d'hôpitaux, centres hospitaliers, etc. Dans une perspective micro-sociologique, ce type d'analyse serait appliqué au niveau d'un établissement hospitalier dans son entité. C'est cette dernière alternative que nous adopterons pour les fins de notre étude, sans toutefois nier les interactions possibles avec les organismes extérieurs.

Dans le but d'appliquer adéquatement le modèle proposé par Crozier et Friedberg, nous utiliserons de manière complémentaire l'analyse stratégique et l'analyse systémique, afin de pouvoir saisir comment la structure et les règles d'un hôpital influencent les relations entre l'acteur et le système et vice versa. C'est donc un processus dynamique, dans lequel il faut tenir compte à la fois de la stratégie de l'acteur et des contraintes du milieu organisationnel.

5.4.1 Le raisonnement stratégique

Il consiste à déterminer quelle est la stratégie de l'acteur; il s'agit d'une stratégie égoïste, puisqu'elle est pensée en fonction des gains à obtenir par chaque acteur dans la poursuite de ses buts individuels.

Une fois les acteurs identifiés, il est important de connaître leurs stratégies, et la rationalité selon laquelle ces stratégies sont pensées. Ensuite, on déterminera les contraintes objectives auxquelles l'acteur est soumis. À partir de là, nous pourrions découvrir le jeu qui conditionne ses comportements. Finalement, il faudrait voir si ces comportements sont intégrés dans le cadre organisationnel pour enfin établir dans quelle mesure la coopération des autres acteurs joue un rôle dans le comportement de l'acteur; ceci nous permet également de confirmer l'autonomie des acteurs en tant qu'agents libres.

5.4.1.1 Les acteurs et leurs stratégies

Dans la division du travail hospitalier, divers types d'acteurs jouent ou sont susceptibles de jouer un rôle sur la scène de l'hôpital¹⁴¹ :

- a) le personnel médical, constitué principalement des médecins;
- b) le personnel para-médical, qui comprend:
 - i) les infirmières, les spécialistes en thérapie, le personnel de salle;
 - ii) les employés de laboratoire et les autres techniciens;
- c) le personnel responsable du matériel de l'hôpital;
- d) le personnel de secrétariat;
- e) les administrateurs;

141 Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.

- f) le conseil d'administration de l'institution;
- g) les patients.

Étant donné leur degré d'importance dans le cadre de notre étude, nous retiendrons essentiellement le personnel médical, le personnel para-médical et les administrateurs. Les patients, bien qu'ils constituent la raison d'être des institutions hospitalières, ne jouent pas un rôle significatif dans la mesure où ils sont uniquement "de passage" dans ces institutions, ne sont pas organisés socialement, et par conséquent, ne représentent pas un groupe de pression pouvant agir sur le comportement des autres acteurs.

5.4.1.1.1 Les administrateurs

Comme dans la plupart des organisations bureaucratiques, il existe des règles auxquelles doivent se conformer le personnel. Or, ce sont principalement les professionnels de l'administration qui sont les producteurs des règles de l'organisation¹⁴².

Un autre objectif des administrateurs est de maintenir l'équilibre du budget, et pour ce faire, les administrateurs doivent maîtriser les dépenses à l'intérieur de l'hôpital. C'est ainsi que, par exemple, ils "couperont" dans l'achat de certains équipements coûteux, ou encore décideront de la façon dont il faudra utiliser les ressources budgétaires. Le pouvoir qu'ils détiennent est lié à la structure administrative de l'hôpital et suppose une certaine bureaucratie. Les administrateurs ont un pouvoir officiel d'allocation des ressources budgétaires aux divers départements. Ils ont cependant des contraintes auxquelles ils doivent faire face, celles des compressions budgétaires.

142 Rocher, G. (1990). Y a-t-il des normes d'allocation des équipements coûteux en milieu hospitalier? *Revue de Droit*, 20 (2), 219-229.

5.4.1.1.2 Les médecins

L'enjeu des médecins se situe à un tout autre niveau que les administrateurs, puisque leurs préoccupations sont centrées soit autour de leur pratique médicale, dans le but d'assurer un service aux patients, soit autour de la recherche (du moins, pour les hôpitaux de type universitaire). Dans les deux cas, ceci signifie pour le médecin l'acquisition d'équipements permettant un diagnostic précis par exemple, ou un traitement plus efficace, plus rapide, plus sécuritaire, ainsi que des technologies de pointe pour assurer le développement de la recherche. Ceci s'accompagne également d'une demande de ressources humaines et matérielles nécessaires à la poursuite de ces objectifs. Le pouvoir des médecins est situé en partie dans la structure de l'hôpital, mais également, au niveau de la pratique médicale, ils détiennent un pouvoir qui leur a été conféré par la société en tant qu'experts dans le domaine: c'est un pouvoir de compétence et qui, historiquement, a obtenu le monopole de l'exercice de ce pouvoir. Les contraintes du médecin sont plutôt de nature éthique et leur enjeu économique est très relativisé, comparativement aux administrateurs.

À ce stade-ci, nous constatons déjà qu'il existe un grand écart entre ces deux types d'acteurs: une logique différente, des objectifs différents et finalement une culture professionnelle différente, donc une perspective d'action qui sera différente. Cet écart engendrera des tensions entre les acteurs et sera source de conflits dans l'hôpital, puisqu'il y aura toujours des tentatives de domination d'un acteur par l'autre, pour contrôler les zones d'incertitude qui sont nombreuses et mobiles.

Pour les médecins, les administrateurs sont incompétents pour décider de l'allocation budgétaire, étant donné que l'expertise du domaine médical relève des médecins. Quant aux administrateurs, étant donné leur niveau de pouvoir relativement moins élevé que les médecins, mais comprenant malgré tout des contraintes budgétaires, ils vont essayer d'acculturer les médecins en leur inculquant une fonction administrative. L'intégration des médecins au processus administratif aura pour effet de faire pencher la balance du pouvoir du médecin vers celle de l'administrateur et ce dernier s'en constituera ainsi un allié.

5.4.1.1.3 Les ingénieurs bio-médicaux

Ils sont les spécialistes des équipements médicaux. Ils possèdent l'expertise pour déterminer le choix d'un équipement, selon des standards qu'ils établissent. Ces acteurs sont donc des producteurs de normes dans l'hôpital, tout comme les administrateurs également. Afin de pouvoir travailler avec ces deux producteurs de normes, les médecins sont obligés de s'acculturer, s'ils souhaitent établir une relation viable.

Comme le soulignent Machabée et Rocher¹⁴³, les ingénieurs bio-médicaux, faisant partie des nouvelles professions engendrées par le développement des nouvelles technologies, se sont accaparés d'un certain pouvoir que détenaient auparavant les médecins: celui de décider des normes et des standards dans l'acquisition des équipements, au risque d'engendrer des frictions entre les deux groupes professionnels.

¹⁴³ Machabée, L. et Rocher, G. (1994). Une profession du développement technologique: l'émergence de l'ingénieur biomédical en milieu universitaire et hospitalier. In: R. Côté et G. Rocher (dir.). *Entre droit et technique*, pp. 75-95. Montréal: Les Éditions Thémis.

5.4.1.1.4 Les infirmières

La fonction de ces acteurs est de dispenser des soins aux patients. Contrairement aux ingénieurs bio-médicaux qui se rangent plutôt du côté des administrateurs, les infirmières ont un double enjeu: d'une part, elles doivent donner les traitements et les soins prescrits par les médecins; d'autre part, elles ont à gérer leur service. Cette double responsabilité confère aux infirmières un rôle d'adjoint aux autorités médicales et administratives, ce qui les place au centre des conflits.

Par contre, par leur statut professionnel et leurs connaissances sur l'état des patients, les infirmières peuvent négocier avec les médecins et ceci constitue pour elles un avantage stratégique. Comme l'affirme Freidson¹⁴⁴, la position des infirmières n'est pas facile puisque, se trouvant entre des forces antagonistes, elles peuvent faire pencher d'un côté ou de l'autre l'équilibre des forces en présence.

Ce modèle d'analyse stratégique nous permet de constater que deux sous-systèmes prévalent dans le système hospitalier: le sous-système administratif et le sous-système médical, et à l'intérieur de chacun d'eux, se placent les différents acteurs en présence dans l'hôpital.

144 Freidson, E. (1984). *Op. cit.*, p. 135.

5.5 Les limites de la recherche

Les résultats de cette étude doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites.

La première limite est constituée par le type des répondants rejoints. Les entrevues n'ont pas été réalisées avec toute la population des "décideurs" des deux institutions hospitalières francophone et anglophone, mais uniquement avec les chefs des départements qui me semblaient importants et pertinents sur le plan de leur spécialité au sein de l'hôpital ou encore sur le plan de l'utilisation des nouvelles technologies médicales. Quant à l'appartenance ethnoculturelle des répondants, le choix n'a pas été planifié précisément selon ce facteur, puisque déjà le choix d'un hôpital francophone et d'un hôpital anglophone impliquent naturellement des acteurs qui soient majoritairement de leur groupe linguistique et ethnoculturel.

Enfin, la seconde limite pourrait provenir du fait que je n'ai pas examiné tous les indicateurs des différences culturelles, mais uniquement ceux qui s'intègrent dans l'hypothèse selon laquelle les nouvelles technologies médicales sont un facteur de convergence des milieux hospitaliers francophones et anglophones. Ce sont donc des indicateurs tels que l'université fréquentée par les médecins, le lieu de spécialisation, la langue de publication des articles, les lieux de publication des articles, les lieux des conférences, etc. qui ont été retenus.

5.6 Conclusion

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai choisi d'appliquer le modèle théorique de Crozier et Friedberg à mon étude de cas. À partir des différentes variables que j'ai identifiées dans ce chapitre, je tenterai de démontrer, dans la partie empirique qui suit, de quelle manière s'organise le système social d'un hôpital, en tenant compte des relations qui existent entre l'acteur et le système. En quoi le comportement des acteurs est-il rationnel? Et plus la connaissance de l'acteur sur la structure et les règles du jeu de l'hôpital sera importante, plus son pouvoir d'action sera considérable, notamment en ce qui a trait au processus décisionnel relatif à l'acquisition des nouvelles technologies médicales.

J'entreprendrai donc une analyse comparée qui sera ancrée à des thèmes que je privilégierai selon des choix basés sur des considérations sociétales et organisationnelles, tels que:

- les priorités accordées par chaque institution à l'acquisition des nouvelles technologies;
- la structure formelle/informelle de chacune des institutions;
- la structure décisionnelle de chacune des institutions;
- les sources de financement de chacune des institutions;
- les effets de la technologie sur la pratique et la profession médicales;
- le rôle de la fondation de chaque institution.

DEUXIÈME PARTIE

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Chapitre 6

Méthodes et démarches de recherche

L'objectif de cette recherche est d'expliquer en quoi les différences culturelles de deux milieux hospitaliers, francophones et anglophones, ont un effet sur le processus décisionnel relatif à l'acquisition de nouvelles technologies médicales. L'approche méthodologique que nous avons choisie pour atteindre notre objectif est celle de l'étude de cas. Ce choix est dû au fait que l'étude de cas comporte l'avantage d'exposer une situation réelle en effectuant une analyse en profondeur des données recueillies. Il s'agit de l'analyse qualitative des données, comprenant les étapes de condensation des données, de présentation des données et de l'élaboration et la vérification des conclusions¹⁴⁵.

Dans notre recherche doctorale, nous avons choisi d'analyser deux hôpitaux ayant une vocation similaire et des objectifs communs, ceux de dispenser des soins aux enfants. Il s'agit de l'Hôpital Sainte-Justine comme hôpital francophone, et l'Hôpital de Montréal pour enfants, comme hôpital anglophone.

Brièvement, au Québec, les hôpitaux sont perçus comme des institutions de services publics. Au sein de ces institutions, la multiplicité des groupes professionnels est susceptible de créer des conflits au niveau des rapports de pouvoir entre les spécialités médicales, mais également entre les administrateurs, les médecins, les infirmières et les ingénieurs biomédicaux, pour ne citer que les groupes les plus importants. À cette complexité des rapports s'ajoute l'introduction des nouvelles technologies médicales dont les coûts sont très

¹⁴⁵ Nous avons principalement utilisé l'ouvrage de Huberman, M.A. et Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.

élevés. À qui incombe-t-il de décider quel équipement acquérir? Au médecin qui se définit comme étant le spécialiste des soins? À l'administrateur qui se dit responsable de la gestion des fonds? Ou à l'ingénieur biomédical qui, se prétendant expert dans cette nouvelle profession médicale, pense avoir son mot à dire quant à l'équipement à acquérir? De plus, selon quel ordre de priorités l'équipement devrait-il être choisi? Toutes ces questions représentent un enjeu de taille puisque, les ressources étant rares, il est important d'effectuer de bons choix dans les décisions à prendre.

De façon plus concrète, brosons un portrait des deux hôpitaux qui ont été examinés pour analyser les deux cultures hospitalières qui ont prévalu au Québec pendant une certaine période de temps.

6.1 Caractéristiques des deux milieux hospitaliers

Pour éviter de commettre des erreurs d'interprétation touchant leurs objectifs et leur mission en tant qu'institutions de santé, voici comment les hôpitaux se définissent eux-mêmes à travers leurs rapports annuels ainsi que leurs propres publications.

6.1.1 L'Hôpital Sainte-Justine

Précisons tout d'abord que l'Hôpital Sainte-Justine a pris naissance en 1907 à partir d'un besoin ressenti par plusieurs femmes bénévoles, de venir en aide aux enfants malades. Il s'agissait d'un travail organisé, dont la présidente était Justine Lacoste-Beaubien¹⁴⁶. Dans

¹⁴⁶ Forget, N., Harel Giasson, F., Séguin, F. (1995). *Justine Lacoste-Beaubien et l'Hôpital Sainte-Justine*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

ce contexte, comme le souligne Charles¹⁴⁷, ... *le bénévolat est carrément intégré aux structures de Sainte-Justine dans leur ensemble.*

Une année plus tard, en 1908, est fondé l'Hôpital Sainte-Justine, par la *Loi constituant en corporation l'Hôpital Sainte-Justine*. Dès le début, l'hôpital s'était fixé trois objectifs principaux: celui d'être un hôpital spécialisé pour le soin des enfants malades; celui d'avoir une vocation provinciale; et enfin, celui de faire de l'enseignement. En tant que centre de santé infantile et maternelle, il a pour but de mettre ses énergies, ses connaissances et sa haute technologie au service du Québec, en offrant une expertise ayant des retombées nationales et internationales, des soins pédiatriques à la grandeur du Québec, une source de référence en santé infantile et maternelle, des programmes de prévention active et des soins hautement spécialisés.

Dans son rapport sur les *Orientations 1985-1990*¹⁴⁸, l'Hôpital Sainte-Justine se définit en tant que centre de recherche et d'enseignement, affilié à l'Université de Montréal; à cet effet, il travaille au développement des services pédiatriques au Québec: grâce à ses équipes surspécialisées, il offre un savoir et une technologie en constante évolution ainsi que des travaux de recherche clinique et fondamentale dans plus de cinquante domaines.

L'Hôpital Sainte-Justine est situé à Montréal; ses patients sont constitués d'enfants (56%) et d'adolescents de 15 à 19 ans (12%) ainsi que de patientes au département d'obstétrique/gynécologie; cependant, sa population ne correspond pas à celle de cette région. En effet, dans le cas des enfants et des adolescents par exemple, ceux-ci proviennent de toutes les régions du Québec (53% de l'île de Montréal ou de l'île de Laval; 37% des zones métropolitaines périphériques et 10% des autres régions).

147 Charles, A. (1990). *Travail d'ombre et de lumière. Le bénévolat féminin à l'Hôpital Sainte-Justine 1907-1960*. Québec: Institut Québécois de recherche sur la culture, p. 46.

148 Hôpital Sainte-Justine. *Orientations 1985-1990*.

Quant aux soins dispensés, l'Hôpital Sainte-Justine fait un effort croissant dans le but de favoriser toujours des alternatives à l'hospitalisation: en effet,

Les services alternatifs à l'hospitalisation s'inscrivent dans une approche clinique qui favorise l'autonomie du bénéficiaire, une plus grande participation de la famille dans les soins, la multidisciplinarité entre les intervenants et la complémentarité avec les divers établissements de santé et d'enseignement ¹⁴⁹.

Jusqu'au milieu du XXe siècle, l'Hôpital Sainte-Justine était considéré, comme d'ailleurs plusieurs autres hôpitaux francophones au Québec, comme une institution de bienfaisance, ayant pour but de soigner les démunis de la société. C'est l'Église, avec ses principes de charité chrétienne, qui contrôle alors tout le système hospitalier francophone, malgré sa situation financière précaire. En 1957, 80% des centres de soins demeurent sous la direction des communautés religieuses qui assument diverses fonctions (administratives, techniques, infirmières et d'entretien général)¹⁵⁰. Ce n'est qu'à partir de cette période que cet hôpital devient une entreprise laïque à gérer, où l'efficacité et le professionnalisme sont de rigueur. Petit à petit, le fonctionnement des hôpitaux est réglementé et les revenus proviennent essentiellement de l'État. De l'oeuvre de bienfaisance qu'il était, cet hôpital se transforme petit à petit en une institution de soins financée par l'État.

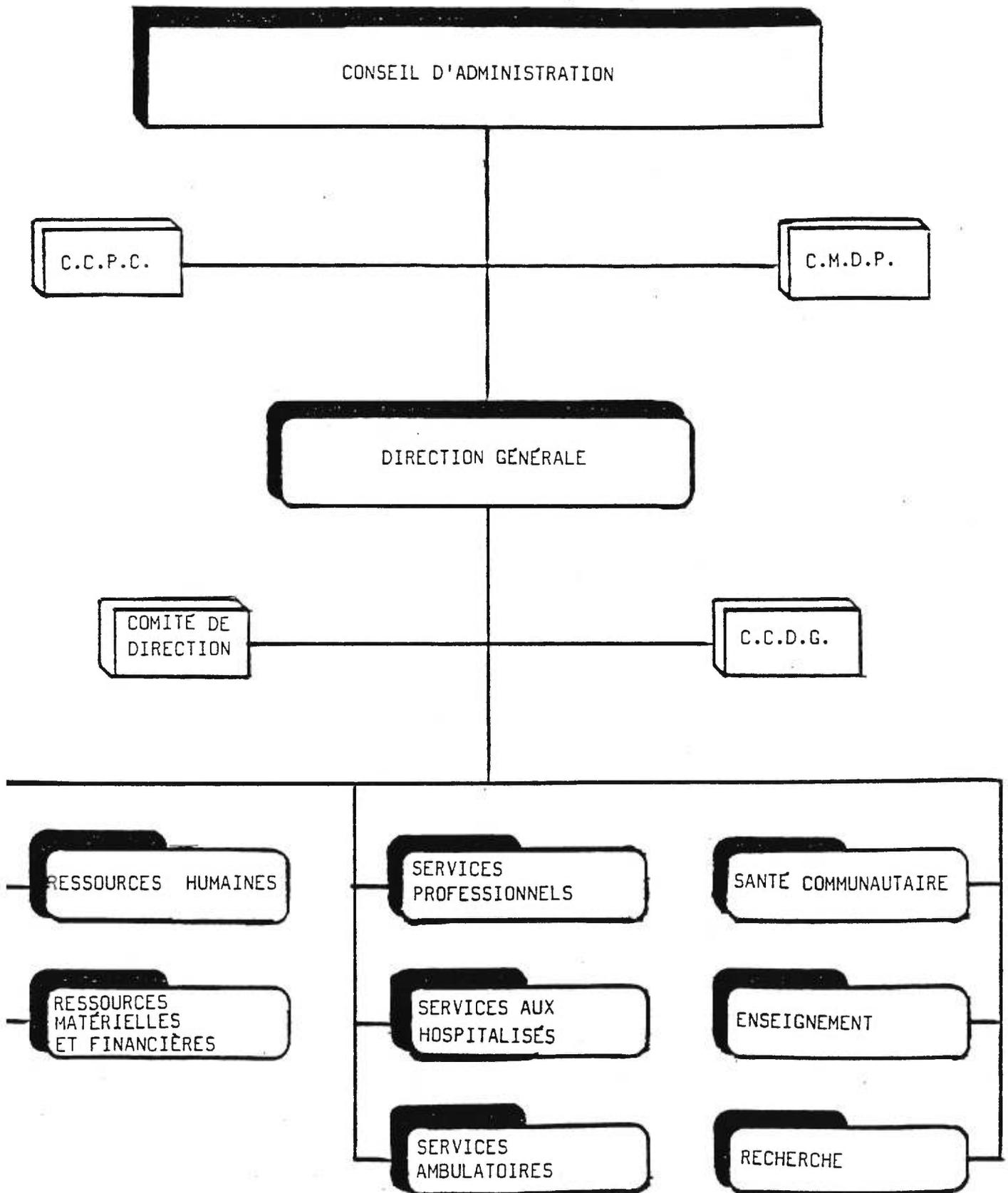
Au Québec, la pratique des soins infirmiers connaît une longue tradition de services offerts par des femmes instruites, ayant une vocation religieuse. En ce qui concerne les sources de revenus de l'hôpital, alors qu'en 1908, la moitié des revenus provenaient de souscriptions et de donations, cette proportion diminue à 5% en 1959. On fait alors appel à des subventions du gouvernement tout en conservant une certaine autonomie.

En 1992, l'organigramme de l'Hôpital Sainte-Justine est le suivant:

149 Hôpital Sainte-Justine. *Rapport annuel 1987-1988*.

150 Charles, A. (1990). *Op. Cit.*

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE L'HOPITAL SAINTE-JUSTINE



6.1.2 L'Hôpital de Montréal pour enfants

L'Hôpital de Montréal pour enfants a été fondé en 1904. Il a pour objectif de voir à la santé, à la prévention et au traitement de la maladie des enfants. Depuis 1920, il est reconnu par l'Université McGill comme centre d'enseignement sur les maladies infantiles: il a donc pour but de fournir un enseignement et de favoriser la recherche afin d'améliorer le soin aux enfants.

Géographiquement, l'Hôpital de Montréal pour enfants est situé au centre-ville de Montréal, à proximité d'un métro, ce qui facilite le transport. Selon le *Rapport annuel des départements et services pour l'année finissant le 31 mars 1986*¹⁵¹, les patients de l'Hôpital de Montréal pour enfants sont constitués par une population très hétérogène, provenant de nombreux groupes ethniques.

Scriver¹⁵² retrace l'évolution de l'Hôpital de Montréal pour enfants depuis le tout début de sa fondation, alors qu'il s'appelait *The Children's Memorial Hospital*, jusqu'à il y a une quinzaine d'années, donc soixante-dix ans plus tard. Selon l'auteure, bien qu'il s'agisse là d'une initiative de la communauté anglophone de faire avancer la médecine pédiatrique à Montréal, il n'en demeure pas moins que cela s'est produit au sein d'un processus d'interactions entre francophones et anglophones de Montréal pour atteindre cet objectif¹⁵³.

151 Hôpital de Montréal pour enfants. *Rapport annuel des départements et services pour l'année finissant le 31 mars 1986 (distribution interne)*.

152 Scriver, Jessie boyd (1979). *The Montreal Children's Hospital. Years of Growth*. Montreal: McGill-Queen's University Press.

153 Ceci est également confirmé par le directeur du Centre de recherche pédiatrique de l'Hôpital Sainte-Justine, le Dr. Claude C. Roy, qui affirme dans l'Avant-propos de l'ouvrage: *En retraçant l'histoire du Montreal Children's Hospital, elle (Scriver) ne manque pas de signaler la collaboration des pédiatres d'expression anglaise avec ceux de langue française et l'imbrication progressive des deux grands hôpitaux pédiatriques du Québec. Son message nous engage à jeter des ponts à tous les niveaux et à amarrer l'une à l'autre le Montreal Children's Hospital et l'Hôpital Sainte-Justine afin de mieux servir la cause des enfants.*

Voici deux des nombreux exemples que l'auteure présente pour illustrer cette collaboration: lorsque le *Children's Memorial Hospital* a été reconnu comme un des hôpitaux universitaires de l'Université McGill en 1920, des médecins de la communauté médicale francophone ont alors été ajoutés au personnel consultant de l'hôpital anglophone. De même, lors de l'épidémie de poliomyelitis (paralysie infantile) en 1931, les deux hôpitaux (le *Children's Memorial* et l'Hôpital Sainte-Justine) ont fait un appel commun au gouvernement pour demander de l'aide financière afin de soigner les patients atteints de cette maladie.

En établissant une médecine pédiatrique, les enfants n'étaient désormais plus traités comme de jeunes adultes; au contraire, leur physiologie, biochimie ainsi que toutes les spécificités relativement à leur âge pouvaient être prises en considération. Cette initiative était entreprise en collaboration avec l'Université McGill qui transmettait l'enseignement et envoyait des étudiants résidents en médecine.

Au départ, étant donné les difficultés financières, c'est grâce à un comité de dames qui sont très actives dans la levée de fonds pour l'hôpital, par l'organisation de danses, de soirées, de bazars ou d'autres divertissements que des contributions sont obtenues de diverses sources: écoles anglophones, clubs de hockey, banques, familles laissant des legs, etc. Sriver¹⁵⁴ décrit les diverses stratégies diverses qui sont adoptées pour obtenir des donations, comme par exemple le fait que tous les donateurs de 500\$ et plus peuvent être éligibles aux élections en tant que gouverneurs à vie.

Graduellement, le Conseil d'administration de l'hôpital, avec la Commission des écoles protestantes, décident de mettre sur pied une école pour les enfants handicapés, le *School for Crippled Children*, qui ouvrit ses portes en 1916 avec sept élèves. Les problèmes médicaux des enfants fréquentant cette école étaient traités par les membres de l'hôpital. De

154 Sriver, Jessie boyd (1979). *Op. cit.*

plus, ce dernier a petit à petit établi des services hospitaliers externes. Les statistiques de l'hôpital indiquent une hausse considérable du nombre de patients admis à l'hôpital, compte tenu du fait qu'on ne refusait aucun enfant, quelle que fût la situation financière des parents, à savoir s'ils étaient en mesure de payer les honoraires ou non.

À la fin de la Première guerre mondiale, les revenus provenant de dons de charité vont en augmentant. En 1920, on procède à la réorganisation de l'administration de l'hôpital et l'Université McGill, bénéficiant d'un grand prestige, reconnaît le *Children's Memorial Hospital* comme hôpital d'enseignement de la Faculté de médecine. Cette reconnaissance formelle s'accompagna d'un élargissement du personnel consultant de l'hôpital, à savoir deux personnes de la communauté médicale anglophone et deux autres de la communauté médicale francophone. Quant à leurs besoins en équipements, ils sont assumés en grande partie, durant cette période, par un hôpital général.

À cette époque, il existe déjà une certaine collaboration entre les institutions hospitalières francophone et anglophone: par exemple, lors de l'épidémie de polio en 1931, ces deux hôpitaux s'entendent pour faire un appel conjoint au gouvernement pour recevoir une certaine aide financière et sont favorablement reçus.

Il est certain qu'avec les progrès qu'a connu le domaine médical, les besoins en équipements de laboratoire ne cessaient d'augmenter. Après quelques années d'expansion, l'administration de l'hôpital prit deux décisions importantes. Tout d'abord, elle décida, en 1932, de procéder à une fusion avec le *Montreal Foundling and Baby Hospital*, étant donné que ce dernier connaissait des difficultés financières. La seconde décision était d'acquérir le *Montreal Children's Hospital*, qui avait été fondé en 1920 par les docteurs Charles et Albert Vipond ainsi que le docteur Duncan Anderson et qui, en 1925, n'était plus en mesure de subvenir aux exigences de patients. Cette acquisition fut effective en 1940 et le *Montreal Children's Hospital* devient alors une branche du *Children's Memorial Hospital*.

En 1939, le Canada se trouve encore une fois dans la guerre mondiale, ce qui a des répercussions sur les hôpitaux: insuffisance de lits, salles de chirurgie utilisées à temps plein, manque de professionnels, etc. À la fin de la guerre, des restructurations majeures sont entreprises dans la mesure où les ressources sont limitées et, en bref, le Conseil d'administration décide d'intégrer graduellement les deux hôpitaux. En 1956, on change également la dénomination sociale pour celle de *Montreal Children's Hospital*.

Relativement aux équipements médicaux, dès 1945, l'hôpital a dû faire l'acquisition de nouveaux équipements tout comme les chercheurs ont développé de nouvelles techniques dans le laboratoire de biochimie où la demande était forte. De nouvelles investigations étaient effectuées dans le domaine des fonctions cardiaques, avec la collaboration de professeurs de l'Université McGill. Dans tous les départements, des efforts étaient déployés en vue de maintenir les connaissances médicales à la fine pointe. Les nouveaux équipements étaient achetés soit avec les fonds de l'hôpital, soit avec des donations spéciales. Il est certain que la communauté scientifique de l'Université McGill a beaucoup contribué au développement de l'hôpital. En 1951, l'hôpital fait l'acquisition du premier électroencéphalographe, grâce à une subvention du *Canadian Legion March of Dimes Fund*. Plusieurs départements sont mis sur pied: départements de génétique, de chirurgie, d'anesthésie, d'ophtalmologie, d'otolaryngologie, d'orthopédie, de chirurgie plastique, d'urologie, etc. C'est en 1956 que finalement, après maintes tentatives, l'hôpital déménage de l'avenue Cedar à la rue Tupper, site qu'il occupe toujours aujourd'hui.

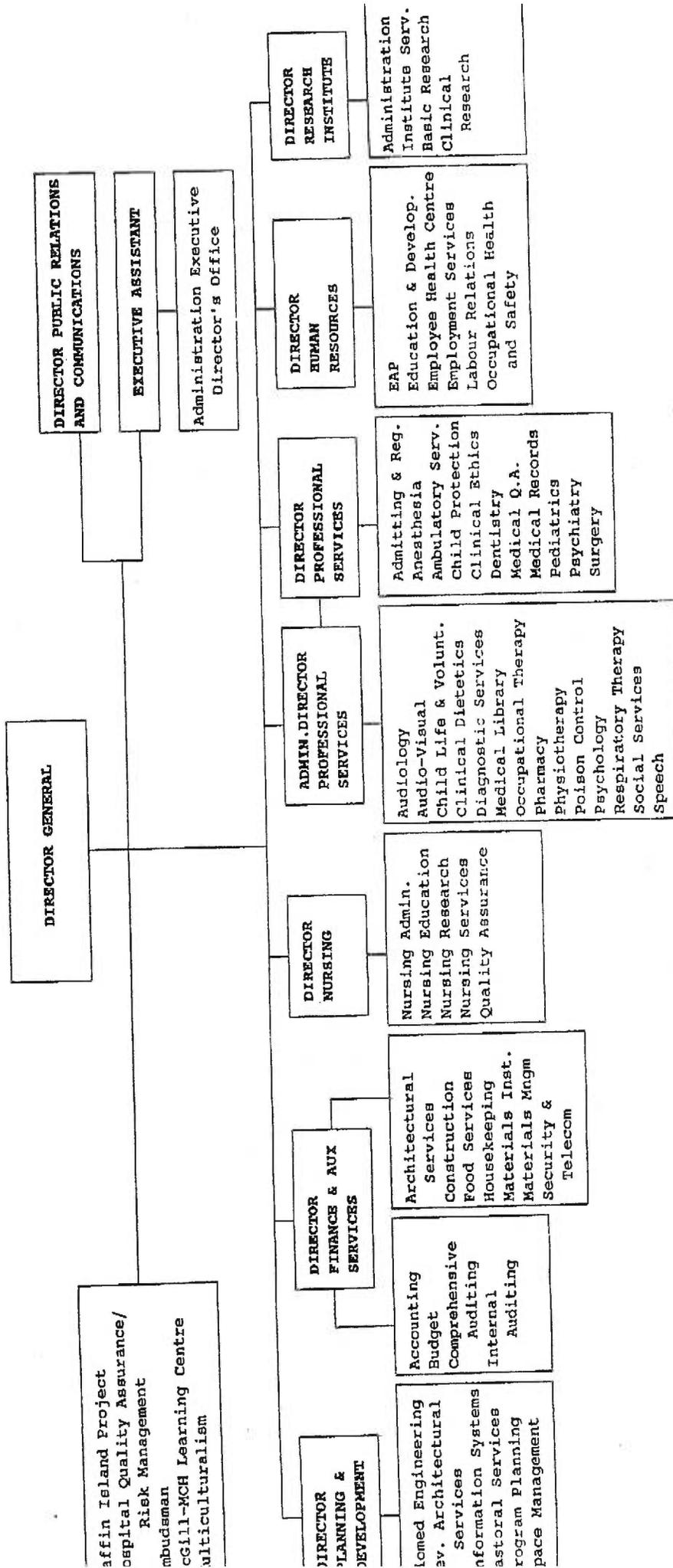
Selon Scriver¹⁵⁵, la préoccupation première de l'hôpital était le service à la communauté, bien que les administrateurs étaient conscients qu'ils ne pouvaient combler tous les besoins. En 1957, une garderie bien équipée pour enfants prématurés est mise sur pied,

155 Scriver, Jessie Boyd (1979). *Op. Cit.*

afin de pouvoir accueillir les enfants à risque, et celle-ci devint plus tard le département de néonatalogie. En 1958, l'hôpital était reconnu par la Ville de Montréal comme Centre de contrôle des empoisonnements. En 1959, l'hôpital a accueilli plus de 2000 pédiatres à l'occasion du IXe Congrès international de pédiatrie. En 1961 est mis sur pied le programme d'assurance-maladie du Québec qui permettait aux patients de recevoir des soins sans avoir à les payer de façon directe; cependant, le gouvernement provincial ne pouvait assumer les déficits accumulés par l'hôpital durant les années antérieures et recommandait donc de procéder à des campagnes de financement. Plus tard, l'hôpital commença à recruter des chercheurs de renommée internationale. Et en 1965 est établi l'Institut de recherche Université McGill-Montreal Children's Hospital dans le but de faire avancer la recherche médicale.

Actuellement, l'Hôpital de Montréal pour enfants détient l'organigramme suivant:

**MONTREAL CHILDREN'S HOSPITAL
ORGANIZATION CHART**



390 C5 04

FIGURE 4

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE
L'HOPITAL DE MONTREAL POUR ENFANTS

6.1.3 Comparaison des deux institutions hospitalières

À partir de ces données, si nous comparons aujourd'hui les deux institutions, au niveau de leur grandeur, l'Hôpital Sainte-Justine détient environ le double de lits de l'Hôpital de Montréal pour enfants (645 contre 233, en 1992). De même, en ce qui concerne leur clientèle, l'Hôpital Sainte-Justine dessert une clientèle provinciale, tandis que l'Hôpital de Montréal pour enfants attire une clientèle montréalaise multi-ethnique. Malgré ces deux aspects qui auraient pu constituer des limites à la comparaison de nos deux hôpitaux, il n'en demeure pas moins qu'au niveau de l'acquisition des nouvelles technologies, ce sont deux hôpitaux qui sont en concurrence et établissent des priorités dans le choix de leurs équipements ultra-spécialisés. De quelle manière procèdent-ils?

Dans les deux milieux, une liste des priorités est établie par l'institution et se rapproche beaucoup du modèle préconisé par les consultants américains, dans la mesure où il existe une planification quinquennale qui est adoptée et respectée, et l'acquisition de nouveaux équipements est - du moins de façon formelle - soumise à la décision du Conseil de la Régie de la Santé et des Services sociaux. Quoi qu'il en soit, le processus décisionnel demeure difficile dans les deux institutions, puisque les acteurs y sont nombreux et les enjeux considérables.

Donc, en conclusion, même si les deux hôpitaux ont plusieurs points de similarité étant donné que la vocation pédiatrique est la même, il n'en demeure pas moins qu'ils se distinguent sur certains aspects, tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Comparaison des hôpitaux francophones et anglophones

Éléments de comparaison	Hôpital francophone	Hôpital anglophone
Taille	- 645 lits (1992)	- 233 lits (1992)
Clientèle	- provinciale - francophone	- montréalaise/multi-ethnique - anglophone/allophone
Spécialités	- obstétrique gynécologie (environ 4000 accouchements par année) - santé communautaire (vocation mère-enfant)	- multiculturalisme
Mode de recrutement des médecins	- tendance à recruter les médecins à Montréal	- tendance à recruter les médecins en Amérique du Nord
Formation des médecins	- dans le passé, formation médicale reçue en France et en Europe	- dans le passé, formation médicale reçue aux États-Unis
Gestion des hôpitaux	- dans le passé, la gestion était assurée par des communautés religieuses	- dans le passé, la gestion était assurée par la communauté anglophone montréalaise
Sources de financement	- sources étatiques en majorité - sources privées	- sources privées en majorité - sources étatiques

6.1.4 Les deux cultures hospitalières

La principale caractéristique qui ressort de l'histoire des deux hôpitaux est la provenance de leurs sources de financement. Alors qu'en milieu anglophone, on fait appel très tôt aux sources de revenus privées permettant ainsi une autonomie de fonds, dans le milieu francophone cet aspect est davantage mis de côté, surtout à partir des années 1960 lorsque le gouvernement décide de prendre en charge le domaine de la santé. Cette différence pourrait certainement relever de facteurs culturels, puisque les francophones ont davantage une tradition qui reconnaît le système réglementaire, tandis que les anglophones sont plus réticents à entrer dans le système étatique. Dans le cas du milieu francophone, nous pouvons observer qu'il y a eu un transfert des règles de l'Église vers celles de l'État.

Sous un angle structurel, nous pouvons observer que l'hôpital francophone est deux fois plus grand que l'hôpital anglophone. Sur le plan de leurs spécialités, notons que l'hôpital anglophone détient un département de multiculturalisme qui permet de gérer plus facilement les différentes coutumes et croyances associées à la santé, compte tenu de sa clientèle multiethnique. Il est également important de souligner que ces deux hôpitaux sont en concurrence, ce qui signifie qu'indépendamment des différences que l'on trouvera, on observera des facteurs de compétitivité présents dans les deux institutions.

6.2 Démarche de recherche et d'analyse

Les répondants ont été choisis parmi les personnes qui ont participé au processus de prise de décision quant à l'acquisition d'équipements, soit: des médecins chefs de département, des administrateurs de la santé, des infirmières, des ingénieurs bio-médicaux,

des membres du CMDP¹⁵⁶ ainsi que d'autres professionnels de la santé. Ces répondants ont principalement été identifiés selon un processus de nomination provenant des administrateurs.

Dans les deux sites analysés, nous avons essayé, dans la mesure du possible, d'interviewer des personnes occupant le même type de poste. Par exemple, nous aurons des directeurs de départements similaires dans les deux hôpitaux.

6.2.1 Sources de données

Les données recueillies dans cette étude proviennent de différentes sources :

1. les entrevues avec les répondants;
2. le matériel documentaire recueilli dans les hôpitaux, tels que des documents internes ou la liste de priorités dans le choix des équipements à acquérir;
3. le curriculum vitae des personnes interviewées, nous permettant de recueillir des données sur le lieu de formation, de publication et de stage des professionnels;
4. l'organigramme des hôpitaux, afin de comparer leur structure organisationnelle.

6.2.1.1 Les entrevues

Pour réaliser cette recherche, trente entrevues enregistrées ont été réalisées dans les deux hôpitaux, soit l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants. La confidentialité et l'anonymat des entrevues ont été assurées dès le début de la recherche.

156 Il s'agit du Conseil des médecins et dentistes de la province de Québec.

Les entrevues étaient semi-structurées, et avaient pour but d'obtenir des discours qui relèvent de la propre perception des interviewés ainsi que de leurs différents niveaux d'expérience. Lors de l'entrevue, on demandait aux interviewés de décrire le processus d'acquisition des nouvelles technologies dans leur hôpital respectif, ou dans leur département, selon le cas (voir: Guide d'entretien, Annexe I). Le guide d'entrevue était mon instrument de recherche principal. Il m'a permis de réaliser trente entrevues semi-structurées en allant en profondeur auprès de personnes impliquées dans le processus de prise de décision lors de l'acquisition de nouvelles technologies médicales en milieu hospitalier. Le guide contenait effectivement plusieurs volets. Le premier volet a permis de connaître la politique d'acquisition des nouveaux équipements ainsi que le processus de prise de décision lors de cette acquisition. Le second volet renseignait sur les ressources financières des deux milieux hospitaliers. Le troisième volet informait sur l'évaluation de l'état actuel des technologies dans chacun des hôpitaux. Le quatrième volet permettait de saisir l'effet des technologies médicales sur la pratique et la profession médicales. Les comités d'éthique étaient abordés dans un cinquième volet. Le sixième volet fournissait des renseignements sur la fondation de chaque hôpital analysé. Le septième volet ramassait des informations sur le cheminement professionnel de la personne interviewée. Pour terminer, la perception que les interviewés avaient des différences entre les deux milieux hospitaliers était collectée.

L'objectif du matériel documentaire recueilli a été d'enrichir les données sur les différentes étapes de la prise de décision. Enfin, le curriculum vitae de chaque répondant m'a donné la possibilité de comparer différentes variables, dont les lieux de formation ou de publication des professionnels interviewés, par exemple.

Les tableaux suivants illustrent le nombre d'entrevues par hôpital ainsi que les départements dans lesquels les entrevues ont été effectuées:

Tableau 2: Nombre d'entrevues par site

Site	Nombre d'entrevues
HSJ	15
HME	15
Total	30

Tableau 3: Nombre d'entrevues par département

Départements	Nombre d'entrevues
Anesthésie/Néphrologie/Neurologie	3
Centre de recherche	3
CMDP	2
Direction générale	2
DSP	2
Fondation	2
Génétique	3
Génie biomédical	4
Néonatalogie	2
Pédiatrie	2
Radiologie	3
Soins infirmiers/Services aux hospitalisés	2
Total	30

6.2.1.2 Période de cueillette des données

Les entrevues ont été menées en 1988 et en 1989, et leur durée variait en moyenne entre une heure et une heure trente. Cependant, tout au long de l'étude, le contact a été maintenu avec les deux hôpitaux afin de recueillir de la documentation ou d'avoir des rencontres informelles dans le but de préciser certains aspects de la recherche.

Par ailleurs, le délai écoulé d'environ dix ans depuis la fin de nos entrevues constitue une limite à notre recherche, dans la mesure où nous avons assisté à une évolution du contexte social, des choix budgétaires, etc.

6.2.1.3 Procédure d'analyse des données

L'analyse entreprise dans le cadre de cette recherche est de nature qualitative. En effet, les données recueillies nous permettent d'examiner en profondeur le contenu des discours recueillis lors des entrevues. À travers une analyse de contenu de ces différents discours, une comparaison est établie entre les perceptions des répondants des deux milieux hospitaliers.

C'est donc, à travers une étude de cas comprenant deux unités d'analyse que l'ensemble des relations existant entre les variables d'intérêt sera examinée. Notons que la profondeur de l'analyse de cas contient une puissance explicative non négligeable, puisqu'elle permet d'atteindre différents niveaux d'analyse, tels que:

- la structure organisationnelle de l'hôpital;
- la structure formelle/informelle de l'hôpital;
- le choix des nouvelles technologies dans l'hôpital;
- le système de valeurs adopté par les acteurs dans l'hôpital;
- l'organisation bureaucratique incluant ses diverses composantes.

L'analyse des données est essentiellement réalisée à partir d'un codage thématique des entrevues par site¹⁵⁷. Le type de matériau recueilli est le discours de personnes impliquées dans la prise de décision dans les milieux hospitaliers francophones et anglophones. Ces discours sont totalement en français dans le milieu hospitalier francophone, alors qu'ils sont

157 Huberman, M.A. et Miles, M.B. (1991). *Op. Cit.*

ou en français ou en anglais en milieu anglophone. Il va de soi que certaines personnes sont plus bavardes que d'autres; on peut effectivement noter une différence sur ce plan entre les deux milieux, à savoir qu'en milieu francophone, les personnes sont davantage portées à exprimer leurs points de vue sur une question donnée qu'en milieu anglophone. Sur le plan du contenu également, on perçoit une différence dans l'expression des francophones versus celle des anglophones: par exemple, le processus informel d'acquisition des nouvelles technologies médicales est moins élaboré en milieu anglophone qu'il ne l'est en milieu francophone.

Cependant, il est important de mentionner que l'analyse des données a posé certaines difficultés: tout d'abord, puisque la majeure partie des répondants ont des tâches administratives, il a été difficile de décider de la catégorie à laquelle ces répondants appartiennent: sont-ils des médecins, des administrateurs ou bien des professionnels de la santé? La position pour laquelle j'ai opté consiste à définir un administrateur comme la personne dont la fonction majeure consiste en des tâches administratives. Par exemple, un directeur des services professionnels consacre plus de temps aux tâches administratives qu'un médecin chef de département; le premier sera donc classé comme administrateur tandis que le second sera traité comme médecin lorsqu'on abordera ses activités professionnelles, et administrateur dans son rôle administratif.

Ainsi, à partir des données recueillies, je regrouperai les répondants en sept catégories: les administrateurs, composés de directeurs généraux et de directeurs des services professionnels, les médecins (chefs de départements) provenant de départements gros utilisateurs de nouvelles technologies médicales, les médecins (chefs de départements) des autres départements, les directeurs des centres de recherche, les directeurs des soins infirmiers, les directeurs des services de génie biomédical et enfin les directeurs des fondations.

Je retiendrai donc les catégories suivantes:

1. les administrateurs
2. les médecins de départements gros utilisateurs de nouvelles technologies médicales
3. les médecins des autres départements
4. les chercheurs
5. les infirmières
6. les ingénieurs biomédicaux
7. les responsables des fondations.

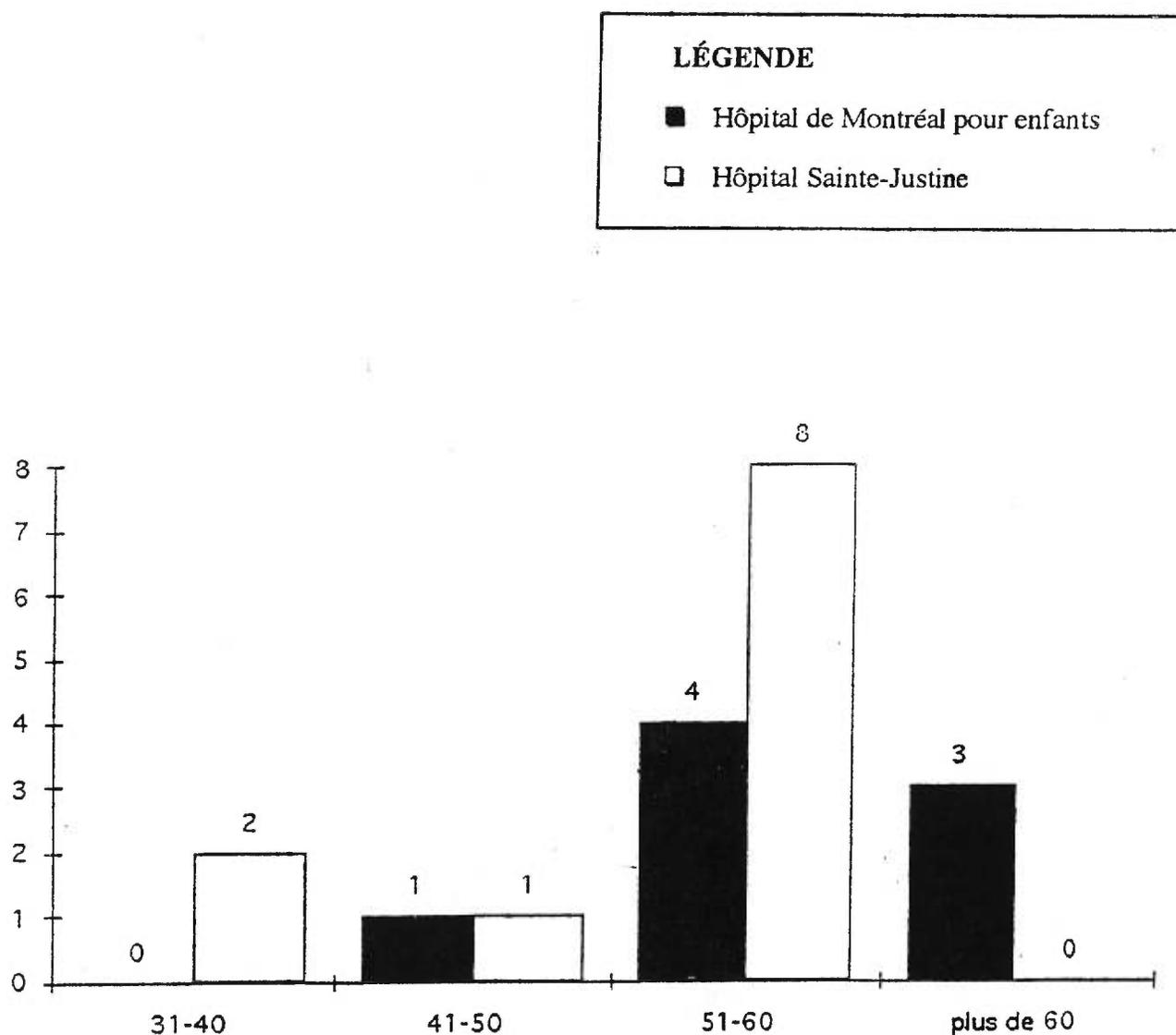
Pour les fins de mon analyse, j'ai distingué les départements qui sont des gros utilisateurs de nouvelles technologies médicales, de ceux qui en moins besoin. Ainsi, à l'Hôpital Sainte-Justine, selon les administrateurs interviewés, les coûts majeurs en équipements se situent dans le domaine de l'imagerie médicale (département de radiologie), tandis que d'autres départements tels que la néonatalogie, les soins intensifs, les soins intermédiaires, l'obstétrique ou la salle d'opération requièrent de nombreux équipements très spécialisés, mais moins coûteux. À l'Hôpital de Montréal pour enfants, c'est également le département de radiologie qui constitue le gros utilisateur des nouvelles technologies médicales.

6.3 Portrait des répondants

Avant d'effectuer le portrait des répondants, il est important de noter que les pourcentages énoncés dans le texte doivent être considérés avec prudence, puisque les répondants ne sont pas nécessairement représentatifs de tout le personnel de l'hôpital, le but de l'analyse n'étant pas d'obtenir une représentativité mais plutôt une étude de cas. Notons également que le portrait ci-dessous provient des curriculum vitae des répondants (23 curriculum vitae reçus), et non à partir des entrevues (30 entrevues réalisées), d'où un léger écart entre les données. Nous sommes cependant conscients qu'il s'agit ici de données partielles et celles-ci sont présentées ici simplement à titre indicatif. Elles demeurent néanmoins utiles puisqu'elles fournissent des indications importantes dans l'analyse empirique qui suit.

6.3.1 L'âge

Dans les deux hôpitaux, nous pouvons constater que la moyenne d'âge est assez élevée puisqu'elle se situe entre 51 et 60 ans auprès de plus de la moitié des répondants. Cependant, à l'Hôpital Sainte-Justine, on retrouve certains répondants qui ont entre 31 et 40 ans, tandis qu'à l'Hôpital de Montréal pour enfants, on assiste au phénomène inverse, à savoir qu'une partie des répondants a plus de 60 ans, tel que le montre l'histogramme 1 ci-après.



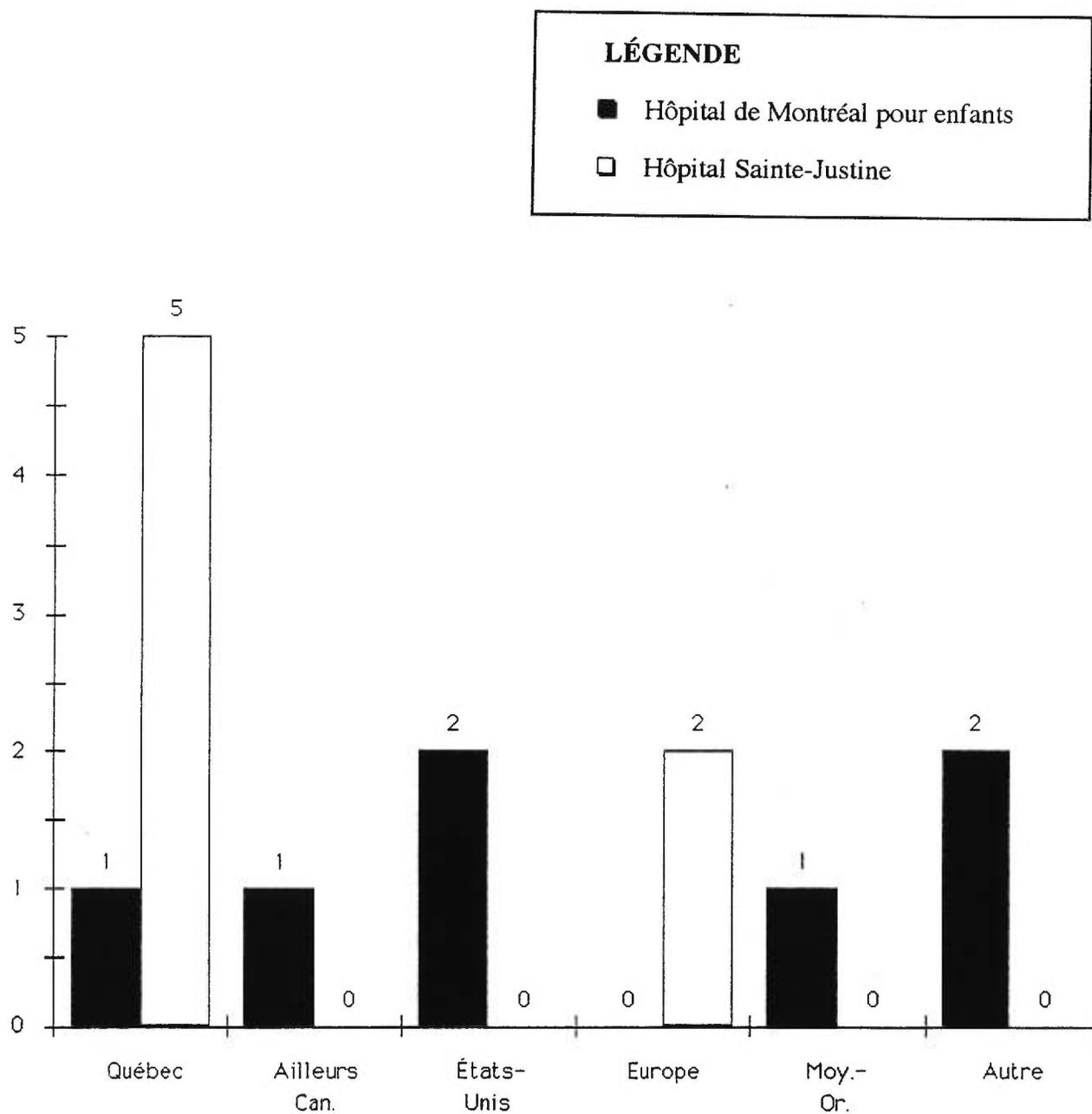
Histogramme 1. Âge des répondants, en nombre absolu

6.3.2 Le lieu de naissance

Les répondants de l'Hôpital Sainte-Justine pour lesquels nous avons obtenu des réponses sont nés au Québec (36%) ou en Europe (14%). En revanche, comme nous pouvons l'observer dans l'histogramme 2 ci-bas, à l'Hôpital de Montréal pour enfants, les répondants proviennent de divers endroits, tels que les États-Unis, le Québec, d'autres provinces du Canada ou ailleurs dans 33% des cas. Conséquemment, alors que tous les répondants de l'Hôpital Sainte-Justine ont la citoyenneté canadienne, à l'Hôpital de Montréal pour enfants, ils détiennent également souvent une autre citoyenneté (33%).

Tableau 4: Lieu de naissance du répondant

	HME		HSJ		Total	
	N	%	N	%	N	%
Qué.	1	11	5	36	6	26
Can.	1	11	0	0	1	4
USA	2	22	0	0	2	9
Eur.	0	0	2	14	2	9
M-Or.	1	11	0	0	1	4
Autre	2	22	0	0	2	9
PR	2	22	7	50	9	39
Total	9	100	14	100	23	100



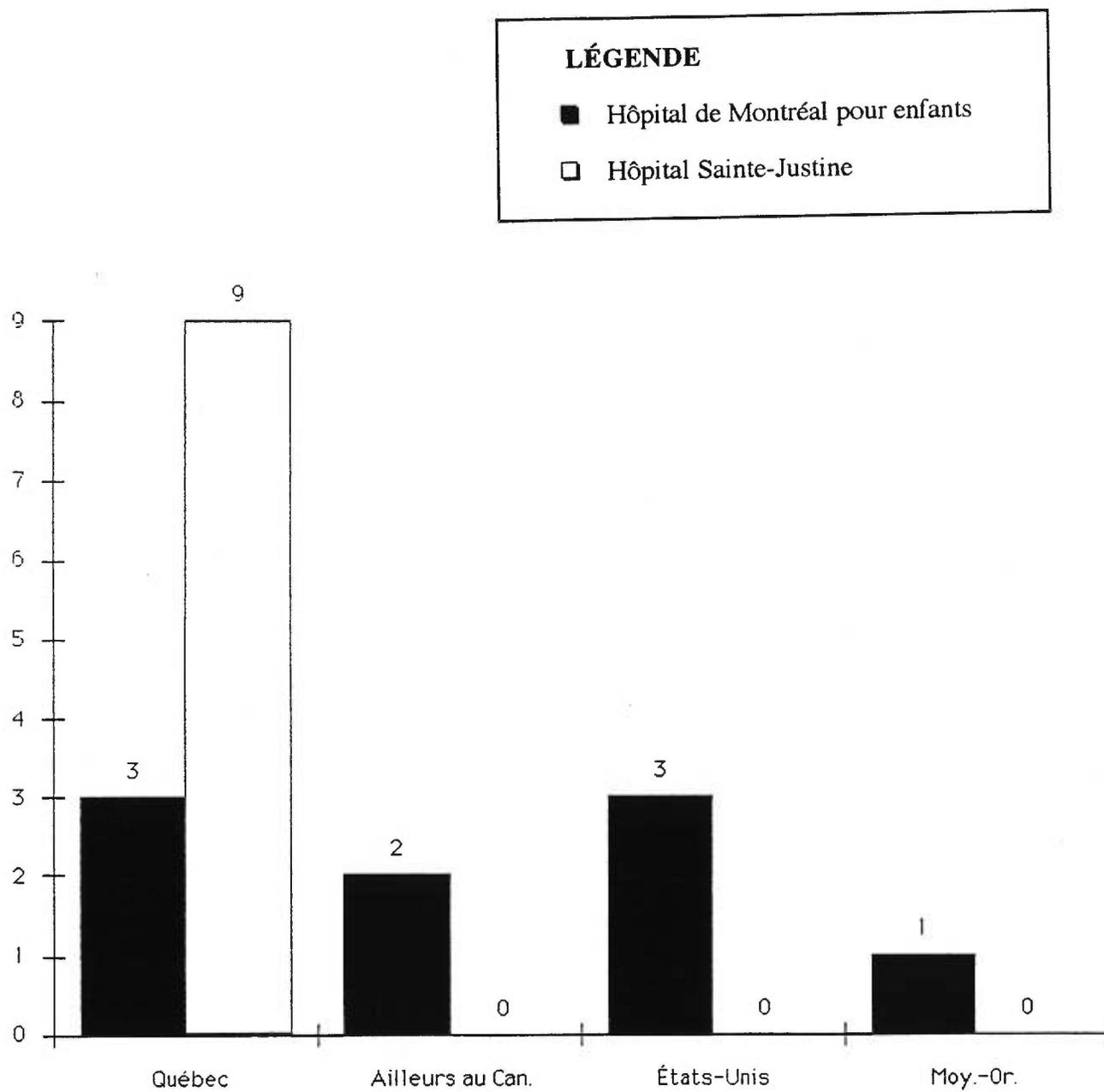
Histogramme 2. Lieu de naissance des répondants

6.3.3 Le lieu de formation

Contrairement à l'Hôpital Sainte-Justine où les répondants ont majoritairement été formés au Québec (64%), les répondants provenant de l'Hôpital de Montréal pour enfants ont reçu leur formation universitaire générale dans diverses provinces du Canada (Québec, Ontario, Alberta) ou encore aux États-Unis, tel que l'indique l'histogramme 3 ci-après.

Tableau 5: Lieu de formation universitaire générale

	HME		HSJ		Total	
	N	%	N	%	N	%
Qué.	3	33	9	64	12	52
Ont. Alb.	2	22	0	0	2	9
USA	3	33	0	0	3	13
M-Or	1	11	0	0	1	4
N/A	0	0	5	36	5	22
Total	9	100	14	100	23	100



Histogramme 3. Lieu de formation des répondants

6.3.4 Université fréquentée

À l'Hôpital Sainte-Justine, une bonne partie des répondants ont fréquenté l'Université de Montréal pour leur formation générale (43%) ou encore une université européenne (14%). À l'opposé, conformément à leur tradition linguistique, les répondants de l'Hôpital de Montréal pour enfants ont reçu leur formation générale soit à l'Université McGill, soit dans une université américaine ou ontarienne, ou enfin ailleurs (Europe, Moyen-Orient, etc.).

Tableau 6: Université de formation générale

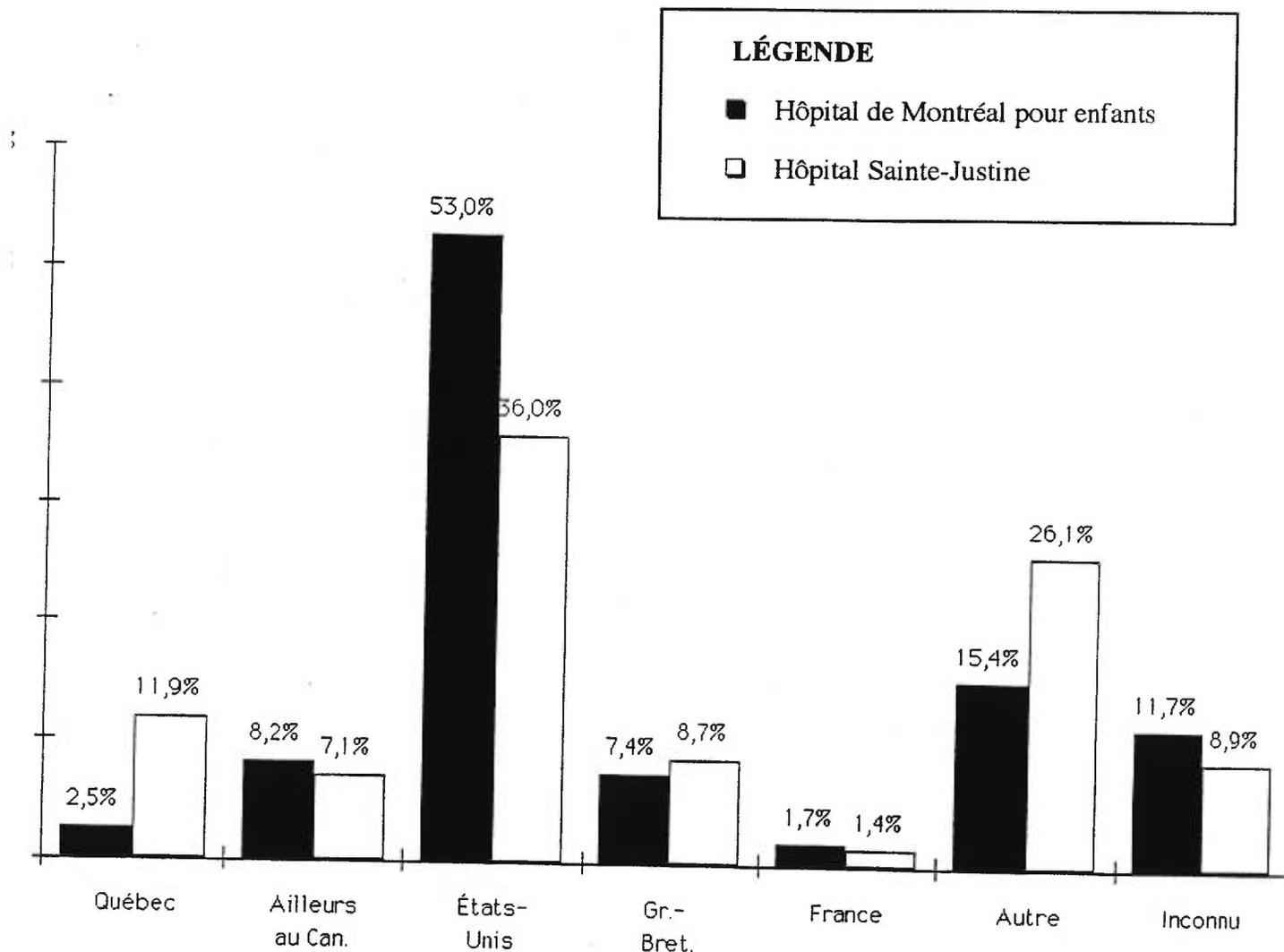
	HME		HSJ		Total	
	N	%	N	%	N	%
UdeM	0	0	6	43	6	26
McG.	3	33	0	0	3	13
Laval	0	0	1	7	1	4
Ont.	1	11	0	0	1	4
USA	2	22	0	0	2	9
Eur.	1	11	2	14	3	13
M-Or.	1	11	0	0	1	4
N/A	1	11	5	36	6	26
Total	9	100	14	100	23	100

6.3.5 Le lieu de spécialisation

Faisant suite aux études entreprises, les répondants de l'Hôpital Sainte-Justine se sont spécialisés au Québec, en Europe ou aux États-Unis. Par contre, à l'Hôpital de Montréal pour enfants, il existe une variété de lieux de spécialisation desquels proviennent les répondants.

6.3.6 Le lieu de publication des articles de revue

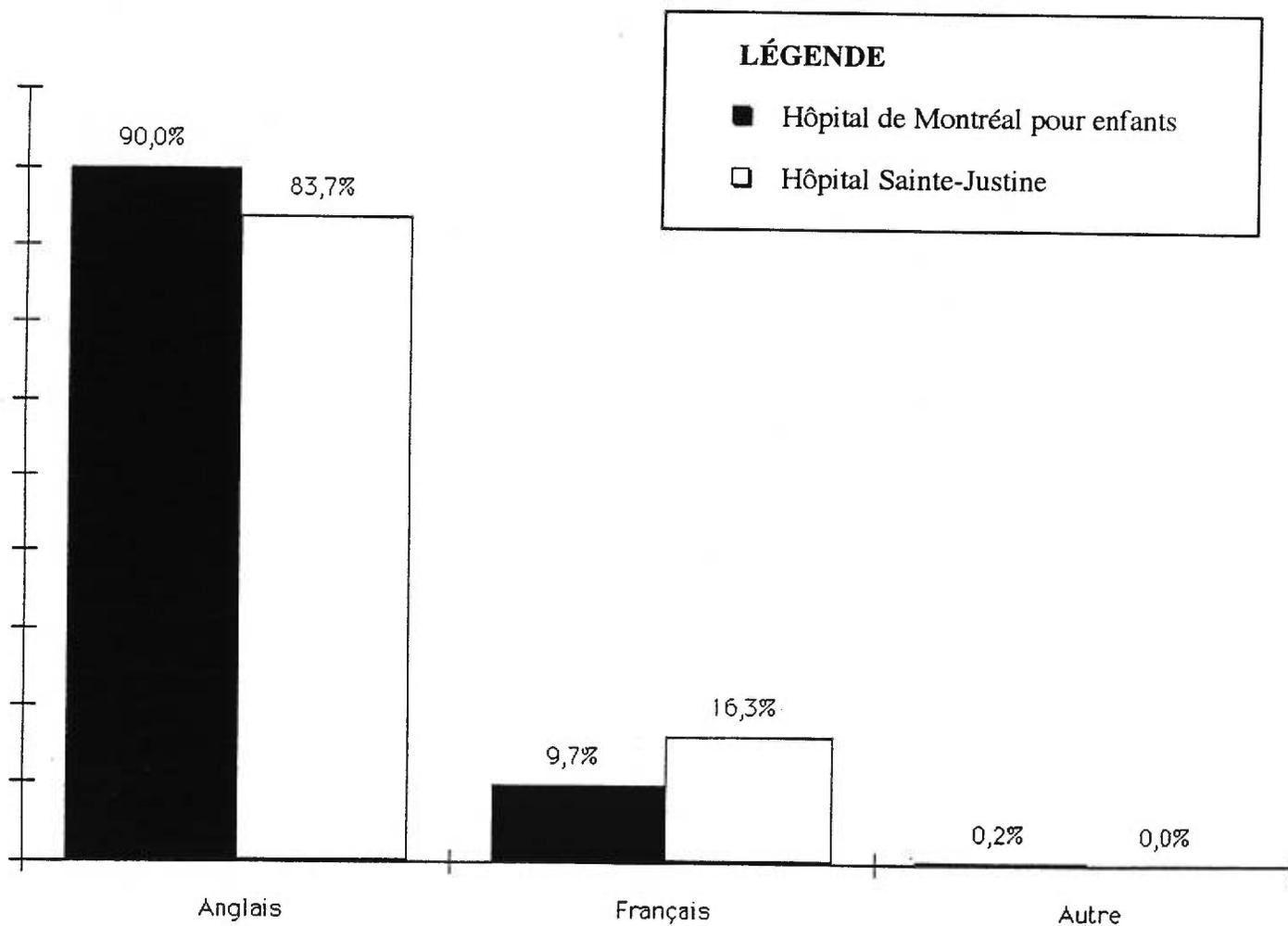
Les entrevues réalisées dans les deux hôpitaux indiquent que les répondants publient sensiblement aux mêmes endroits, à savoir au Québec, en Ontario, aux États-Unis et ailleurs, comme le montre l'histogramme 4 ci-dessous.



Histogramme 4. Lieu de publication des répondants

6.3.7 La langue de publication

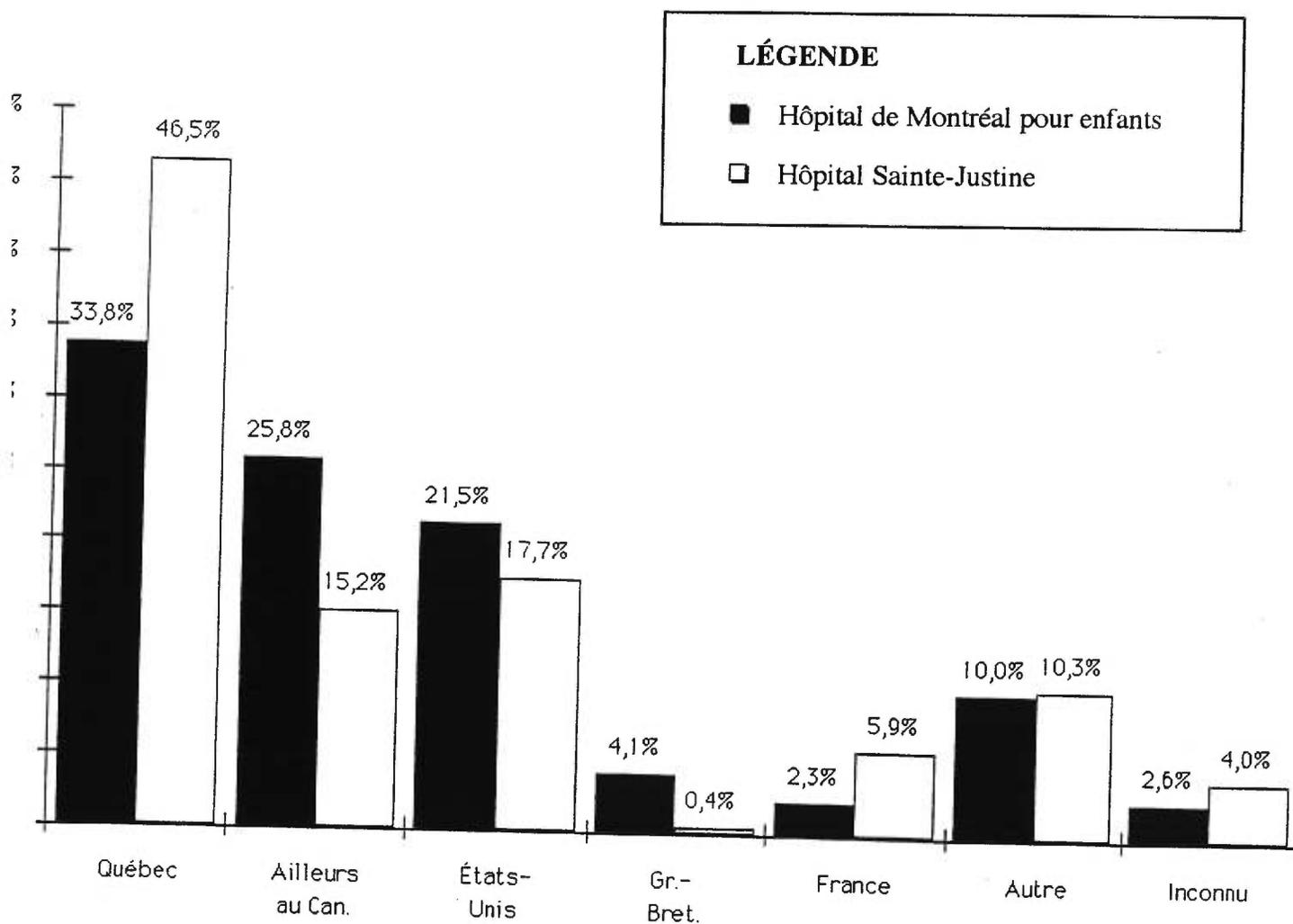
Comme précédemment et tel que l'indique l'histogramme 5, la langue de publication des chercheurs des deux hôpitaux est l'anglais dans la majorité des cas, et puis vient le français; on constate donc peu de différences entre les deux hôpitaux à ce niveau.



Histogramme 5. Langue de publication des répondants

6.3.8 Participation à des congrès

De même, la participation aux congrès se fait généralement aux mêmes endroits chez les répondants provenant des deux hôpitaux; on peut donc observer très peu d'écart là aussi, comme le montre l'histogramme 6.



Histogramme 6. Lieu de participation à des congrès

6.4 Conclusion

Bien que les histogrammes effectués ne soient pas déterminants dans notre analyse, il est néanmoins intéressant d'établir des écarts et des rapprochements selon les variables utilisées. Ainsi, on peut observer que, comme nous l'avons déjà formulé dans notre recension des écrits, le lieu de formation des médecins francophones est différent de celui des anglophones, puisque les premiers reçoivent majoritairement leur formation au Québec tandis que les seconds la reçoivent dans différentes provinces du Canada et aux États-Unis.

Par contre, il est important de souligner que plus les répondants se rapprochent de l'activité scientifique, moins il existe d'écart entre eux. Nous pouvons illustrer ceci soit par la langue de publication des articles qui se font, dans les deux cas, en anglais, soit par les lieux de publication qui sont à peu près les mêmes pour les deux groupes (Québec, Ontario et États-Unis), soit par la participation aux congrès scientifiques où l'on observe très peu d'écart entre francophones et anglophones.

Finalement, nous pouvons conclure que sur le plan des données dites «objectives», il existe très peu d'écart entre les deux groupes. Il reste à déterminer si la perception des répondants de chaque groupe relativement à des questions relevant davantage de leur subjectivité se rapproche ou s'éloigne. C'est ce que nous présentons dans le chapitre qui suit.

Chapitre 7

Le processus d'acquisition des technologies médicales en milieu hospitalier

Si le phénomène de la prise de décision dans l'acquisition de nouvelles technologies en milieu hospitalier constitue un sujet d'intérêt pour les sociologues, c'est qu'il est susceptible d'engendrer des inégalités sociales quant à l'allocation des ressources limitée dans ce secteur, associée au coût considérable que représentent les nouveaux équipements. Pour bien cerner les éléments qui entourent le processus de prise de décision, nous allons tout d'abord préciser l'objet sur lequel elle porte, en l'occurrence les nouvelles technologies et leurs caractéristiques dans le milieu hospitalier québécois. Ensuite, nous examinerons les procédures adoptées pour aboutir aux prises de décision, et enfin, nous analyserons le mode de prise de décision. Bien entendu, nous tenterons, à travers ces parties, de comparer le milieu francophone avec le milieu anglophone.

7.1 Acquisition des technologies médicales

Avant d'examiner le processus par lequel se prend la décision d'acquérir un équipement, il est important de se demander les raisons pour lesquelles un hôpital voudrait acquérir une technologie donnée. Ces raisons peuvent évidemment varier, selon que l'on s'adresse à un médecin, un administrateur ou un ingénieur bio-médical. Rappelons que, lorsque nous faisons référence aux technologies médicales, nous traitons essentiellement de l'imagerie diagnostique.

L'imagerie diagnostique

L'imagerie diagnostique est principalement représentée par trois équipements¹⁵⁸: l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomographie axiale par rayons-X (CT scan) et l'ultrason.

Si la résonance magnétique constitue aujourd'hui l'équipement de diagnostic par excellence permettant d'examiner le système nerveux central de façon non invasive, c'est qu'elle a pris le pas sur la tomographie axiale qui, introduite vers le début des années '70, représentait la méthode idéale d'examen de ce genre. Il existe, bien entendu, une différence importante au niveau du coût car si la résonance magnétique coûte environ 2,2 millions de dollars, la tomographie axiale vaut, quant à elle, moins de 1,5 millions de dollars. Enfin, selon Plante¹⁵⁹, l'ultrason, encore très utilisé de nos jours, représente la technologie la moins coûteuse et la moins invasive: le rapport qualité-prix y est perçu comme étant très raisonnable. Le tableau 1 nous montre la distribution mondiale des unités d'imagerie par résonance magnétique compte tenu du nombre d'habitants, ce qui nous permet de situer le Québec par rapport aux autres pays industrialisés.

158 Souhrada, L. (1990). Imaging devices' shifting uses affect market. *Hospitals, Special Report*, 28-30.

159 Plante, F.R. (1992). Le rôle diagnostique de l'imagerie par résonance magnétique. *Le Clinicien*, 159-171.

Tableau 7: Distribution mondiale des unités d'imagerie par résonance magnétique¹⁶⁰

Pays	Nombre d'appareils en opération	Nombre d'habitants par appareil
États-Unis	1 450	172 000
Japon	530	230 800
Suisse	24	270 375
Allemagne de l'Ouest	118	518 600
Norvège	6	711 000
Finlande	6	829 000
Suède	7	1 190 000
France	55	1 020 000
Australie	13	1 192 000
Canada	21	1 240 000
Québec	4	1 700 000
Angleterre	22	2 500 000
Autres	50	
Total mondial	environ 2 300	

160 Source: *Le Clinicien*, septembre 1992.

L'influence du développement scientifique et technologique sur la vie contemporaine

Si le développement scientifique et technologique a entraîné beaucoup de bienfaits dans toutes les activités de la vie quotidienne, il pourrait aussi être une entrave à notre existence si nous n'exerçons pas une maîtrise sur ce développement. Voilà un débat auquel sont confrontés bon nombre de chercheurs, à savoir quelles sont les limites qu'il faut imposer aux applications de la connaissance scientifique si nous voulons rester maîtres de nous-mêmes.

Pour Salomon¹⁶¹, le développement scientifique et technologique constitue d'abord un problème politique qui lie l'être humain à la technologie. Le problème est politique dans la mesure où la science et la technique sont des produits du capitalisme industriel. Selon l'auteur, il est important d'exercer une maîtrise démocratique de la technologie ainsi qu'un contrôle social rigoureux du développement technologique, et non pas le considérer comme un *destin*. De plus, le développement technologique, de par ses effets de mondialisation et de globalisation des échanges, a tendance à amenuiser les différences entre les populations.

D'autres chercheurs se sont penchés sur le phénomène de l'influence des nouvelles technologies médicales sur la profession médicale. Chauvenet¹⁶², entre autres, estime que, de façon générale, la technicisation de la médecine a soumis le personnel médical à un «nouvel ordre hospitalier»: elle a non seulement engendré des tensions et une hiérarchisation à l'intérieur des professions médicales, de telle sorte que les activités médicales soient divisées en sous-catégories et que le pouvoir que détenaient les médecins jusque lors soit

161 Salomon, Jean-Jacques (1992). *Le destin technologique*. Paris: Gallimard.

162 Chauvenet, A. (1981). La machine bureaucratique: effets de l'industrialisation de la médecine sur les rapports sociaux de production de soins. Dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, J.L. Wolff. *Médecine et société des années '80* (339-354). Montréal: Éd. Saint-Martin.

réparti entre ces sous-spécialités, mais cette technicisation a également entraîné l'application des modèles d'organisation scientifique du travail à l'institution hospitalière, à savoir le travail à la chaîne adapté à l'hôpital.

Caractéristiques des technologies médicales actuelles

Trois éléments caractérisent les technologies médicales actuellement présentes dans les hôpitaux analysés: la vétusté des équipements existant déjà dans les institutions, leur coût élevé lors de l'acquisition et enfin le coût d'entretien élevé lors de l'utilisation. Dans les deux hôpitaux analysés, on s'accorde pour affirmer que les équipements déjà acquis dans leurs milieux respectifs détiennent plusieurs années d'utilisation et sont non seulement désuets d'un point de vue technologique, mais requièrent également des coûts d'entretien élevés en raison de leur âge. À l'Hôpital Sainte-Justine par exemple, la durée moyenne des appareils est d'environ dix ans.

Il convient de rappeler que les principales fonctions d'un hôpital universitaire sont de guérir des patients, à savoir de fournir des soins et des services, et ensuite viennent l'enseignement et la recherche. Il est également important de tenir compte de la mission de l'hôpital, en l'occurrence il s'agit ici d'hôpitaux pédiatriques, et qui doivent donc donner priorité aux soins des enfants.

De façon générale, pour les médecins, les critères qui entrent en jeu lors de l'acquisition d'une nouvelle technologie sont essentiellement l'amélioration de la qualité des soins, un diagnostic qui soit plus précis et une image rehaussée de l'hôpital. Les administrateurs, quant à eux, dans un contexte de restrictions budgétaires, leur préoccupation première est le coût d'opération et d'entretien de l'équipement. Enfin, pour l'ingénieur biomédical, l'aspect technique et la qualité des équipements sont des éléments essentiels à l'acquisition d'un nouvel équipement.

Cependant, lorsque vient le moment de prioriser les équipements, ce qui est surtout pris en considération, ce sont les besoins de la clientèle, à savoir la fréquence d'utilisation de ces équipements, en d'autres termes leur rentabilité.

Aux États-Unis, depuis un certain temps déjà, il existe des conseillers oeuvrant au sein de cabinets-conseils spécialisés dans l'acquisition d'équipements. Selon ces conseillers¹⁶³, le choix des équipements doit se faire de façon rationnelle, c'est-à-dire selon une planification stratégique à long terme. Ces experts considèrent que les principaux critères à retenir sont:

- le renforcement des forces cliniques de l'hôpital;
- l'amélioration des résultats cliniques;
- la synergie avec les technologies existantes dans l'hôpital;
- les applications futures;
- la justification du prix d'achat et les coûts d'opération subséquents;
- l'harmonie avec l'environnement physique;
- la cohérence avec la mission de l'hôpital et l'image publique.

Comme l'affirme le président d'un cabinet américain de consultants en gestion¹⁶⁴:

Acquiring expensive technology is not simply allocating money from the capital budget; it's a strategic decision that has ramifications for the success of the hospital.

163 Anderson, H.J. (1991). Technology acquisition: Trends in imaging. Special Report. *Hospitals*, 26-36.

164 *Op. cit.*, p. 28.

7.2 Le processus de prise de décision

7.2.1 Le processus formel

Chacun des hôpitaux analysés procède selon des voies reconnues et acceptées officiellement par les membres des différents comités participant à la prise de décision.

7.2.1.1 L'Hôpital Sainte-Justine

À l'Hôpital Sainte-Justine, les entrevues menées nous indiquent qu'il existe trois types de règles pouvant mener au processus décisionnel dans l'acquisition de nouvelles technologies: des règles administratives, des règles techniques et des règles scientifiques.

Les règles administratives sont émises par la direction des ressources financières et matérielles, service de l'approvisionnement, sous forme de procédures administratives à suivre dans l'acquisition d'équipements reliés à certains secteurs d'activité précis. En effet, à l'intérieur d'un manuel de politiques et procédés administratifs, il existe une politique de gestion budgétaire spécifique à l'acquisition d'équipements spécialisés, aussi appelé budget d'immobilisation¹⁶⁵. Les secteurs d'activité que l'hôpital retient comme ayant besoin d'appareil ou d'équipement spécialisé sont les suivants:

- techniques diagnostiques de visualisation;
- radioisotopes et automatisation des laboratoires;
- appareillage de surveillance électronique;
- radiothérapie;

¹⁶⁵ Hôpital Sainte-Justine. *Manuel de politiques et procédés administratifs*. Document interne.

- anesthésie et réanimation;
- hémodialyse;
- implantation de stimulateurs cardiaques.

Cependant, l'acquisition de ces équipements requiert l'autorisation du Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS) ou du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), selon le cas.

Lors de l'acquisition d'équipements, les principes directeurs sont les suivants:

- les priorités en équipement et en construction doivent respecter les objectifs et les orientations globales de l'Hôpital;
- les dépenses d'immobilisation nécessaires au maintien des services actuels constituent les premières priorités;
- lorsqu'une dépense d'immobilisation génère un rendement sur investissement qui est supérieur au coût du capital, le projet est considéré de façon prioritaire;
- chaque priorité retenue doit inclure une analyse de l'impact de la réalisation du projet sur les ressources humaines, matérielles, financières et l'environnement physique de l'Hôpital.

Les étapes de priorisation des équipements

À l'Hôpital Sainte-Justine, les activités de priorisation se réalisent selon un calendrier et selon les modalités suivantes:

- octobre à novembre (6 semaines): priorisation à partir des services, départements et modules, où le chef de service et/ou de département:
 - . identifie les besoins annuels en équipement et construction;

- . complète les formulaires de demande;
- . identifie les impacts sur les ressources humaines et matérielles;
- . consulte, s'il y a lieu, les intervenants ou les utilisateurs;
- . présente les priorités à son directeur.

- novembre à décembre (4 semaines): priorisation par direction, où le directeur:

- . fait la synthèse des demandes;
- . élabore les priorités de la direction en établissant une liste par catégorie d'équipement et de construction;
- . envoie les listes au:

* président du comité de coordination de soins et services, pour l'équipement spécialisé et l'équipement de soins;

* président du comité des systèmes d'information de gestion, pour l'équipement informatique et bureautique;

* président du comité des adjoints, pour les équipements administratifs et de soutien ainsi que pour les travaux mineurs relatifs à l'installation de tout nouvel équipement, amélioration des locaux ou autre;

* président du comité des ressources matérielles pour les projets de construction;

. envoie toutes les listes au directeur des services professionnels pour la présentation au comité des chefs de départements du mois de décembre;

. envoie toutes les listes au directeur des ressources financières pour complément d'information (génie bio-médical), validation des prix (approvisionnements) et analyse de l'impact sur les ressources matérielles (installations matérielles).

- décembre à janvier (6 semaines): priorisation au niveau de chacun des comités responsables.

À la fin janvier, les présidents des comités font parvenir au directeur des ressources financières et matérielles les listes priorisées de chacune des catégories d'équipement et de construction.

- janvier à février (2 semaines): le directeur des ressources financières et matérielles présente au comité des ressources financières la recommandation quant aux montants alloués par catégorie d'équipement et de construction.

- février (2 semaines): le président du comité des ressources financières présente les priorités retenues par catégorie au comité de direction et au comité consultatif à la direction générale.

S'il arrive qu'au cours de l'année, de façon exceptionnelle, il y ait des situations d'urgence qui nécessitent l'acquisition d'équipement non-inclus dans les priorités retenues, alors cette demande urgente doit être soumise au directeur général adjoint. Dans le cas d'une approbation, l'équipement concerné devient une anticipation des priorités de l'année suivante.

Après que les priorités annuelles ont été établies et reconnues - non sans difficulté -, le directeur des ressources financières et matérielles assure le suivi de la réalisation de tous les projets en faisant rapport, chaque trimestre, au comité des ressources financières.

L'autorisation de procéder à l'appel d'offres pour acheter l'équipement spécialisé est ensuite donnée par le CRSSS au directeur général adjoint qui la transmet, à son tour, au chef du service de l'approvisionnement et au chef de service biomédical.

Sur le plan des règles techniques, le rôle du service de génie bio-médical n'est pas négligeable. En effet, c'est à cette étape de l'acquisition de l'équipement qu'intervient le service de génie biomédical.

Dans une première phase, le service de génie biomédical:

- procède de concert avec le service utilisateur à la rédaction des spécifications de l'équipement requis;
- indique le nom des fournisseurs potentiels;
- transmet ces spécifications au chef de service de l'approvisionnement, qui procède à l'appel d'offres. Il reçoit et analyse les conditions générales des soumissions reçues, tandis qu'il transmet au service biomédical une copie des soumissions conformes reçues.

Dans une seconde phase, le service de génie biomédical:

- procède à l'analyse technique des soumissions reçues, de concert avec le service requérant ou l'utilisateur;
- procède, s'il y a lieu, à l'essai des équipements proposés;
- rédige une recommandation sur le choix d'équipement, toujours de concert avec le service requérant ou l'utilisateur;
- complète le formulaire requis par le CRSSS;
- transmet cette recommandation et le formulaire au chef de service de l'approvisionnement. Ce dernier procède au choix du fournisseur, rédige la recommandation et transmet le dossier au CRSSS qui donne l'autorisation de procéder à l'acquisition.

Dans le cas du Centre de recherche, les demandes d'équipements sont, en général, traitées de la même manière que les équipements de l'Hôpital. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'un don désigné, l'acquisition de l'équipement doit respecter les étapes suivantes:

- la recommandation favorable du directeur concerné;
- l'analyse de l'impact sur le fonctionnement du service, notamment en ce qui concerne les frais d'installation et de réparation;
- l'approbation du conseil d'administration.

De toute façon, tout don (désigné ou non) doit recevoir l'approbation du conseil d'administration.

Finalement, les règles scientifiques sont essentiellement rattachées à l'aspect éthique des équipements acquis. Elles seront élaborées dans la partie traitant du rôle du comité d'éthique.

7.2.1.2 L'Hôpital de Montréal pour enfants

Bien que les priorisations commencent aussi par la base, comme c'est le cas à l'Hôpital Sainte-Justine, c'est le Comité de priorisation des équipements qui analyse, sur une base annuelle, les demandes d'équipement médical et qui soumet au directeur exécutif des recommandations de priorités d'acquisition relatives pour l'Hôpital.

Chacun des directeurs de programmes, de services ou de départements prépare une proposition, une demande de leurs besoins en équipement, chaque année, de remplacement ou de nouvel équipement, et une justification, et ces demandes sont soumises à un comité dont la responsabilité, le mandat est d'évaluer les priorités et de faire des recommandations au directeur général, évidemment au Conseil administratif pour arriver aux priorités...

(Entrevue K-4, administrateur, HME)

Ce comité de priorisation des équipements a pour principal mandat:

- de formuler et de recommander des politiques générales ainsi qu'un guide de demande et d'établissement des priorités en ce qui concerne l'acquisition d'équipements;
- d'analyser, sur une base annuelle, les demandes de nouvel équipement et de l'équipement de remplacement, et de recommander au directeur exécutif les priorités d'acquisition relatives, conformément à la mission et aux objectifs à long terme de l'Hôpital;
- de développer des stratégies dans la planification de l'acquisition d'équipements;
- de formuler et de recommander des politiques et guides généraux de remplacement d'équipement vétuste;
- d'identifier des domaines d'étude avec une optique de renforcer l'usage de l'équipement: coût, épargne, informatisation, etc.;
- d'étudier les demandes urgentes lorsqu'elles se présentent, et faire des recommandations concernant les priorités d'acquisition ou les solutions alternatives;
- de travailler en collaboration avec d'autres comités d'allocation ou de planification des ressources de l'Hôpital pour analyser les demandes de ressources aux exigences multiples, afin d'assurer une analyse cohérente et synthétique.

Qui siège sur le Comité de priorisation?

Nommés par le directeur exécutif, ce comité est composé du représentant du Conseil des médecins et dentistes de la province de Québec (CMDPQ), du directeur des finances, du représentant de chacun des départements suivants: chirurgie, pédiatrie, services diagnostics,

conseil consultatif du personnel clinique, radiologie, anesthésie, génie biomédical, soins infirmiers, installations matérielles.

Les critères que le Comité de priorisation des équipements retient pour l'acquisition des équipements sont les suivants:

1. l'équipement doit être essentiel, c'est-à-dire qu'à défaut, les soins aux patients seraient mis en cause, ou encore un danger pourrait survenir aux patients, dû au faible état de l'équipement;
2. l'équipement doit être essentiel au maintien du niveau actuel de bons soins;
3. il est important de maintenir l'efficacité au sein du département ou de permettre le développement soutenu du département;
4. l'équipement est intéressant à acquérir;
5. l'équipement représente une économie sur la main-d'oeuvre;
6. des informations supplémentaires ou des explications.

Ces procédures nous amènent à conclure qu'en milieu francophone, toutes les étapes à suivre sont précises et définies, tandis qu'en milieu anglophone, il s'agit davantage de critères généraux d'acquisition de nouveaux équipements. Ceci nous conduit à poser l'hypothèse que le fait que les francophones sont plus portés à formaliser leurs règles que les anglophones provient de l'influence qu'exercent les systèmes juridiques sur les comportements des groupes. Il s'agit en effet du reflet d'un droit essentiellement codifié dans le premier cas, et d'un droit plus près d'un droit coutumier dans le second.

Cependant, les discours analysés nous démontrent que cette structure formelle est, la plupart du temps, accompagnée d'une structure informelle comprenant tout le jeu et l'influence des acteurs.

7.2.2 Le processus informel

Si nous adoptons comme postulat de base le fait que l'organisation est un construit social basé sur des relations de pouvoir entre les membres¹⁶⁶, tel que nous l'avons vu dans notre revue de littérature, alors chacun des acteurs poursuivant un objectif et des intérêts donnés utilisera des stratégies «rationnelles» pour atteindre ses fins. Bien entendu, cette rationalité ainsi que ces stratégies sont limitées par des contraintes de divers ordres: organisationnelles, individuelles, matérielles, etc. C'est à partir de ces rapports de pouvoir et de négociation que s'effectuera la prise de décision.

Dans les hôpitaux analysés, le processus informel, c'est-à-dire les complicités et les alliances entre les acteurs se passent avant la tenue des réunions officielles, de telle sorte que lorsque les personnes impliquées dans le processus décisionnel arrivent en réunion, les jeux sont déjà faits; il s'agit en fait de négocier et de vendre ses idées en faisant des pressions auprès des divers acteurs. Et c'est à travers ce processus informel que nous pouvons déceler les stratégies des acteurs dans la poursuite de leurs objectifs. Voici deux exemples de courts témoignages qui confirment ce processus:

c'est de faire valoir, chacun a à faire valoir ses points pour tenter de gagner sa part des budgets

(Entrevue L-1, service de génie biomédical, HSJ)

Il faut, quand on veut acquérir un équipement, faire beaucoup de lobbying, beaucoup de pressions pour qu'on puisse être en tête de lice

(Entrevue L-12, chef de département, HSJ)

166 Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *Op. cit.*

7.2.2.1 L'Hôpital Sainte-Justine

À l'Hôpital Sainte-Justine, un des répondants nous indique comment s'exercent les jeux et les alliances entre les acteurs, en fonction de leur pouvoir:

Il y a, dans chaque groupe, dans chaque milieu hospitalier, des groupes de pression qui ont plus de pouvoirs que d'autres, par affiliation, par amitié avec des gens importants, il y a des ligues qui se créent, il y a des concertations qui se font avant; ça se passe un peu comme la nomination d'un chef politique, il y a des tours de scrutin, il y a des consultations, il y a des alliances, il y a des gens qui disent: bon je vais parler en ta faveur cette fois, l'année prochaine tu m'aideras.

(Entrevue L-9, chef de département, HSJ)

Nous pouvons également constater une certaine tension entre les objectifs poursuivis par deux groupes professionnels, les médecins et les administrateurs, les uns ayant pour but d'acquérir de nouveaux équipements permettant d'obtenir de meilleurs diagnostics par exemple, et les autres ayant pour but de ne pas défoncer le budget. Nous élaborerons cette problématique dans la partie traitant des groupes professionnels, car nous voyons dès à présent que cette tension n'est pas seulement présente ici, mais elle existe également auprès des ingénieurs biomédicaux ainsi que le personnel des soins infirmiers. De plus, tandis qu'à l'Hôpital Sainte-Justine, les administrateurs sont composés majoritairement de professionnels de l'administration de la santé et non de médecins, à l'Hôpital de Montréal pour enfants, le directeur général, par exemple, est un médecin. Ces différences sur le plan de la spécialisation des professionnels de la santé sont susceptibles d'engendrer une autorité et un pouvoir différents, dûs à la culture professionnelle, en plus de l'écart existant relativement à la culture du groupe ethno linguistique.

Les administrateurs n'ont aucun critère. C'est-à-dire c'est un critère d'argent pour rendre ça bien candidement. C'est un critère d'argent, point.

(Entrevue L-7, administrateur, HSJ)

Selon le département de génie biomédical, l'acquisition des équipements médicaux fait l'objet de lobbying et de réseaux de la part du personnel: il existe de la concurrence entre les différentes unités administratives et la procédure adoptée pour déterminer des priorités se traduit par une philosophie de décentralisation. C'est au stade de la table des directeurs qu'un consensus de tous les directeurs relativement aux priorisations sera établi:

parce que nous, on a un fonctionnement philosophique de décentralisation; après ça, ça arrive au niveau de chaque direction et là, les directions travaillent ensemble au niveau de certains comités où on établit des critères pour faire des sélections et on choisit les équipements et là le consensus est fait au niveau de la table des directeurs, où toutes les priorisations sont établies, sont confirmées et après ça quand tu arrives au niveau du conseil d'administration, tout est fait, toutes les justifications sont établies.

(Entrevue L-4, administrateur, HSJ)

7.2.2.2 L'Hôpital de Montréal pour enfants

À l'Hôpital de Montréal pour enfants, où la philosophie est d'«être à la première ligne de la technologie», l'accent est mis sur les équipements de pointe. Aussi, les concurrences qui émergent entre les différents départements consommateurs d'équipements se résolvent souvent par les jeux d'influences.

Alors, il y a certaines façons politiques de lobbying qui sont faites autour du processus du comité. Par exemple, le directeur dans le programme ou dans le service va parler au directeur de son département. Le directeur du département a certaines priorités, lui. Il va parler au directeur général directement, il va mentionner ce problème et la relation avec certains développements et apporter cela à certains équipements. Alors le directeur général, si c'est très important, très stratégique, il va tout de suite dire au président du comité que cet équipement devrait arriver avec une priorité, ou étudier cela très sérieusement, si ils sentent que ça arrive avec une

priorité très bonne, il faut justifier cela, il faut que ça soit clair, pourquoi.

(Entrevue K-4, administrateur, HME)

7.2.3 Analyse comparée des deux milieux hospitaliers

L'évaluation des nouvelles technologies médicales comprend trois volets principaux: sur le plan technique, on peut se demander dans quelle mesure les équipements sont fiables, en prenant en compte leur vétusté; sur le plan de la nouveauté des équipements, on peut penser à la frustration subie par les utilisateurs lorsqu'on est conscient des ressources limitées pour acquérir des équipements de fine pointe; enfin, sur le plan administratif, il s'agit d'évaluer les équipements en termes de rentabilité.

Sur le plan technique, les ingénieurs biomédicaux de l'hôpital francophone estiment qu'ils jouent un rôle prépondérant dans l'évaluation des nouvelles technologies médicales. Ils considèrent en effet que ce sont eux qui détiennent l'expertise pour évaluer les nouveaux équipements. Pour certains médecins francophones, l'état actuel de la technologie est évalué comme étant d'un niveau suffisamment sécuritaire. Cependant, il ne s'agit pas d'une technologie qui est à la fine pointe et, en ce sens, ils évaluent leur hôpital comme étant pire que les hôpitaux dits «de périphérie» qu'ils prennent comme terme de comparaison. Quant aux médecins anglophones, ils disent consulter parfois des experts externes pour être certain de choisir la bonne technologie, parce qu'il arrive qu'il y ait parfois des dissensions entre des groupes pour obtenir tel équipement plutôt que tel autre.

Relativement à la vétusté des équipements, selon certains médecins anglophones, les équipements n'ont jamais été mis à jour, ce qui a pour résultat que l'hôpital est toujours en retard sur les équipements de pointe. Quant à l'entretien de ces équipements, très peu d'argent est alloué par le gouvernement à cet effet. Les radiologues français, quant à eux,

estiment également que les équipements sont vieux, nécessitent beaucoup d'entretien et, conséquemment, coûtent cher. En fait, la rapidité de l'avancement technologique place les médecins et plus particulièrement les radiologues - puisque ce sont eux qui détiennent une flotte importante d'équipements - dans un carcan où un équipement datant de trois ans devient déjà démodé. Les radiologues estiment effectivement que la vie d'un équipement tel qu'un appareil d'échographie par exemple varie entre trois et quatre ans au maximum. Par conséquent, s'ils désirent atteindre leur objectif de fournir un service diagnostique adéquat à la population, il devient nécessaire d'acquérir de nouveaux équipements. Ceci est également confirmé par un chercheur francophone qui dit: ... *Le meilleur équipement, aujourd'hui c'est ça, demain ce ne sera plus ça.*

Pour les médecins francophones, les équipements actuellement disponibles répondent à l'essentiel des besoins seulement, à cause de la désuétude de ces équipements qui ont en moyenne une quinzaine d'années, alors que leur durée de vie théorique est de cinq ou dix ans. Ceci a été illustré par des médecins dans le cas de la médecine nucléaire qui est estimée comme étant désuète: les ressources limitées ont pour effet qu'aucun équipement n'est remplacé.

Selon les radiologues de l'hôpital anglophone, on ne peut vraiment évaluer les équipements nouveaux étant donné qu'en général, ceux-ci ont déjà été expérimentés ailleurs. En fait, l'évaluation d'un équipement dépend de la connaissance qu'ont les médecins de la littérature dans ce domaine. Cette littérature fournit une perspective internationale sur l'impact des nouvelles technologies médicales dans d'autres pays. Pour illustrer ceci, un radiologue interviewé relatait qu'un patient de deux ans de l'Hôpital de Montréal pour enfants avait récemment besoin de faire le test de résonance magnétique. Mais comme l'hôpital ne possédait pas cet équipement, on a effectué davantage de tests de tomographie assistée par ordinateur (CTScan), ce qui donne des radiations à l'enfant. Pour avoir accès à l'examen de résonance magnétique, les médecins font face à une liste d'attente qui peut atteindre une année: en 1989,

au Québec, il existait deux équipements de résonance magnétique pour une population de 6 millions d'habitants et au Canada, il en existe 12, selon les dires du radiologue, ce qui situe le Québec et le Canada très loin derrière les États-Unis qui en comptent 1250.

Sur le plan de la nouveauté des équipements, en général, les répondants estiment que le Québec accuse un retard considérable en ce qui a trait à leur accès aux nouvelles technologies médicales. Les ingénieurs biomédicaux de l'hôpital anglophone ont, pour leur part, une perception positive du retard de leur hôpital relativement à l'acquisition de nouvelles technologies médicales: en fait, ils évaluent ce retard par rapport aux Américains en termes d'avantages en ce sens que les équipements de haute technologie peuvent être achetés à beaucoup moins cher quelques années plus tard et une fois que les coûts initiaux de recherche et de développement ont été amortis. Cependant, disent les ingénieurs, ceci est valable uniquement pour les équipements de très haute technologie. En revanche, lorsqu'il s'agit d'un moniteur sur lequel on se fie pour garder le patient en vie, comme c'est le cas pour le département de néonatalogie, il devient alors inconcevable que l'hôpital n'ait pas eu de meilleurs moniteurs néonataux; en fait, ce qui est utilisé actuellement, ce sont des moniteurs qui datent d'environ 25 ans et qui valent 400\$, alors qu'il aurait fallu, pour être à jour, détenir des moniteurs de 9500\$. De l'avis de ces ingénieurs biomédicaux, dans certains cas il est acceptable de ne pas être tout à fait à l'avant-garde alors que dans d'autres cas tel le monitoring, c'est inacceptable que ce soit négligé. Quant aux administrateurs francophones, ceux-ci évaluent le développement technologique comme étant en retard par rapport aux Américains mais ils estiment que, dans l'ensemble, le système de santé canadien est très bon comparativement à d'autres systèmes.

Certains médecins francophones, pour leur part, estiment qu'il n'existe pas de centres d'avant-garde au Canada comme il en existe en Suède, en Suisse, en France, en Allemagne, au Japon ou aux États-Unis, excepté peut-être l'hôpital *The Hospital for Sick Children* à

Toronto. Par contre, ces médecins évaluent la qualité des services de santé offerts au Canada comme étant en avance sur les États-Unis et il existe deux indicateurs à cet effet: d'une part, le taux de mortalité infantile est très inférieur à celui des États-Unis et, d'autre part, l'espérance de vie est supérieure au Canada comparativement aux États-Unis. Dans notre contexte, on privilégie la prévention et cela, probablement au détriment de l'acquisition d'équipement moderne et sophistiqué.

Prenant en considération que les hôpitaux analysés font face à un manque d'équipements dans leur hôpital, le chercheur anglophone procède plus souvent qu'autrement en effectuant des emprunts dans les autres hôpitaux de McGill étant donné que ceux-ci détiennent des équipements très spécialisés et très coûteux que l'Hôpital de Montréal pour enfants ne peut se permettre actuellement puisque l'utilisation de ces équipements ne remplirait pas non plus 100% du temps. Sur le plan de la recherche, il devient donc impossible de travailler de façon autonome, puisqu'on ne peut acquérir tous les équipements dont on a besoin. On finit donc par collaborer avec différentes institutions francophones et anglophones de Montréal et d'ailleurs:

(...) You can't afford to have a big enough lab by yourself, to cover all the different techniques that you need to do. So you end up collaborating. So there are collaborations within the Institute, and there are many collaborations between the people from the Institute and members throughout McGill, Université de Montréal, UQAM, throughout Montreal and even outside Montreal.

(Entrevue K-2, Centre de recherche, HME)

En dernier lieu, sur le plan administratif, la rentabilité des équipements n'est pas un élément qui a été pris en considération pour évaluer les équipements. En effet, selon certains administrateurs anglophones, il n'existe actuellement aucune donnée permettant d'évaluer les nouvelles technologies médicales relativement à leur rentabilité. En d'autres termes, il est

actuellement impossible de savoir si les ressources existantes sont utilisées «de la meilleure façon». Néanmoins, un projet canadien est en train d'être mis sur pied pour identifier et recueillir des informations dans un système appelé MIS (Management Information Systems) afin de mieux gérer les ressources disponibles.

D'autres administrateurs anglophones pensent que l'évaluation des technologies ne comprend pas uniquement l'évaluation du bénéfice des coûts, mais également l'évaluation de la méthode diagnostique par rapport à ce qui existait auparavant, à savoir la précision de l'équipement, etc. et tout ceci en relation avec le coût de l'équipement. Cependant, sans nouvel équipement, on ne peut rien évaluer, selon ces administrateurs.

Pour les administrateurs francophones, c'est la limite financière qui se trouve à la source du problème: les besoins sont estimés à 45 millions de dollars pour la période allant de 1989 à 1994, alors que le CRSSS ne contribue que pour 400 000 dollars par année. Donc l'écart entre les besoins en équipements et les contraintes budgétaires est assez important.

Certains médecins francophones évaluent l'état de leur technologie à l'aide de deux mesures: l'efficacité du médecin à l'intérieur de son département, donc son propre rendement, et la comparaison de ce rendement avec celui d'autres provinces au Canada et surtout les États-Unis.

Dans le domaine de la génétique par exemple, les États-Unis constituent un lieu où cette spécialité s'est développée avec l'aide du secteur privé: la haute technologie qui existe dans les laboratoires américains a été effectivement financée par le secteur privé; cette spécialité a donc profité d'un investissement de capital qui a ensuite été acheminé vers les centres de recherche universitaires qui, à leur tour, ont saisi l'occasion pour faire des acquisitions d'équipements d'une part, et de la formation de personne qualifiée, en d'autres termes de chercheurs, d'autre part. Dans le contexte canadien, cet investissement n'existe pas et il ne reste donc plus qu'à recourir à des fonds publics limités.

Cet état de faits a des conséquences sur la formation des futurs médecins. Si la formation des futurs médecins s'effectue effectivement sur des équipements datant des années 1960 ou 1970, il est évident que la formation dispensée sera incomplète. C'est l'avis de l'un des médecins anglophones pour qui les équipements d'une institution de santé universitaire qui forme plusieurs centaines de personnes dans différentes spécialités doivent absolument être à la fine pointe (*equipment that is state of the art*). De plus, selon un administrateur anglophone, si les hôpitaux du Québec veulent demeurer des centres où les chercheurs et les stagiaires en recherche veulent venir se former, il faut absolument qu'ils puissent acquérir des équipements modernes.

7.3 Conclusion

Le processus d'acquisition des nouvelles technologies est souvent complexe, non tant du point de vue du processus formel que sous son angle informel. Dans son étude sur l'adoption des nouvelles technologies médicales, Greer¹⁶⁷ a identifié trois grands thèmes concernant l'adoption ou la diffusion des innovations médicales:

1. Le degré d'information et le degré d'influence des personnes qui adoptent l'innovation.
2. L'influence des caractéristiques organisationnelles sur la décision d'adopter une innovation. Cet aspect a été également élaboré par Perrow¹⁶⁸.

¹⁶⁷ Greer, A.L. (1977). *Hospital adoption of medical technology: A preliminary investigation into hospital decision-making*. Project for the Office of planning, evaluation, and legislation, health resource administration. Department of Health, Education and Welfare.

¹⁶⁸ Perrow, C.B. (1970). *Organizational analysis: A sociological view*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole Pub. Co.

3. Les intérêts des divers groupes impliqués dans la décision d'adopter une innovation et l'analyse de l'impact de ces intérêts sur les différentes étapes de la prise de décision (approche socio-politique).

Dans une autre étude réalisée sur une période de cinq ans dans 25 hôpitaux non-universitaires d'une région des États-Unis et en effectuant 378 entrevues, Greer¹⁶⁹ a identifié quatre facteurs indiquant la position des médecins lorsqu'ils décident d'acquérir un nouvel équipement:

1. le degré de connaissance de la technologie à adopter;
2. la place accordée à cette technologie dans le cadre de leur pratique;
3. le degré d'utilisation de cette technologie;
4. le type de rapport entretenu entre le médecin et l'hôpital qui se portera acquéreur de cette technologie.

De plus, les ressources limitées accordées à l'acquisition de nouvelles technologies entraîne nécessairement une concurrence entre divers départements, chacun poursuivant ses intérêts propres. Aussi, chacun est-il pris dans une situation où il doit lutter pour faire valoir l'importance de sa priorité. Cette concurrence est illustrée par l'exemple des radiologues qui coûtent cher aux administrateurs puisqu'ils exigent constamment des équipements à la fine pointe de la technologie; les administrateurs, quant à eux, détiennent un rôle extrêmement important à jouer et qui, aux dires de certains chefs de département, sont les premières personnes à convaincre puisque ce sont eux qui font preuve de rigidité souvent; et puis, il

¹⁶⁹ Greer, A.L. (1982). *Medical conservatism and technological acquisitiveness: The paradox of hospital technology adoptions*. Milwaukee: University of Wisconsin, Urban Research Center.

faut convaincre également les non-médecins, en l'occurrence les soins infirmiers et les ingénieurs biomédicaux puisque, de plus en plus, leur rôle n'est pas négligeable.

Enfin, entrent à leur tour dans ce rapport de forces les départements non consommateurs d'équipements, puisqu'une partie de leurs budgets est acheminée vers l'acquisition d'équipements dont eux ne se servent point.

Sur le plan de l'évaluation des nouvelles technologies médicales, il est intéressant de constater qu'en recourant à un même terme de comparaison, c'est-à-dire les États-Unis, deux catégories de répondants anglophones détiennent une vision distincte: en effet, la première catégorie, constituée par les radiologues, perçoivent négativement le fait de ne pas être à la fine pointe de la technologie, et ce, essentiellement, pour le bon traitement des patients. La seconde catégorie, formée par les ingénieurs biomédicaux, considère que le retard du Québec relativement à l'accès aux nouvelles technologies médicales a un impact positif sur les coûts d'acquisition de ces équipements, puisque ces derniers ont déjà été amortis.

Chapitre 8

Les rapports sociaux et les alliances entre les acteurs

Dans un contexte de ressources limitées dans le système de santé, les mécanismes de rationalisation relativement à l'acquisition de nouvelles technologies médicales sont susceptibles d'engendrer des tensions et des antinomies entre des groupes spécifiques à l'intérieur d'un même hôpital et, de façon plus générale, entre les institutions hospitalières. L'approche de gestion de ces institutions est affecté par l'évolution du système de santé et les décisions que doivent prendre les professionnels de la santé deviennent de plus en plus difficiles.

Parmi les difficultés rencontrées par les milieux hospitaliers, il faut souligner, en premier lieu, qu'au sein d'un même hôpital, les départements sont en concurrence; cette concurrence se manifeste de diverses façons et les tensions qui en découlent se résolvent de façon plus ou moins positive, selon le cas. En second lieu, cette concurrence est présente avec d'autres institutions hospitalières, dans la mesure où toutes ces institutions voudraient se voir doter des équipements les plus modernes et les plus sophistiqués, ce qui rehausserait, entre autres, l'image et le prestige de l'hôpital.

8.1 La concurrence entre départements au sein des hôpitaux

La concurrence entre les départements est expliquée de façon très formelle par le département de radiologie du milieu anglophone: dans un premier temps, le comité des équipements se réunit et reçoit les demandes à la fin de l'année; dans un second temps, les membres du comité rendent visite aux départements ayant fait une demande d'équipement: par exemple, deux membres se rendent en cardiologie, deux autres en pathologie et ainsi de

suite; bien entendu, aucun membre ne peut visiter son propre département. Dans ce contexte, les membres visiteurs évaluent la demande d'équipement du département concerné, à savoir quel équipement est demandé, pourquoi il est demandé et quelle est l'utilisation faite de l'équipement qu'il détenait auparavant. Dans un troisième temps, le comité se réunit de nouveau pour discuter des demandes de chaque département et établir des priorités.

Telle est la version formelle présentée par des médecins du département de radiologie, mais toute la partie informelle nous a été donnée par l'un des administrateurs anglophones de cet hôpital, que nous examinerons un peu plus loin.

Quant au milieu francophone, il en est tout autrement. Au département de radiologie, on exprime l'idée que tous les chefs de département ont des intérêts à défendre, et qu'il existe un jeu d'influences où les responsables utiliseront certaines stratégies pour aller chercher des appuis auprès des personnes qui auront à utiliser l'équipement demandé:

«Écoute, à la réunion, tu parleras, hein? Tu te manifesteras. Je ne veux pas être tout seul à parler, moi». Puis, dans ça, il y a des leaders, il suffit que tu ailles en chercher: «Écoute, mon dossier est important...». Puis là, si tu réussis à faire passer cette étape-là, ça va au directeur, ensuite au directeur général, au conseil d'administration, et par la suite, on essaie de voir si dans le budget, ça va fonctionner et ça passe au CRSSS.

(Entrevue L-2, Radiologie, HSJ)

En milieu anglophone, un des administrateurs nous a confié que, compte tenu de leur faible probabilité de réussite d'obtention de l'équipement souhaité, les directeurs de départements effectuent du lobbying autour du processus de décision du comité.

Du côté francophone, les administrateurs admettent qu'il existe continuellement une concurrence entre les quelque 70 unités administratives qui identifient des besoins en équipements. On est en présence d'un manque de ressources financières, et c'est seulement

grâce à la Fondation de l'hôpital que certains équipements très coûteux tels que la résonance magnétique pourront être acquis.

Les médecins anglophones interviewés diffèrent d'avis entre eux sur la concurrence entre les différents départements ayant besoin de nouveaux équipements médicaux, à savoir la détermination des priorités. Ainsi, certains médecins nous parlent de l'approche formelle, c'est-à-dire du rôle du comité des équipements à cet effet: *The committee decides, and it does it very well; it works well.*

D'autres médecins, en revanche, avouent que des stratégies sont orientées vers des pressions à exercer dans différents groupes médicaux pour que certains départements puissent obtenir les équipements dont ils ont besoin. Donc, malgré les efforts qui sont déployés pour obtenir une certaine justice - *fairness* - , ceux-ci ne donnent pas beaucoup de résultats puisqu'il existe diverses forces qui entrent en ligne de compte. Par exemple, si l'hôpital embauche un médecin qui a une réputation internationale, il doit fournir les équipements demandés par ce médecin.

En milieu francophone, la concurrence n'est pas un secret pour les médecins, puisque nous nous trouvons dans un contexte de ressources financières limitées et que tous les départements ne pourront être satisfaits ni en même temps ni de la même manière: *on n'a pas tellement le choix, on est dans des ressources qui sont limitées*, affirmait un médecin. Cette concurrence, naissant des ressources limitées, peut évidemment donner lieu à des affrontements et des conflits, dans la mesure où les uns ne comprennent pas les problèmes des autres et l'on procède alors par vote et non par consensus au niveau des comités. Parmi les critères retenus pour l'acquisition d'un équipement, les médecins signalent celui qui sera utile à plusieurs départements à la fois. Un des médecins interviewés nous donne l'exemple de l'acquisition de l'appareil de tomographie par ordinateur il y a sept ou huit ans: cet appareil a été

demandé par le département de radiologie, mais celui-ci a reçu des appuis de la part de médecins de plusieurs autres départements tels que les neuro-chirurgiens, les urgentistes, les hématologues, etc. Ces groupes apportent leur appui au département de radiologie, mais par contre, ils réclament également un soutien lorsque ce sera leur tour d'effectuer des demandes. *C'est un choix difficile, mais ça se fait par voie de négociation, de concertation et d'opposition*, nous a confié un médecin.

Un autre aspect soulevé par les médecins est que, dans la concurrence qu'ils vivent, les médecins doivent utiliser des stratégies pour convaincre les non-médecins, notamment le nursing et l'administration. Pour illustrer ceci, un des médecins donnait l'exemple du spécialiste en néonatalogie qui avait besoin d'un équipement permettant de doser le besoin en oxygène d'un bébé prématuré et celui du chirurgien en ophtalmologie qui, lui, avait besoin d'une chaise pour opérer, à défaut de laquelle il ne verrait pas bien dans l'oeil du patient. Pour le chirurgien, la chaise est un instrument de travail aussi important que l'équipement du spécialiste en néonatalogie car sans sa chaise, il ne peut opérer. Ces nuances, qui démontrent un écart assez important dans les demandes des médecins, sont difficiles à concevoir pour les administrateurs:

... si par exemple j'ai besoin d'un équipement pour doser le besoin d'oxygène qu'un prématuré a besoin, et le chirurgien en ophtalmologie a besoin d'une chaise quand il fait sa chirurgie de l'oeil qui est très long - il a besoin d'une chaise sinon il voit mal dans son oeil - pour lui, sa chaise est aussi importante que moi, parce que sinon il dit qu'il ne peut pas opérer. Mais pour l'administrateur, souvent c'est difficile. Je vous donne des exemples qui sont réels, mais ça démontre un écart assez important.

(Entrevue L-13, Néonatalogie, HSJ)

De façon plus globale, les médecins estiment que les problèmes de financement des hôpitaux par les instances gouvernementales se répercutent sur les équipements à acquérir: il faut alors démontrer que l'équipement souhaité peut avoir *un bénéfice de coût à long terme*

qui va coûter moins à la société. Selon ces médecins, ceci signifie concrètement que, dans le cas de la néonatalogie par exemple, si un prématuré devient aveugle ou qu'il lui reste des séquelles neurologiques à cause de l'utilisation d'un équipement de monitoring inadéquat durant son séjour à l'hôpital, alors ce ne sera pas l'hôpital qui paiera le prix du fait que la personne ne pourra pas bien fonctionner en société, mais ce sera plutôt toute la société qui défraiera ce coût.

Selon les chercheurs du milieu hospitalier anglophone, l'acquisition de nouveaux équipements médicaux est un travail de vente dans les demandes de subvention: il faut être en mesure de vendre son idée de la meilleure façon possible. Aussi, les chercheurs sont-ils susceptibles d'obtenir du financement pour acquérir des équipements lorsqu'ils détiennent les meilleurs arguments. Ainsi, des facteurs tels que l'usage de l'équipement par plusieurs départements ou la productivité contribuent à faire accepter une demande de financement pour les équipements:

(...) because multi-user equipment is more easily sold as an argument, the more people you have on your grant with a legitimate reason for buying that equipment, better your chances are; the more productive you are, the better your chances are. This is a sales job. (...)

(Entrevue K-2, Centre de recherche, HME)

Les chercheurs francophones, quant à eux, perçoivent la concurrence comme faisant partie intégrante du système, étant donné les ressources financières limitées:

le système est basé sur un système de compétition parce qu'il n'y a pas d'argent pour tout le monde.

(Entrevue L-3, Centre de recherche, HSJ)

Pour les responsables de la fondation francophone, la concurrence entre les fondations est un phénomène sain, puisque cela se déroule dans le respect de chacun:

On a appris à se respecter tout en défendant nos terrains; je trouve ça de bonne guerre

(Entrevue L-8, Fondation, HSJ)

Dans le but d'encourager le personnel de l'Hôpital Sainte-Justine à «donner», la Fondation de l'hôpital a décidé «d'égaliser la mise» des donateurs. Ainsi, dans des départements tels que l'obstétrique, la génétique médicale, l'anesthésie, l'imagerie médicale et autres, le personnel de l'Hôpital Sainte-Justine participe à l'achat d'équipements spécialisés.

Du côté anglophone, on ne semble pas observer de concurrence entre les fondations, puisque les réalités sont perçues comme étant différentes. En effet, selon l'un des représentants de la fondation de l'hôpital anglophone, il faut convaincre les gens de la nécessité de faire des dons aux hôpitaux, et ceci ne les met pas en concurrence:

... je ne marche pas avec une attitude de compétition, parce que c'est un peu du marketing dans un sens, mais ce n'est pas du marketing parce que c'est la philanthropie. Le défi, c'est de donner le message aux gens: nous avons besoin de l'argent, on doit donner la valeur, le pourquoi, pas seulement dire "j'ai besoin", dire c'est quoi la valeur de ce don philanthropique. Non, je ne marche pas avec une attitude de compétition, je ne pense pas qu'il y a trop, je ne pense pas qu'on demande trop aux gens, pas du tout.

(Entrevue K-10, Fondation, HME)

8.2 Le Québec et les autres hôpitaux pédiatriques

Dans le milieu anglophone, les médecins estiment que les hôpitaux au Québec sont en retard, comparés à ceux de l'Ontario, de la Colombie britannique et à plusieurs villes américaines. Ils pensent donc qu'ils ne sont pas compétitifs puisqu'ils ne détiennent pas les

équipements nécessaires à cette compétition. Ceci conduit donc à des frustrations de la part des médecins puisque certains d'entre eux finissent par quitter l'institution.

(...) Some people leave, that's one way. Because the Quebec system is... poor, more than poor, compared to other Canadian places, or compared to many American places.

(Entrevue K-5, Pédiatrie, HME)

Ce même retard est perçu du côté des radiologues francophones qui se comparent à leurs voisins «plus riches» et qui estiment avoir un écart relativement aux équipements diagnostics mis à leur disposition.

8.3 Concurrence ou collaboration entre les hôpitaux pédiatriques de Montréal ?

Les administrateurs anglophones estiment que le fait de conjuguer les demandes et d'acquérir le même équipement pour les deux hôpitaux peut être plus économique et plus bénéfique aux deux institutions, puisque les coûts d'entretien des équipements pourraient être diminués: en effet, l'entretien pourrait être assuré par un seul département de génie biomédical qui s'occuperait de trois ou quatre hôpitaux en même temps. Cependant, compte tenu des besoins du milieu et des différentes philosophies, ceci n'est pas toujours possible. En fait, même les techniciens biomédicaux détiennent des approches différentes lorsqu'ils recherchent des solutions à leurs problèmes, de telle sorte qu'il devient difficile d'uniformiser lorsqu'on est en rapport avec des êtres humains.

Relativement à la concurrence entre les deux hôpitaux, les administrateurs anglophones affirment qu'il en existe, mais que la collaboration pourrait être cultivée davantage. Actuellement, cette concurrence est considérée comme occupant une partie plus importante que la collaboration, mais les répondants ont confiance en la nouvelle génération qui développera de nouveaux types de relations. Dans le passé, la collaboration entre les deux

hôpitaux n'a pas été très poussée, étant donné les traditions différentes de chacun des groupes ethnoculturels et, par suite, de chacun des hôpitaux. En effet, notre recension des écrits portant sur le contexte sociétal montre bien que le clivage existant auparavant entre francophones et anglophones dans pratiquement toutes les sphères de la vie sociale - économique, culturel, linguistique, professionnel - mettait un frein à la communication et à la collaboration entre les deux groupes. Cependant, depuis les années 1980, les disparités entre francophones et anglophones tendent à disparaître, et c'est bien le discours qui ressort également des répondants.

Vu sous l'angle institutionnel, les administrateurs anglophones expliquent cette faible collaboration dans le passé par le fait que l'Hôpital de Montréal pour enfants a été soutenu financièrement par l'Université McGill ainsi que les autres hôpitaux rattachés à cette université. Toujours selon les mêmes répondants, l'Hôpital Sainte-Justine prétendait, à partir des années 1970, vouloir devenir le seul hôpital pour enfants à Montréal et transformer l'Hôpital de Montréal pour enfants en une clinique ou un service ambulatoire. Actuellement, toute cette vision est en voie de changement, les médecins collaborent sur le plan de la recherche, des communications, etc., et ceci est dû essentiellement à l'insuffisance des ressources:

(...) tout le monde souffre de l'insuffisance de l'équipement, des ressources; on essaie de travailler ensemble pour partager certaines ressources.

(Entrevue K-4, administrateur, HME)

Par ailleurs, il est également possible de faire l'hypothèse que les transformations dans l'économie du système de santé pousse à une plus grande collaboration, sans qu'elle ne s'accompagne nécessairement d'une homogénéisation progressive des «traditions» dans les deux milieux hospitaliers concernés.

L'acquisition de nouvelles technologies médicales telles que la résonance magnétique suscite, aux yeux des administrateurs francophones, une concurrence dans laquelle il faut

démontrer que le besoin en un équipement donné dans cet hôpital est prioritaire relativement à l'autre hôpital. Des recommandations sont effectuées suite à une étude qui tient compte de divers facteurs, dont le nombre de cas qui profiteraient de l'équipement. De plus, les moyens financiers étant limités, il faut également prendre en considération les coûts d'installation de l'équipement ainsi que ses coûts de fonctionnement:

Quand tu achètes un appareil qui coûte 2,500,000\$, en plus de l'achat de l'appareil, il y a l'installation qui est encore peut-être un autre 500,000\$, le budget de fonctionnement qui va être aussi de 500,000\$ par année, ça fait beaucoup.

(Entrevue L-4, administrateur, HSJ)

La complémentarité entre les hôpitaux constitue un autre aspect perçu comme essentiel ou inévitable par les administrateurs francophones qui, dans certains départements tels que la néonatalogie ou l'obstétrique, peuvent et veulent travailler ensemble.

Sur le plan de la philosophie ou de l'humanisation des soins par exemple, les administrateurs francophones estiment que leur hôpital est différent de l'hôpital anglophone dans la mesure où leur philosophie d'approche est plus latine, c'est-à-dire qu'ils détiennent un type de rationalité, de contact humain et de comportement avec les personnes qui se distingue de celui des anglophones. En revanche, tout ce qui a trait à la technique, aux sources d'information, aux revues scientifiques, aux livres de pédiatrie, ces éléments se retrouvent partout dans le monde: «la médecine est internationalisée», disent-ils. La spécificité de l'Hôpital Sainte-Justine est perçue dans le fait qu'il s'agit du seul hôpital pédiatrique au Canada qui intègre un centre mère/enfant dans la même institution.

Certains médecins du milieu hospitalier anglophone affirment qu'il existe une collaboration entre les deux hôpitaux pédiatriques de Montréal: si, par exemple, à l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'appareil de tomographie ne fonctionne pas pour une raison ou

une autre, les patients sont envoyés à l'Hôpital Sainte-Justine. De même en est-il de la médecine nucléaire qui n'existe pas à l'Hôpital de Montréal pour enfants: les patients sont encore une fois envoyés à Sainte-Justine. Ceci est valable de façon réciproque dans d'autres champs d'activités, selon un médecin. En effet, si les médecins de l'Hôpital de Montréal pour enfants considèrent que leur force se trouve en cardiologie et en génétique, ils perçoivent toutefois que l'Hôpital Sainte-Justine est meilleur en gastroentérologie ou en néphrologie.

C'est donc une complémentarité qui apparaît entre certains départements des deux hôpitaux; le travail est divisé entre les institutions: ... *We do one set of genetic test, the other hospital does another test. It's complementary.*

Certains médecins francophones perçoivent une concurrence entre les deux hôpitaux et qui provient de longue date. Ils estiment en effet que, contrairement à l'Hôpital de Montréal pour enfants qui a toujours bénéficié de certains avantages économiques, de par son association avec l'Université McGill qui détient une faculté de médecine «prestigieuse», l'Hôpital Sainte-Justine a été fondé par Madame Beaubien et par des bénévoles et l'affiliation universitaire s'est instaurée par la suite. Donc c'était davantage sur la base de sa réputation que les enfants malades étaient traités à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Cependant, depuis environ une vingtaine d'années, l'Hôpital Sainte-Justine a pris de l'avance sur l'autre hôpital, autant sur le plan scientifique, le volume d'activités que la dispensation de soins tertiaires.

Selon d'autres médecins francophones, la notion de complémentarité des deux hôpitaux est «une notion théorique qui est très active» car, dans la réalité, on retrouve finalement «les deux solitudes» puisque dans les deux hôpitaux, certains programmes se développent en parallèle. La collaboration n'est présente que sur le plan individuel du point de vue scientifique car, dans le fond, dans les deux cas, nous avons une même médecine: la médecine pédiatrique nord-américaine.

Enfin, les médecins francophones qui oeuvrent dans le domaine de la génétique, par exemple, traitent de «concertation» au niveau des services et de la recherche, dans la mesure où il existe un réseau de plusieurs hôpitaux pédiatriques à travers le Québec (Sainte-Justine, Hôpital de Montréal pour enfants, Sherbrooke, Québec et Chicoutimi) dans lequel s'effectue une concertation pour l'orientation des recherches ou encore l'achat des équipements.

De l'avis des chercheurs francophones, c'est évident qu'il existe de la concurrence entre les hôpitaux puisque le système de demande de subventions est basé sur un système de compétition étant donné qu'il n'y a pas suffisamment de fonds pour tous les chercheurs. De plus, ces demandes sont adressées généralement aux mêmes organismes tels que le CRM (Conseil de recherches médicales) et le FRSQ (le Fonds de recherche en santé du Québec). En recherche, il est important de noter qu'il existe très peu d'échanges d'équipements entre les hôpitaux, sauf dans le cas d'équipements coûtant un million de dollars et plus, et même à ce moment-là, l'emplacement géographique entre en ligne de compte puisque localiser un équipement dans un centre hospitalier signifie attirer la clientèle à cet endroit, ce qui n'est pas en faveur de l'autre centre. La concurrence refait donc surface étant donné que «tout le monde veut être le meilleur».

Quant aux chercheurs anglophones, ils ne s'expriment pas sur la concurrence mais estiment eux aussi qu'il n'y a pas beaucoup de collaboration entre les deux hôpitaux, sauf sur le plan clinique:

Euh... I do not have an active collaboration with Ste-Justine or the ??? Other people here do: genetics does, people in gastroenterology do, ...

Well, we're very close to Ste-Justine, because of the Telethon. And every year, we are both ... the people who benefit from the fund raising. So doctors from each of institutes generally go to the fund raising together, bring patients from the two hospitals together, so we are seen as a unit. (...) we especially know in our own departments who's

there, and in some cases, there are active collaborations sometimes at a clinical level, probably more at a clinical level at this point because patients go back and forth, they have specialized in different services at the two hospitals, just as we specialize in different research areas...

(Entrevue K-2, Centre de recherche, HME)

8.4 Conclusion

Comme nous l'avions vu dans la recension des écrits portant sur les organisations, et notamment dans le modèle de Crozier et Friedberg, les acteurs impliqués dans le processus de prise de décision sont libres, et peuvent par conséquent effectuer des choix et élaborer des stratégies qui seront rationnelles pour eux, c'est-à-dire pour l'atteinte de leurs objectifs. Ces stratégies consisteront à mieux se placer dans le système de pouvoir pour obtenir les gains recherchés, en l'occurrence l'acquisition de nouvelles technologies médicales. C'est donc par un jeu d'alliances avec le système d'autorité que les acteurs obtiendront, le cas échéant, gain de cause. Ceci aura pour effet de susciter de la concurrence entre les départements.

Cette concurrence qui existe entre les différents départements quant à l'acquisition de nouvelles technologies médicales est souvent tue par les répondants anglophones. Ceux-ci expriment en effet l'approche formelle utilisée dans leur institution, c'est-à-dire les étapes par lesquelles une demande d'acquisition d'équipement devrait officiellement traverser.

En revanche, dans le milieu francophone, on ne cache pas que les acteurs impliqués dans ce processus décisionnel ont des intérêts à défendre, puisque les ressources financières sont limitées et que les technologies médicales sont essentielles pour le bien-être de la population de même que pour un travail efficace des professionnels de la santé. Ceci reflète l'attitude de chacun des groupes relativement à la concurrence et à la collaboration qui existe entre eux.

La concurrence qui existait jusqu'à récemment entre les deux hôpitaux est graduellement en train de s'amenuiser; il apparaît à présent plutôt une certaine ouverture à la collaboration entre les deux groupes, et ce, autant du côté francophone que du côté anglophone. Qui plus est, les deux hôpitaux se perçoivent maintenant comme étant complémentaires dans le contexte de l'acquisition de nouvelles technologies médicales. C'est du moins la perception de certaines personnes impliquées dans le processus décisionnel.

Chapitre 9

Effets des nouvelles technologies sur la pratique et la profession médicales

Ce chapitre a pour objectif d'examiner en quoi le développement des nouvelles technologies a modifié la pratique médicale, d'une part, et la profession médicale, de l'autre. Il a aussi pour but de démontrer, sous un angle comparatif, que les nouvelles technologies médicales constituent un facteur de convergence des communautés francophones et anglophones dans le processus décisionnel relatif à l'acquisition de ces technologies.

I

La pratique médicale

Lorsque nous traitons de la pratique médicale, il s'agit principalement de la pratique du médecin en milieu hospitalier; nous avons choisi ce contexte d'étude plutôt que le cabinet médical par exemple, puisque c'est à l'hôpital que se sont implantées les technologies médicales.

Dans ce chapitre, l'analyse des entrevues s'effectuera selon deux perspectives: celle des administrateurs et celle des médecins.

9.1 Perception des administrateurs

Les administrateurs sont représentés par le directeur général, le directeur scientifique, le président du CMDP, le directeur des services professionnels, le directeur du service de génie biomédical, le directeur général de la fondation et le directeur des soins infirmiers ou de

leurs adjoints. On y retrouve une forte proportion de médecins dont la tâche essentielle ou une part importante de l'emploi de leur temps consiste en de l'administration.

9.1.1 Le milieu anglophone

En milieu anglophone, les administrateurs pensent que le développement des technologies médicales a deux conséquences importantes sur la pratique médicale.

Tout d'abord, le développement des technologies médicales permet de traiter un nombre plus important de patients à domicile: il s'agit essentiellement de démystifier la médecine en offrant une éducation aux parents afin de les responsabiliser et de leur enseigner le système biologique ainsi que les modes d'utilisation des équipements à domicile.

Nous avons des enfants qui sont à la maison avec des ventilateurs, "respirators", "gastroctomy"; on enseigne à la mère comment faire fonctionner la machine, comment nettoyer ça, comment connecter tout ça, c'est pas ici, c'est à la maison... Parce que l'on sait qu'il va toujours avoir besoin de cette machine... Avec de l'aide, c'est compliqué d'organiser tout ça, on a la participation de tous les intervenants du réseau ... Si vous le faites et c'est maintenant pas pire... c'est difficile, ça prend très longtemps.

Il y a des changements de mentalité.

(Entrevue K-1, administrateur, HME)

En second lieu, le fait de traiter le patient à la maison entraîne un changement dans le concept même d'hôpital, puisqu'il n'est désormais plus nécessaire d'avoir autant de lits à l'hôpital: celui-ci ne devient plus que salle d'opération, salle de réveil, salle de soins intensifs, laboratoires, services ambulatoires et services à domicile.

Cette diminution du nombre de lits entraîne cependant des inconvénients du point de vue des ressources attribuées par l'État: face à cette ambivalence, les administrateurs semblent

hésiter sur l'orientation à adopter, à savoir répondre aux besoins de la société en traitant les patients chez eux le plus souvent possible au moindre coût, ou bien adopter une attitude de gestionnaire en maximisant l'obtention des ressources de l'État.

9.1.2 Le milieu francophone

En milieu francophone, le développement des technologies médicales est perçu par les administrateurs comme impliquant un changement d'approche, axé davantage sur une philosophie de soins. Ce changement vise deux aspects de la pratique médicale: la surspécialisation des médecins et une relation médecin-patient moins directe que ce n'était le cas auparavant.

Le phénomène de la surspécialisation est notamment mentionné par les administrateurs francophones, qui affirment qu'on aura plus de spécialistes que de généralistes, et cette approche pourrait avoir comme limite de négliger l'être humain en tant que tout en se concentrant plutôt sur chacune de ses composantes:

... Ça fait aussi que, à cause de toute la connaissance que ça demande aux médecins, souvent tu vas avoir un spécialiste de l'orteil, un spécialiste de l'oeil et un spécialiste de l'oreille, , mais on a oublié que c'est tout un être humain que tu as en-dessous de tout ça, et c'est peut-être le problème de la technologie plus avancée, et de la spécialisation.

(Entrevue L-4, administrateur, HSJ)

La relation médecin-patient, quant à elle, sera désavantagée, puisque les médecins auront moins de contact avec les patients, dû aux équipements desquels on attend des diagnostics:

... Par exemple, je pense particulièrement pour les diagnostics, souvent on est un peu accroché à ce que l'appareil est capable de faire pour être capable de poser un diagnostic, et comparativement aux

années antérieures où tu avais un jugement clinique qui pouvait être posé et il était confirmé par un appareil; là souvent, ça peut arriver que la personne ne confirmera pas son diagnostic, n'avancera pas son diagnostic et ça va être l'appareil qui va venir nous donner le diagnostic, ce qui est un peu différent.

(Entrevue L-4, administrateur, HSJ)

Les perceptions des administrateurs, même si elles diffèrent d'un milieu à l'autre, ne s'opposent pas cependant. Il s'agit plutôt de préoccupations divergentes qui retiennent leur attention: alors que dans le premier cas, c'est la question du coût du traitement qui est abordé, dans le second cas on fait davantage référence à la qualité du traitement.

Il en ressort également que l'effet des nouvelles technologies médicales sur la pratique est perçu différemment par les deux milieux: les francophones semblent effectivement avoir une attitude plus négative que les anglophones, dans la mesure où ils perçoivent davantage les effets paradoxaux de ces nouvelles technologies plutôt que leurs bienfaits.

9.2 Perception des médecins

Nous allons maintenant examiner la perception des médecins dans chacun des milieux, face à l'effet des nouvelles technologies médicales sur leur pratique. Pour ce faire, nous procéderons par l'analyse des thèmes abordés par les médecins, aux niveaux du diagnostic, de la prévention, de la relation médecin-patient et finalement des difficultés rencontrées.

Les médecins anglophones estiment que les nouvelles technologies médicales ont beaucoup modifié le diagnostic posé auparavant. Certains médecins semblent même avoir développé une dépendance à l'endroit de ces équipements:

Au niveau diagnostic surtout, on ne peut plus rien faire maintenant si on n'a pas les appareils

diagnostics pour aider les diagnostics. La partie diagnostic dépend des appareils énormément, la biochimie, les rayons X, la vision, etc.

(Entrevue K-6, Génie biomédical, HME)

En ce qui concerne l'imagerie médicale plus particulièrement, nous avons maintenant la possibilité d'avoir des images à deux ou trois dimensions, ce qui conduit le médecin à voir avec précision où et comment se situent les pathologies.

De plus, nous sommes en présence de techniques diagnostiques qui éliminent presque totalement la douleur et la souffrance grâce à leur caractère non-invasif et qui offre une information de haute qualité au médecin.

... In neurological terms, the investigation that are carried out on children, major investigation are now - we call it non-invasive - that is the child doesn't have to have any serious painful procedure done as part of that investigation. (...) The second and perhaps more or equally important, is that the information that we get is so high quality that it shows things that we could not have seen in anyway before. It is like a miracle, it is like a new era in the last five years. The MRI scanning has moved investigated neurology ahead by as much as the original development of X-Ray I would think.

(Entrevue K-11, Neurologie, HME)

Chez les médecins francophones, on retrouve le même genre de témoignage en ce qui concerne les avantages des technologies médicales du point de vue du diagnostic:

D'après moi, on est dans une période emballante du diagnostic, parce qu'on voit les structures, on peut les étudier; on est en avance sur la chirurgie. Je prends le scan, la résonance magnétique...

(Entrevue L-2, Radiologie, HSJ)

Sur le plan de l'effet préventif des nouvelles technologies médicales, celui-ci constitue l'un des thèmes soulevés autant par les médecins anglophones que francophones.

Dans le milieu anglophone, les médecins estiment que les nouveaux équipements favorisent la pratique d'une médecine à caractère plus préventif, ce qui n'a pas toujours été le cas dans le système de santé:

So we will see a change in the practice, we will see an increased emphasis on prevention, which is not a major emphasis in the health care system.

(Entrevue K-12, Génétique biochimique, HME)

Nous pouvons illustrer ceci par le témoignage d'un des médecins pour qui un des secteurs où ces nouvelles technologies médicales offre des mesures de prévention évidentes est celui de la néonatalogie:

Well, if some of the respirators that are designed specifically for use of babies, I think that it's clear that our babies are surviving now because we have respirators that are specifically designed for use in the young enfance as opposed to adults. Two years ago, we had respirators that were designed for adults that we were trying to adapt for babies; (...) And the newer respirators are much more sophisticated than the twenty year old ones, and many of the children who are alive, it's because the technology is there.

(Entrevue K-7, Néonatalogie, HME)

Toujours dans le secteur de la néonatalogie - puisque c'est là que l'aspect préventif des nouveaux équipements ressort le plus - on retrouve le même discours chez les médecins francophones, à savoir que les nouveaux équipements ont eu un effet préventif remarquable sur les patients:

Maintenant on est beaucoup plus avancé. On a des signals avant que s'est déclenché un processus destructeur quelque part.

- Est-ce que ça veut dire qu'il y a un aspect prévention dans ces technologies, qu'on n'avait pas avant?

Oui, exact, dans mon domaine.

(Entrevue L-13, Néonatalogie, HSJ)

Finalement, les nouvelles technologies médicales semblent avoir un effet sur la relation médecin-patient. De quelle manière cette relation est-elle modifiée?

Selon les médecins anglophones, l'interprétation des nombreux tests ainsi que les explications fournies au patient exigeront des médecins qu'ils consacrent beaucoup plus de temps avec leur patient:

That will change. In fact it will become even more important because the physician... the tests achieved by genetic technology, somebody has to interpret to the patient why you are at risk of having this particular problem, and it may make medicine more complicated, it may make it impossible for somebody to run a clinic and see patients every 5 minutes. It may require a lot more time talking to you and me about our problem.

(Entrevue K-12, Génétique biochimique, HME)

Les médecins anglophones pensent qu'ils deviendront de plus en plus dépendants des technologies médicales et seront moins axés sur l'examen du patient pour déterminer leur diagnostic:

... ça veut dire que les médecins examinent moins le patient (...); ça veut dire que même ils perdent certaines connaissances cliniques, ils dépendent sur l'équipement, sur le moniteur, sur le test de laboratoire; au lieu d'examiner le patient, au lieu de prendre toute une histoire, ils examinent le patient avec toutes sortes de tests cliniques, très sophistiqués, développés par les médecins de plusieurs années. Ils ne connaissent pas le patient maintenant, ils utilisent les tests de laboratoire et les rayons X tout de suite. Alors ils perdent la capacité d'interpréter les problèmes du patient logiquement, de développer une évaluation logique de ce problème et arriver à un diagnostic plus probable, moins probable...

(Entrevue K-4, administrateur, HME)

L'humanisation des soins, loin d'y gagner, connaîtra plutôt un recul du fait de l'introduction des nouvelles technologies médicales:

C'est sûr que c'est facile et c'est moins de trouble parler à l'équipement que de parler au patient. C'est officiel, l'équipement ne te répond pas... Parler aux patients, c'est pas pareil, mais ça, c'est la nature humaine, ça.

(Entrevue L-7, Président CMDP, HSJ)

Enfin, même si plusieurs sont conscients des améliorations que les technologies médicales apportent en termes de qualité des soins, il n'en demeure pas moins que tous les médecins francophones reconnaissent, comme nous venons de le voir, la dégradation sur le plan de la relation du médecin avec son patient:

Certaines technologies de pointe, (...) ce que l'on demande actuellement dans toute la résonance magnétique et ainsi de suite, ça améliore l'investigation, ça améliore la qualité de l'acte, ça améliore la puissance pour faire le diagnostic, il n'y a pas de doute que ça change très peu, en terme d'amélioration, la relation entre le médecin et son patient.

(Entrevue L-10, Pédiatrie, HSJ)

9.3 Difficultés rencontrées

Le développement des nouvelles technologies entraîne des difficultés de deux ordres: tout d'abord, des difficultés d'ordre financier, puisque ces nouvelles technologies exigent un investissement important au départ, mais constituent des économies à long terme puisque, dans certains cas, les patients pourraient être traités à domicile et ceci représenterait une baisse des coûts de soins dans les hôpitaux. Or, les ressources budgétaires étant limitées, les médecins doivent souvent se contenter du minimum qu'ils ont à leur disposition et qui est souvent désuet. Comme le souligne un des médecins francophones:

... l'impact financier de cette nouvelle technologie, comme vous le voyez, est que la nouvelle technologie demande un investissement plus grand au départ et par contre va amener des économies à long terme qui ne sont pas négligeables et qu'on ne peut pas encore monnayer, quantifier de façon précise mais qui devrait pouvoir l'être.

(Entrevue L-11, Génétique médicale, HSJ)

Chez les médecins anglophones, la perception est similaire au niveau du coût de ces nouvelles technologies, même si on soulève aussi leurs bienfaits:

More expensive. It costs more, but it is miraculous what the differences as I see now, the facility to evaluate a brain now and what it was prior to 1973. There is a world, with all technology thank, with all techniques, and it's just night and day, it's marvellous what can we diagnoses now with no pain; before, it's difficult, painful, inaccurate, and risky.

(Entrevue K-8, Radiologie, HME)

Ces difficultés que rencontrent les médecins ont plusieurs conséquences:

a) sur le savoir professionnel, à savoir la nature et les limites de la compétence des experts, dans la mesure où ces derniers perdent de plus en plus le contact avec les patients et développent une relation avec les équipements pour établir un diagnostic; on assiste ainsi, selon les spécialistes, à un changement sur le plan professionnel. Un des répondants francophones affirmait à ce propos:

Je pense que le développement technologique va faire que les médecins vont avoir moins de pratique. ... Les spécialistes sont formés dans un milieu où il y a beaucoup plus d'appareillage qui est utilisé et ils vont vouloir avoir ces appareils-là pour poser les gestes qu'ils ont à poser. Je pense que le développement technologique crée une demande chez les médecins, d'abord au niveau des mesures de diagnostic, ils vont vouloir avoir des résultats au niveau du laboratoire; au niveau de la radiologie, ils

vont vouloir avoir des examens au scan maintenant, ce qui antérieurement se fait en examen clinique; là, on va demander 2 ou 3 sortes d'examens pour s'assurer que c'est le bon diagnostic.

(Entrevue L-6, Services aux hospitalisés, HSJ)

b) sur le fait que le retard à acquérir des nouvelles technologies médicales aura comme effet que l'hôpital n'attirera pas des médecins de grande renommée et risquera même de voir partir ceux qui sont là. Voici ce que dit l'un des administrateurs anglophones:

I think they just have to be given the tools to do the job. Some will decide not to come, because the equipment is not as good as they were before, where they were trainee. Many would not even consider coming here.

(Entrevue K-3, Président CMDP, HME)

c) sur la formation des futurs médecins, qui iront plutôt faire leur stage dans des hôpitaux utilisant des équipements de pointe.

En second lieu, le développement des nouvelles technologies médicales a entraîné des frictions entre les professions médicales, par exemple en rendant la radiologie plus interventionniste ou encore en diminuant le rôle du chirurgien.

Du côté des administrateurs francophones, on soulève ces difficultés:

Là c'est le rôle du chirurgien qui vient de disparaître, pas disparaître mais diminuer et il peut y avoir des frictions entre disciplines de professions, parce que les capacités d'une technologie vont venir donner des idées aux gens, alors le génie vient à ce moment là. Puis à l'intérieur d'un domaine, si on parle de la radiologie, il y a la venue de l'échographie: l'échographie est montée en flèche puis toutes les techniques radiologiques conventionnelles ont descendu énormément, parce qu'avec l'échographie on fait les examens que l'on n'osait pas faire ou qui se faisait plus difficilement avant; la venue d'une nouvelle technologie n'est

jamais exploitée à son maximum au moment de son introduction.

(Entrevue L-1, Génie biomédical, HSJ)

Un des administrateurs anglophones affirme également:

... il y a d'autres facteurs qui entrent là-dedans qui peut-être sont plus importants comme l'évolution des autres professions, les professionnels et leurs rôles, statuts. Maintenant il y a de la duplication des rôles, comme la société n'aime pas maintenant les médecins, n'aime pas la science, ça entre dans le mouvement pour pousser à côté les médecins, ses interventions et sa technologie.

(Entrevue K-4, administrateur, HME)

9.4 Conclusion

Alors que les administrateurs anglophones et francophones ne mettent pas l'accent sur les mêmes effets entraînés par les développements technologiques et portent sur ceux-ci des jugements assez différents, nous n'avons pas trouvé de distinction significative dans les perceptions des médecins francophones et anglophones, puisque ces derniers traitent essentiellement des aspects médicaux qu'entraîne le développement des technologies médicales. Il semble que les nouvelles technologies nivellent la culture en ce sens que la culture professionnelle médicale est assez puissante pour faire en sorte que francophones et anglophones aient les mêmes réactions en tant que médecins. Ceci confirme également ce que nous avons observé dans le chapitre 6, à savoir que les médecins francophones et anglophones publient dans les mêmes revues et participent aux mêmes congrès. Donc, sur le plan scientifique, nous ne pouvons établir une distinction entre les deux groupes ethnolinguistiques.

II

La profession médicale

Les milieux hospitaliers francophones et anglophones perçoivent-ils de la même manière l'influence des nouvelles technologies médicales sur la profession médicale?

9.5 Perception des administrateurs

9.5.1 Le milieu anglophone

Certains administrateurs anglophones pensent que les nouvelles technologies médicales constituent un instrument de prestige pour les médecins, et que l'apparition de nouvelles spécialités telles que le génie biomédical représente un effet direct du développement des nouvelles technologies:

Le développement de la spécialisation est directement relié au développement de la nouvelle technologie; s'il n'y avait pas tellement de nouvelles technologies dans l'abdomen, il n'y aurait pas de génie biomédical.

(Entrevue K-6, Génie biomédical, HME)

D'autres administrateurs estiment que nous assistons à une expansion du rôle des professionnels de la santé, tels que les infirmières, les travailleuses sociales, les ingénieurs biomédicaux ou encore les professionnels de la réadaptation. Cette expansion se réalise non sans tensions entre les différentes professions:

(...) Le rôle de ces autres professionnels s'est agrandi. Même les infirmières aimeraient prendre une certaine partie du rôle du médecin, et du rôle de psychologue, et du rôle du travailleur social, alors il y a des tensions entre travailleuses sociales et infirmières, médecins et infirmières, et ça cause des problèmes avec les communications, peut-être plus de distance entre le médecin et le patient; et aussi le

médecin, avec son utilisation de plus en plus de technologies, il communique plutôt avec le dossier du patient et les résultats au lieu du patient directement (...)

(Entrevue K-4, administrateur, HME)

De plus, certains administrateurs, en l'occurrence aux soins infirmiers, croient que les médecins ne sont pas formés pour travailler dans des équipes interdisciplinaires, et ceci cause des frictions entre les différents groupes de professions, comme c'est le cas entre les infirmières et les médecins:

La relation entre les médecins et les infirmières, c'est un problème aussi. Parce que les médecins sont socialisés, éduqués pour être entrepreneur individuel et indépendant, qui donnent des ordres; ils ne sont pas éduqués pour travailler dans des groupes interdisciplinaires.

(Entrevue K-13, Soins infirmiers, HME)

9.5.2 Le milieu francophone

En milieu francophone, les administrateurs sont d'avis que nous assistons, avec l'avènement des nouvelles technologies médicales, à l'émergence de nouvelles professions, telles que le génie biomédical, ou encore à l'adaptation de certains groupes professionnels aux nouveaux équipements. Ceci déclenche évidemment des guerres de territoire entre les diverses professions qui utilisent ces technologies:

... les groupes professionnels s'adaptent aux nouveaux équipements. C'est toujours quel groupe en prend possession et l'utilise le mieux. Dans l'imagerie, les radiologistes ont l'expertise en échographie, en résonance magnétique, mais il y a d'autres disciplines aussi qui ont développé l'expertise en échographie: les gynécologues, les cardiologues utilisent l'échographie aussi. Alors là, tu as des petites guerres de territoire.

(Entrevue L-7, administrateur, HSJ)

Ces administrateurs, tout comme les anglophones, pensent que les ingénieurs biomédicaux prennent de plus en plus de place:

(...) avant on n'en avait pas d'ingénieur en génie biomédical, alors que là, dans toute la sélection de tous les équipements ils sont impliqués, dans les choix des technologies, ils sont impliqués aussi, dans les spécifications des équipements; ces gens-là, dans l'avenir, vont prendre de plus en plus de place (...)

(Entrevue L-4, administrateur, HSJ)

Contrairement aux anglophones, les administrateurs francophones n'abordent pas la question des nouvelles technologies médicales sous l'angle d'instrument de prestige, mais y voient plutôt comme impact le développement de nouvelles spécialités médicales:

Il va se former sûrement de nouveaux regroupements d'individus. Maintenant, c'est par spécialité: les spécialités étant en relation avec les organes, c'est de plus en plus inter-départemental ou inter-spécialité, des approches de groupe, ça devient des approches de thèmes au lieu d'être des approches d'organes comme c'était antérieurement. À cause des nouvelles technologies, à cause des connaissances qui sont meilleures, c'est sûr, sûr que ça va changer effectivement.

(Entrevue L-5, administrateur, HSJ)

Aux soins infirmiers, la même réflexion que celle qui était faite en milieu anglophone est soutenue au niveau du travail qui doit être accompli ensemble par les différents groupes de professions, peut-être de façon moins affirmative cette fois-ci:

(...) De plus en plus, on tend au travail en équipe interdisciplinaire (...) Est-ce que c'est le développement technologique qui a organisé ça, ou est-ce que c'est une nouvelle façon de voir les choses, je ne suis pas en mesure de dire que cette nouvelle façon d'être ensemble est générée essentiellement par le développement technologique. Il y a d'autres facteurs qui viennent influencer les comportements humains, pour que les machines, mais la machine ça fait partie des facteurs d'environnement, ça vient influencer...

(Entrevue L-6, Services aux hospitalisés, HSJ)

9.6 Perception des médecins

L'effet des nouvelles technologies médicales est perçu par les médecins sous l'angle du développement et du rôle des nouvelles spécialités ou sous-spécialités médicales.

9.6.1 Le milieu anglophone

En milieu anglophone, sans dresser une liste exhaustive des nouvelles spécialités, les médecins interviewés ont mentionné certains domaines comme étant relativement nouveaux.

Tout d'abord, la technologie informatique est perçue comme un grand changement dans le système de santé, et conséquemment, l'expert en informatique pourrait occuper une place importante:

Computer, I suppose the big change is the computer, the computer technology, and the importance of the computer expert in the health care system is new, I mean it's new in the last ten years, that's been a big change.

(Entrevue K-5, Pédiatrie, HME)

Ensuite, la génétique médicale est maintenant reconnue comme étant une expertise, ce qui n'était pas le cas auparavant:

But the Royal College of Physicians and Surgeons in Canada has just this spring recognized for the first time that genetics is a special expertise in medicine. (...) It will be necessary for the Corporation professionnelle to recognize that there are geneticists who deliver services in the context of the health care system and that they will be recognized for that specialty, just the way the Corporation recognizes and the Régie recognizes that there are internists, obstetricians, ophthalmologists, radiologists, there will have to be geneticists (...).

(Entrevue K-12, Génétique biochimique, HME)

En troisième lieu, le secteur de la radiologie s'est divisé en plusieurs sous-spécialités, c'est-à-dire qu'en plus d'avoir la radiologie pédiatrique ou neurologique, nous avons également des experts des divers nouveaux équipements, tels les experts de la résonance magnétique ou encore les experts de l'ultrason:

(...) As a result, radiology is now divided into so many subspecialties, within radiology; pediatric radiology was always a subspecialty as was neuro, but now within pediatric radiology even, you have the experts on MR, CT, ultrasound, etc. So it makes like much more difficult.

(Entrevue K-8, Radiologie, HME)

Aussi, le rôle de ces spécialistes a évolué en termes de leur implication dans l'investigation du patient:

The ability to investigate patient has increased: a number of studies that can be done that will throw light on the problem has increased.

(Entrevue K-11, Neurologie, HME)

De même en est-il du rôle du chirurgien qui a considérablement changé en termes d'équipement de diagnostic qu'il peut utiliser:

It has changed in many ways, I mean, some of the surgical techniques, their approach have not changed a great deal, but for the cardiac surgeon to be able to make a diagnosis quickly, there is technology in the sense of things to visualize and magnify very small structures...

(Entrevue K-7, Néonatalogie, HME)

9.6.2 Le milieu francophone

Les perceptions des médecins francophones sont similaires à celles de leurs confrères anglophones, relativement aux nouvelles spécialités que les technologies médicales ont engendrées.

En effet, dans le domaine de la pédiatrie notamment, le développement des spécialités est perçu comme un phénomène assez récent:

(...) probablement que la pédiatrie est un des secteurs les plus en ébullition actuellement; (...) il y a des spécialités pédiatriques, il y en a une dizaine qui viennent d'être reconnues officielles, et en plus de cela il y en a cinq autres qui sont en voie de l'être sous peu; ça c'est tout récent, c'est au cours des dernières années; c'est sûr que dans un hôpital comme ici, plusieurs de ces spécialités-là, par le type de pratique, étaient déjà en marche depuis un certain nombre d'années, mais c'est un peu un lieu où on draine les patients spécifiques, mais vus par la communauté en général, ce sont des changements qui sont assez récents... spécialisation et sur-spécialisation dans le domaine de la pédiatrie, c'est assez récent en fin de compte.

(Entrevue L-10, Pédiatrie, HSJ)

La génétique médicale, comme nous venons de le voir avec les médecins anglophones, est vue comme une sous-spécialité par les médecins francophones:

Oui, chez nous, il y a une nouvelle profession qui s'appelle la génétique médicale, et qui est une sous-spécialité, qui était une sous-spécialité de la pédiatrie en médecine interne, mais non reconnue par des organismes comme les collèges royaux, les collèges provinciaux de médecine, mais qui, depuis cette année, depuis 1989, est devenue une spécialité médicale au même titre que la médecine interne, que la psychiatrie, que la radiologie au Canada, et qui va possiblement être reconnue comme une spécialité aussi par les collèges provinciaux; il y aura donc une nouvelle entité qui s'appelle les généticiens médicaux et qui seront des spécialistes qui vont s'occuper d'un secteur bien précis de la santé au Canada.

(Entrevue L-11, Génétique médicale, HSJ)

9.7 Conclusion

Sur le plan de la profession médicale, les médecins francophones et anglophones ont une perception similaire de l'effet des nouvelles technologies médicales, à savoir que ces dernières engendrent de nouvelles sous-spécialités, telles que la génétique médicale ou encore la radiologie pédiatrique ou neurologique. Quant aux administrateurs, les deux groupes ont également une vision similaire relativement à l'effet des nouvelles technologies médicales sur la profession; cependant, les anglophones perçoivent les nouvelles technologies médicales comme un instrument de prestige, ce qui n'a pas été soulevé par les administrateurs francophones.

Quant à l'avenir de la profession médicale, plusieurs chercheurs se sont penchés sur l'évolution de cette profession. Freidson¹⁷⁰ a analysé comment la profession médicale s'est organisée pour obtenir le monopole de l'exercice. Plus récemment, Couture¹⁷¹ a montré comment les professions perdent de leur prestige et de leur pouvoir. C'est évidemment le cas des médecins qui, dû à l'expansion des nouvelles technologies médicales, voient émerger de nouveaux groupes professionnels qui prennent de plus en plus de place dans la profession médicale. Dans ce contexte, Rocher¹⁷² montre comment les médecins, par exemple, acceptent des éléments de la «culture gestionnaire». Comme l'indique Demers¹⁷³, dans

170 Voir à ce sujet: Freidson, E. (1985). The Reorganization of the Medical Profession. *Medical Care Review*, 42 (1), 11-35. Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.

171 Couture, D. (1988). Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire. *Sociologie et Sociétés*, XX (2), 77-89.

172 Rocher, Guy (1990). «Y a-t-il des normes d'allocation des équipements coûteux en milieu hospitalier?». *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 20 (2), 221-229.

173 Demers, Louis (1994). La profession médicale. Dans: Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et Bélanger, G. (dirs.) *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval, pp. 213-243.

certain cas, les médecins préfèrent collaborer avec les gestionnaires plutôt que de s'y opposer, surtout dans une période de restrictions budgétaires.

Cette conversion des médecins à des normes gestionnaires peut représenter un vecteur important de transformation de la profession médicale et de la gestion des organisations de santé en elles-mêmes. En effet, des analyses récentes menées en Angleterre dans ce domaine nous amènent à penser que les professionnels, en assumant progressivement des responsabilités de gestion, risquent de déclasser une partie des gestionnaires de ce secteur.

Chapitre 10

Les sources de financement

Ce chapitre porte sur une analyse de la provenance des ressources financières des deux hôpitaux analysés, en ce qui concerne l'acquisition des nouveaux équipements médicaux. En premier lieu, nous examinerons les fondations hospitalières, qui constituent les institutions par lesquelles des personnes ou des organismes transmettent des dons. En second lieu, nous verrons quelles sont les autres sources de fonds qui servent aussi à l'achat de nouveaux équipements. Ceci fait, nous analyserons les procédures par lesquelles les hôpitaux ont recours à ces sources de financement et comment s'établit leur processus de priorisation.

10.1 Les fondations hospitalières

En comparant les fondations des deux hôpitaux, nous examinerons en quoi elles sont similaires et sur quels autres aspects elles diffèrent. Suite à un bref aperçu historique, nous analyserons les facteurs qui sont à l'origine de leurs différences et de leurs similarités.

Aperçu historique et évolution

C'est en 1969 qu'a été créée la première fondation de l'Hôpital Sainte-Justine, appelée «Fondation Justine Lacoste-Beaubien»: son but était de promouvoir la recherche sur les maladies infantiles, de recueillir des fonds pour aider les chercheurs de l'hôpital et de créer des bourses. En 1981 s'est constitué le «Fonds de développement de l'Hôpital Sainte-Justine», dont l'objectif était de recueillir des dons pour répondre aux besoins de l'hôpital. Par la fusion de ces deux fondations est née, en 1986, la «Fondation de l'Hôpital Sainte-

Justine» qui, administrée par un groupe de gens d'affaires, répondait davantage aux besoins de l'hôpital:

*La mission de la Fondation est de recueillir des fonds pour les besoins de l'Hôpital non comblés par les gouvernements, et se situe à trois niveaux: la recherche, l'achat d'équipements spécialisés et l'humanisation des soins*¹⁷⁴.

Quant à la Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants, sa principale fonction consiste en l'«administration des donations privées et des dons, au profit de l'hôpital Montreal Children's»¹⁷⁵. La Fondation est évidemment un organisme à but non lucratif, avec un conseil d'administration autonome composé de 40 hommes et femmes d'affaires, parents, amis et représentants de l'Hôpital. La mission de la Fondation est «de recueillir et de gérer des fonds pour l'Hôpital de Montréal pour enfants, en élaborant, entre autres, des programmes de dons annuels et des campagnes spéciales»¹⁷⁶.

Ces deux fondations ont donc relativement les mêmes objectifs et une même mission et à cause de cela même, elles se trouvent en concurrence. Cependant, ceci n'est pas perçu comme un problème majeur puisque, selon les dires d'un répondant de l'hôpital anglophone, c'est la philanthropie qui guidera les personnes à effectuer des dons. Ainsi, même si le marketing et la publicité sont des éléments importants dans les stratégies pouvant influencer les donateurs potentiels, c'est surtout la transmission de la valeur philanthropique qui pourra convaincre les gens à donner.

Les gens vont faire un don s'il le veulent, s'il comprend c'est quoi les besoins de l'institution, si l'institution est quelque chose qui le touche. Donc je ne marche pas avec une attitude de compétition,

174 Hôpital Sainte-Justine. *Fondation de l'Hôpital Sainte-Justine*. Montréal: Hôpital Sainte-Justine, p.5.

175 Hôpital de Montréal pour enfants. *Relever le défi des années 1990: nouvelles orientations des soins de santé à l'Hôpital*. Avril 1987 à mars 1990. Montréal: Hôpital de Montréal pour enfants.

176 *Op. cit.*, p. 14.

parce que c'est un peu du marketing dans un sens, mais ce n'est pas du marketing parce que c'est la philanthropie. Le défi, c'est de donner le message aux gens, de dire: nous avons besoin de l'argent, on doit donner la valeur, le pourquoi, pas seulement dire j'ai besoin, dire c'est quoi la valeur de ce don philanthropique. Non, je ne marche pas avec une attitude de compétition, je ne pense pas qu'il y a trop, je ne pense pas qu'on demande trop aux gens, pas du tout.

(Entrevue K-10, Fondation, HME)

10.2 Les autres sources de financement

Les stratégies de financement sont semblables dans les milieux francophone et anglophone: il s'agit du personnel de l'Hôpital, du public, des fonds d'employés, des sociétés, institutions financières, institutions religieuses et de charité (Fondation J.A. De Sève, par exemple, pour l'Hôpital francophone), des événements spéciaux (dîner annuel, tournoi de golf ou organisation de loteries) et de la Boutique de cadeaux. Bien entendu, il existe également une organisation commune des milieux hospitaliers pour recueillir des fonds.

10.3 Mécanismes de collecte de fonds

C'est dans ces mécanismes de collecte de fonds que nous pourrions noter un certain écart entre les deux milieux.

La Fondation de l'Hôpital Sainte-Justine utilise essentiellement les méthodes traditionnelles d'approche des grandes corporations, la sollicitation des employés en ce qui concerne leur participation au fonds d'employés et un certain marketing sociétal basé sur des actions nommées «actions Cachou», et qui représentent un don de charité.

L'idéologie adoptée repose sur le fait que la notion de charité, très bien acceptée à une certaine période, est actuellement dépassée: afin de recueillir des fonds de manière efficace, il est important de faire appel à la communauté et de ne pas trop se baser sur l'État. La diminution des ressources provenant des fonds publics entraîne un changement dans la conception que se font les gestionnaires de la santé au sujet de l'État-Providence, puisque celui-ci n'est plus en mesure de subvenir aux besoins des institutions publiques, en l'occurrence les institutions hospitalières. Pour atteindre un équilibre, c'est plutôt en termes de partenariat public-privé que les besoins doivent être pensés: c'est du moins la perception de certains gestionnaires de la fondation francophone.

(...) C'est fini le temps, selon moi, cette notion de charité qui était très bonne mais qui a été usée, si vous voulez. Alors c'est de participer aux affaires de la communauté et surtout de penser que l'État-providence ne fera pas tout. On y a cru souvent au Québec, (...) on a prôné la gratuité, je suis un de ceux qui croient que les problèmes d'une communauté, ça ne se règle pas juste avec les législateurs, les législateurs vont faire beaucoup; c'est qu'on travaille dans un partenariat, maintenant, privé-public, pour arriver à un équilibre et je suis convaincu que beaucoup de développement va venir des fondations du secteur privé.

(Entrevue L-8, Fondation, HSJ)

La Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants, quant à elle, utilise trois méthodes pour recueillir les fonds; par ordre d'importance dans l'usage de ces stratégies, il s'agit de:

- le face à face, considéré comme étant la meilleure méthode, la plus efficace en termes de temps et de coût, valable autant pour les corporations que pour les individus:

Face à face, c'est la façon la plus efficace. C'est mieux pour moi de prendre rendez-vous avec quelqu'un, de montrer c'est quoi notre hôpital, c'est quoi les buts de la campagne, expliquer tout

face à face dans une réunion d'une heure et faire que le monsieur fasse son chèque de 25 000 \$ en une heure de travail; c'est beaucoup plus efficace que de faire une grosse campagne à la télévision, sur la publicité.

(Entrevue K-10, Fondation, HME)

- le courrier, le publi-postage (*direct mail*);
- le téléphone.

10.4 Les campagnes de financement

Dans le cas de la fondation de l'Hôpital Sainte-Justine, les campagnes de financement ont pour objectif de recueillir 45 000 000 \$ sur une période de cinq ans. Ces fonds serviront à combler des besoins qui ne sont pas financés par l'État, en vue de l'acquisition d'équipements spécialisés, l'humanisation des soins et le financement de programmes de recherche. L'achat d'équipements spécialisés consiste à acquérir des équipements tels qu'un tomodensitomètre (*scanner*), par exemple, «qui permet, grâce à l'imagerie médicale, de mieux examiner les tissus et le fonctionnement des organes», ou encore un appareil de chirurgie au laser, qui fournit une extrême précision lors d'interventions chirurgicales. L'allocation des fonds à l'humanisation des soins a pour but de transformer des salles de travail en chambres de naissance, par exemple, ou d'aménager des espaces de jeux pour les enfants, ou encore d'établir un Centre de jour qui permet à certains enfants d'être traités sans être hospitalisés. Enfin, dans le domaine de la santé maternelle et infantile, le développement et la compréhension de l'enfant, le traitement et la prévention de la maladie, c'est la recherche fondamentale, clinique, épidémiologique et opérationnelle qui est effectuée grâce aux sommes provenant de la Fondation. Ces sommes totalisent un montant de plus 6 000 000 \$ pour les années 1983 à 1988.

À l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'objectif de la campagne de financement est de 40 000 000 \$. Ces sommes servent à l'acquisition d'équipements, aux rénovations et au financement de la recherche.

Une analyse comparée des deux fondations hospitalières nous indique que, en ce qui concerne l'acquisition d'équipements spécialisés, celle-ci s'effectue selon les choix et les priorités établis par l'hôpital lui-même: c'est, du moins, ce que soutiennent les gestionnaires:

À la fondation, on n'a pas les départements préférés à l'hôpital; pour nous, on est ici pour l'hôpital, mais c'est à l'hôpital de décider des choix et des priorités; ce n'est pas à nous de fixer les priorités.

(Entrevue K-10, Fondation, HME)

Par contre, relativement aux secteurs d'allocation des fonds par la fondation, il semble que le milieu hospitalier francophone met davantage l'accent sur l'humanisation des soins, tandis que le milieu anglophone accorde la priorité aux rénovations. Cela n'empêche pas que pour recueillir des fonds, les deux fondations soient en concertation pour organiser des opérations conjointes.

10.5 Opérations conjointes

Sous la dénomination de Corporation Enfant Soleil, une nouvelle corporation a été récemment formée; elle permet, aux fondations respectives des deux institutions d'organiser des opérations conjointes beaucoup plus importantes que les campagnes individuelles en recueillant davantage de fonds:

Vous avez une quinzaine de sources de revenus comme ça, de toutes façons: l'organisation d'un tournoi de bridge, on prépare conjointement les deux hôpitaux; une présence dans cinq centres d'achats à Noël avec 1 500 bénévoles qui vont envelopper des cadeaux et qui vont vendre des ampoules, notre propre dîner gala qui nous rapporte 200 000\$ par année.

(Entrevue L-8, Fondation, HSJ)

Il faut souligner ici une évolution très importante qui s'est produite au niveau du partage des recettes entre les deux hôpitaux, lors de ces opérations conjointes. Alors que traditionnellement, les recettes de ces opérations conjointes étaient toujours divisées en deux parts égales, désormais la fondation francophone a imposé sa volonté d'établir le partage des recettes selon une formule basée sur la grosseur de l'hôpital, le nombre de lits, etc. Cette formule a cependant fait l'objet de négociations serrées de la part des gestionnaires:

Quand on est arrivé dans le partage des recettes du Téléthon, bien je peux vous donner un exemple, nous on a dit: on n'est plus d'accord à ce que les sous soient divisés 50/50; on a dit: nous autres, (...), on est plus gros, on a 625 lits, vous en avez 225, on a tant de personnel, il a fallu mener une négociation assez serrée pour qu'il y ait un différentiel 60/40. C'est la première fois que ça se faisait.

(Entrevue L-8, Fondation, HSJ)

Ces changements au niveau des attitudes des administrateurs francophones ne se font certainement pas sans heurts, puisqu'on assiste à une perte de certains acquis de la part de l'hôpital anglophone. Finalement, la communication harmonieuse entre les gestionnaires des deux hôpitaux conduit ceux-ci vers une entente, même si c'est à contrecœur pour certaines personnes.

10.6 Processus de priorisation et procédures de financement

Dans le milieu hospitalier francophone, la fondation suit les règles de l'hôpital lorsqu'il est question de fixer des priorités: les fonds disponibles pour l'achat des équipements est géré par la direction des ressources financières, et c'est à l'hôpital que revient le choix de l'équipement selon des priorités déterminées, et compte tenu des coûts d'opération et d'entretien.

Nous, ici notre façon de procéder, c'est que ce sont les priorisations de l'hôpital qui s'en vont à la

Fondation. C'est-à-dire qu'on dit à la Fondation: nous, nos besoins, pour cette année, qui sont priorisés c'est telle chose, telle chose et on leur demande de nous donner des montants d'argent selon cette priorisation; tu pourrais avoir d'autres approches où la Fondation pourrait dire, nous autres on donne de l'argent pour ci, pour ça, sans consulter trop les gens de l'intérieur. À ce moment-là, si on achète un appareil, ça veut dire souvent qu'il faut avoir des gens pour le faire fonctionner, cet appareil-là, et si la démarche ne se fait pas de façon cohérente, si ce n'est pas les mêmes personnes qui décident les mêmes choses, à ce moment-là tu risques d'avoir un bel appareil mais tu ne peux pas faire fonctionner parce que tu n'as pas le budget pour mettre le personnel.

(Entrevue L-4, Directeur général adjoint, HSJ)

En milieu anglophone, il semble que c'est le comité des équipements de l'hôpital qui, par l'intermédiaire de la direction des finances ou de la direction générale, demande à la fondation de financer un équipement donné:

Well, we have to make a request to the Hospital Director of Finance, or the Director General, and he goes to the Foundation with that request. We can't have everybody calling the Foundation. It has to be done through the Hospital administration, properly so we are not bothering them.

(Entrevue K-8, Radiologie, HME)

10.7 Allocation des ressources de la fondation

Dans le milieu hospitalier francophone, les besoins en équipements sont estimés à 3 000 000 \$ pour l'année en cours. Pour les gestionnaires, le choix n'est pas toujours aisé lorsque le montant demandé par l'hôpital est plus élevé que le montant provenant des donations:

On est dans cette philosophie de respecter le système de priorisation... La raison qu'on est arrivé à cette décision là, c'est que ramasser des sous aujourd'hui, c'est une spécialité et c'est très compétitif (...) Je dis souvent que c'est aussi compliqué de les ramasser que de les dépenser. Les gens, le public ne perçoivent pas ça comme ça, mais quand vous arrivez avec des demandes de 6 millions et que vous avez 3 millions, il faut faire des choix. Pour faire des choix, ça demande une analyse sérieuse, individuelle et globale, et l'autre organisme que je vous parle, ils ont tout un mécanisme sophistiqué de grille d'évaluation et on y arrive difficilement des fois.

(Entrevue L-8, Fondation, HSJ)

Selon un des médecins du milieu hospitalier anglophone, les fonds alloués par l'État pour l'acquisition d'équipements ne représente qu'une faible proportion des besoins réels, qui sont, par ailleurs, financés par des sources non gouvernementales. Actuellement, les besoins en équipements sont évalués à 7 000 000 \$, somme qui leur permettrait de se mettre à jour.

Par ailleurs, les montants reçus par la fondation ne servent pas uniquement à l'achat d'équipements, nous l'avons vu précédemment: en effet, compte tenu de l'ancienneté du bâtiment, des rénovations majeures (installations électriques, laboratoires de recherche, etc.) sont exigées pour pouvoir utiliser des équipements de pointe. C'est la fondation qui défraie ce type de dépenses également.

Comment les dons reçus sont-ils alloués?

Il existe deux types de dons: les dons restrictifs et les dons non restrictifs. Alors que l'usage de ces derniers n'est pas spécifié par leurs donateurs, les dons restrictifs sont ceux pour lesquels les donateurs orientent la destination du montant vers un domaine de recherche privilégié par eux:

... (les donateurs) ils vont avoir un enfant qui a eu le cancer, donc ils vont dire: voici mon chèque de

3000\$, mais je voudrais que ce soit utilisé pour la recherche en cancer, parce que c'est là qu'ils sont touchés.

(Entrevue K-10, Fondation, HME)

Actuellement, il existe un désir de changement du mode d'allocation des fonds pour satisfaire non pas les désirs du donateur, mais plutôt les besoins de l'hôpital. Et c'est le Fonds annuel qui peut changer cela, en mettant en évidence les besoins de l'hôpital et l'organisation générale de l'acquisition des équipements (par département, par exemple, ou encore partage d'un équipement par plusieurs départements).

10.8 Reconnaissance aux donateurs

La philanthropie est la caractéristique des personnes qui feront des dons, qu'elles reçoivent ou non d'autres types de reconnaissance, tels que les plaques avec les noms des donateurs par exemple. Selon les cultures et les religions, cette attitude face au don peut varier, mais d'après l'hôpital anglophone, c'est le sentiment qui pousse les personnes à venir en aide aux autres qui est la motivation principale du don:

La plupart du monde, c'est assez de savoir qu'ils ont aidé quelqu'un, et même il y a des religions qui disent que si tu mets ton nom sur l'affaire que tu as achetée, ce n'est pas philanthropique, ce n'est pas correct; il y a plusieurs religions comme ça: je pense que les Juifs sont comme ça, c'est peut-être drôle à dire, mais il y a une partie de leur religion qui dit que les dons anonymes, c'est mieux; il y a beaucoup de religions protestantes aux États-Unis qui disent la même chose.

(Entrevue K-10, Fondation, HME)

10.9 Rôle de l'État

L'État, quant à lui, ouvre la voie à une négociation avec les hôpitaux en ce qui a trait à sa contribution dans l'acquisition des nouveaux équipements. Il accorde une aide financière dans l'acquisition de certains nouveaux équipements seulement, en fait lorsque ceux-ci correspondent à leurs priorités. Autrement, sa contribution dans l'acquisition de nouveaux équipements ne représente que 20% tandis que le secteur privé assume les 80% du montant requis:

... il y a des équipements qu'ils peuvent obtenir de l'État; il y en a d'autres qu'ils ne peuvent pas, absolument pas. L'État dit: moi, ça ne rentre pas dans mes priorités, moi je ne vous accorderai pas ça pour les dix prochaines années. Il y en a d'autres qui disent: écoutez, on est prêt à vous donner 20% si le secteur privé fournit 80%. Dans le fond, ce qu'on nous donne à nous autres, souvent c'est un pouvoir de négociation, un levier à l'hôpital pour aller négocier avec l'État.

(Entrevue L-8, Fondation, HSJ)

10.10 Différences et convergences

Si des représentants de la fondation francophone considèrent que les entreprises ont un rôle social à jouer dans la société, c'est bien la preuve que la mentalité de l'État-providence présente dans les dernières décennies est en processus de changement graduel:

Les enfants, on a un atout, c'est très sensible: c'est l'avenir et on sait ce qui se passe au Québec. Et bien ça a fortement évolué, il y a encore beaucoup de place pour que les gens... cette mentalité de l'État providence est en train de se modifier, mais ça prend du temps.

(Entrevue L-8, Fondation, HSJ)

Selon la fondation anglophone, les dons ne sont pas accordés de manière aussi généreuse qu'aux États-Unis et ce, parce que la demande ne leur a pas été faite, puisque traditionnellement, ce rôle revenait soit à l'Église, soit à l'État:

(...) les gens pensent que le gouvernement va payer et au Québec c'est différent parce qu'il y a comme un vide; ce n'est plus l'Église catholique, et maintenant ce n'est plus le gouvernement non plus. Les Québécois sont des gens très philanthropiques par culture (...) Donc il y a un vide là; moi je suis convaincue que la seule raison que les gens ne donnent pas, c'est parce qu'il y a personne qui leur a demandé. Les employés à l'hôpital ne donnent pas assez, mais c'est à nous de leur demander de participer et de montrer qu'il y a de bonnes choses qui vont se passer.

(Entrevue K-10, Fondation, HME)

Les entrevues avec les répondants des deux institutions hospitalières, francophone et anglophone, nous amènent à conclure que la tradition a joué un rôle important dans les caractéristiques de chacune des institutions. Nous pouvons cependant noter une nette tendance au rapprochement, au travail en commun et à la planification.

Ces mentalités et attitudes distinctes au sein des deux milieux culturels hospitaliers proviennent nécessairement du fait que chacun des groupes détenait ses propres institutions, que ce soit dans le domaine de la santé, de l'éducation ou dans d'autres domaines. La raréfaction des ressources dans le secteur de la santé a eu des effets certains sur l'acquisition des nouvelles technologies médicales: elle a ouvert la voie vers une certaine solidarité dans le milieu hospitalier, d'où une diminution graduelle des différences au niveau des mentalités et des attitudes.

Le consumerisme, maintenant c'est dépassé. Ce sont plus les valeurs humaines qui reviennent. C'est un signe des temps. C'est un bon signe, vraiment. Je dis au niveau des fondations et des consultants, c'est comme s'ils ont réalisé qu'il y a beaucoup de choses à faire ici et que la population a l'esprit philanthropique pour que ça marche.

(Entrevue K-10, Fondation, HME)

10.11 Vue d'ensemble

S'il est vrai que les deux fondations des hôpitaux pédiatriques francophones et anglophones analysés contiennent plusieurs domaines de ressemblance, il n'en demeure pas moins qu'ils se distinguent à d'autres égards.

En effet, comme nous l'avons mentionné en début de chapitre, ces deux fondations hospitalières poursuivent sensiblement les mêmes objectifs, ont les mêmes comités, des préoccupations d'équipements très semblables, et enfin elles développent actuellement une campagne commune de financement.

Quelles différences peut-on observer entre ces deux communautés?

Tout d'abord, nous pouvons noter une différence de stratégie liée à la culture lors des mécanismes de collecte de fonds: le face à face est plus accentué chez les anglophones, et ceci se retrouve en général dans la culture américaine anglo-saxonne.

En second lieu, alors que le modèle américain est très présent chez les anglophones, on peut noter une absence de modèle du côté des francophones. Ceci peut s'illustrer, par exemple, par le personnel même de la fondation de l'hôpital anglophone, dans lequel on peut noter des employés d'origine américaine venant transférer au Québec la mentalité ainsi que l'expérience acquises dans ce domaine aux États-Unis.

En général, les Canadiens ne donnent pas, en comparaison des hôpitaux aux États-Unis. Les employés, les médecins, les infirmières ne donnent pas ici au Canada, comme aux États-Unis. C'est un point faible partout au Canada.

(Entrevue K-10, Fondation, HME)

En revanche, du côté francophone, il existe plutôt une conscience sociale, un souci d'équité et de justice, mais sans nécessairement se baser sur un modèle quelconque.

De plus en plus, je pense que la conscience sociale des Québécois a énormément cheminé; les entreprises sont conscientes de leur rôle social. C'est important de faire du profit, la première mission de l'entreprise, mais c'est aussi important d'avoir une communauté saine, d'avoir de bonnes institutions, d'avoir un bon milieu...

(Entrevue L-8, Fondation, HSJ)

Conclusion générale

La présente recherche avait pour objectif de répondre à la question suivante: le processus de prise de décision lors de l'acquisition de nouvelles technologies médicales est-il différent selon qu'on le situe dans des établissements hospitaliers ayant des cultures organisationnelles et linguistiques différentes?

À la lumière d'une revue de littérature comparant d'une part francophones et anglophones, et d'autre part analysant les organisations, il a été possible d'établir les caractéristiques des deux groupes linguistiques au sein des deux milieux hospitaliers analysés.

Les écrits consultés ont permis de formuler l'hypothèse selon laquelle francophones et anglophones ont été traditionnellement très différents, mais ce phénomène est actuellement en voie de changement. Sous l'angle organisationnel, et plus précisément en ce qui a trait au processus de prise de décision, les écrits nous indiquent comment les acteurs impliqués utilisent des stratégies et contournent les règles du jeu pour atteindre leurs objectifs. Ceci s'applique dans notre cas lors de l'acquisition de nouvelles technologies médicales.

Les entrevues réalisées dans les deux milieux hospitaliers ont permis de conclure que les nouvelles technologies médicales constituent un facteur de convergence des deux milieux hospitaliers. Par conséquent, nous pouvons affirmer que le processus de prise de décision lors de l'acquisition de nouvelles technologies médicales n'est pas très différent selon qu'on le situe dans des établissements hospitaliers ayant des cultures organisationnelles et linguistiques différentes, dans la mesure où l'acquisition des nouvelles technologies médicales entre en considération.

Examinons un peu plus en profondeur les deux variables qui ont une influence sur ce processus, soit les variables linguistiques et organisationnelles.

La variable linguistique

L'influence de la variable linguistique sur le processus d'acquisition des nouvelles technologies médicales est importante puisqu'elle reflète, au sein des milieux hospitaliers, deux cultures ayant leurs caractéristiques propres. Cependant, lorsqu'on introduit l'objet sur lequel porte la prise de décision, à savoir les nouveaux équipements médicaux, il s'avère que les différences s'atténuent progressivement. Ce qui ressort de notre analyse sur les deux institutions hospitalières est que le développement technologique a tendance à façonner les mentalités des groupes et à agir sur les structures des institutions. La globalisation des échanges en général, et plus particulièrement l'expansion des nouvelles technologies, tend à rapprocher les peuples et, par conséquent, à diminuer les disparités. Les écarts qu'il était possible d'observer il y a plus de vingt ans ont été relativement nivelés par les nouvelles technologies.

La variable organisationnelle

La variable organisationnelle joue un rôle relativement considérable dans le processus d'acquisition des nouveaux équipements médicaux. Cependant, il est à noter que les étapes de la prise de décision - formulation des demandes, examen et évaluation par les pairs - sont à peu près les mêmes dans les deux institutions hospitalières. Les acteurs utilisent diverses stratégies (lobbying, etc.) et exercent, dans la mesure du possible, leur autorité, pour obtenir la priorité dans les demandes et c'est dans ces rapports de pouvoir que se déroule l'ensemble des démarches.

Il est également important de mentionner que, dans ce processus décisionnel, prennent part des membres de nouveaux groupes professionnels. L'émergence de ces groupes, et plus particulièrement les ingénieurs biomédicaux et les administrateurs de la santé, n'est pas nécessairement bien reçu par les groupes déjà en place et ayant obtenu le monopole de leur exercice, en l'occurrence les médecins. Ceci crée évidemment des alliances entre les divers acteurs et contribue à rendre la tâche de décision difficile.

Au terme de cette recherche, il nous semble opportun de proposer quelques pistes de recherche permettant de poursuivre cette étude.

À partir de la théorie des organisations et du modèle de Crozier et Friedberg, j'ai introduit, dans mon étude, la notion de groupe ethnique, ce qui constitue une piste nouvelle dans ce genre d'étude. Il est possible d'explorer maintenant dans quelle mesure il serait intéressant d'établir des comparaisons entre divers groupes ethniques tout en intégrant l'approche organisationnelle.

Une voie complémentaire à celle-ci est que les recherches sont de plus en plus nombreuses sur les relations entre les groupes minoritaires et le groupe majoritaire. En effet, actuellement, dans plusieurs pays occidentaux, ce thème de recherche est privilégié dans la mesure où il est important de bien saisir les rapports entre les groupes afin de maintenir un équilibre harmonieux entre eux. Or, dans mon étude, je traite des deux groupes en présence - francophones et anglophones - comme s'ils étaient sur un même pied d'égalité, en choisissant par exemple deux hôpitaux semblables et à même vocation. Cette dimension minorités/majorité pourrait certainement être une dimension importante à explorer et, dans ce contexte, le Canada pourrait servir de laboratoire pour ce type d'étude. Rappelons que, récemment, en Ontario, on assistait à une crise face à un projet de fermeture éventuelle du seul hôpital francophone de la région.

Une autre avenue à explorer en relation avec la précédente est le rapport à établir entre la technologie et la culture. En effet, la technologie est-elle reçue et adoptée de la même manière dans une culture en situation de minoritaire que dans une culture en situation de majoritaire? Plus précisément, si francophones et anglophones étaient placés en situation de minorité et de majorité face à l'acquisition de nouvelles technologies, cette situation rapprocherait-elle davantage les deux groupes en présence?

Par ailleurs, le choix de l'hôpital comme organisation à analyser comporte certains biais. En effet, nous l'avons vu tout au cours de notre étude, l'hôpital comporte des caractéristiques particulières en tant qu'organisation bureaucratique. De ce fait, il serait certainement intéressant de proposer une adaptation de la théorie de Crozier et Friedberg dans ce contexte. En d'autres termes, alors que ces auteurs ont surtout mené leurs recherches sur des entreprises privées, dont le but principal est le profit, en ce qui concerne les hôpitaux, nous sommes en présence d'institutions publiques dont le but est d'offrir un certain type de services à une catégorie de clientèle-cible.

À partir de notre étude, il est également possible d'entreprendre des développements dans d'autres champs de la sociologie. Je pense notamment à la sociologie des émotions qui s'intéresse plus particulièrement à la connaissance du phénomène psychologique que constituent les émotions. Il est, en effet, possible d'étudier le milieu hospitalier comme un lieu privilégié de la vie émotive, autant en ce qui concerne les patients que les familles qui offrent leur soutien. Cette émotivité que vivent les patients, par exemple, est susceptible de se transférer auprès des médecins qui les traitent et qui, étant humains, ne peuvent demeurer indifférents ni imperméables au vécu des patients. Dès lors, on pourrait se poser la question suivante: quelle est la place que prend cette émotivité dans le processus décisionnel?

Maintes autres voies de recherche sont encore possibles. Notons finalement qu'il est possible de reprendre le cadre d'analyse retenu dans notre étude et de l'appliquer à d'autres milieux de travail tels que le milieu de l'ingénierie ou encore de l'informatique, pour ensuite comparer les résultats avec ceux obtenus dans notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

Groupes culturels

- Beattie, C. (1975). *Minority men in a majority setting*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Beattie, C., Spencer, B.G. (1971). Career attainment in Canadian Bureaucracies. *American Journal of Sociology*, 77.
- Béland, F. (1987). A comparison of the mobility structures of francophones and anglophones in Quebec: 1954, 1964, 1974. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 24 (2), 232-251.
- Blishen, B. et al. (1968). *Canadian Society: Sociological Perspectives*. Toronto: Macmillan.
- Bouchard, P. (1991). *Les enjeux de la francisation des entreprises au Québec (1977-1984)*. Montréal: Office de la langue française.
- Brazeau, J. (1966). Les nouvelles classes moyennes. *Recherches sociographiques*, 7.
- Breton, R. (1964). Institutional completeness of ethnic communities and the personal relations of immigrants. *American Journal of Sociology*, 70 (2), 193-205.
- Breton, R. (ed.) (1974). *Aspects of Canadian Society*. Montreal: Canadian Sociology and Anthropology Association.
- Breton, R., Reitz, J.G., Valentine, V. (eds.) (1980). *Cultural boundaries and the cohesion of Canada*. Montreal: Institute for Research on Public Policy.
- Caldwell, G., Waddell, E. (1982). *The English of Quebec: from majority to minority*. Québec: I.Q.R.C.
- Carisse, C. (1971). Cultural orientations in marriages between French and English Canadians. In J.L. Elliott (ed.), *Minority Canadians*, vol. 2., *Immigrant Groups*. Scarborough, Ont.: Prentice-Hall.
- Carlos, S. (1973). *L'utilisation du français dans le monde du travail du Québec*. Étude E3 de la Commission Gendron. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Champagne R. (1983). *Évolution de la présence francophone parmi les hauts dirigeants des grandes entreprises québécoises entre 1976 et 1982*. Montréal: Office de la langue française.
- Clark, S.D. (1972). The position of the French speaking population in the Northern industrial community. In R.J. Ossenbarg (ed.), *Canadian Society: Pluralism, Conflict and Change*. Scarborough, Ont.: Prentice-Hall.
- Commission d'enquête sur la situation de la langue française et sur les droits linguistiques au Québec (Commission Gendron) (1972). *Rapport*, 3 vols. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Commission royale d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme (Commission Laurendeau-Dunton) (1969). *Rapport*. Ottawa: Imprimeur de la Reine.

- Conseil de la langue française (1991). *Indicateurs de la situation linguistique au Québec*. Québec: Conseil de la langue française.
- Cuneo, Ca.J., Curtis, J.E. (1975). Social ascription in the educational and occupational status attainment of urban Canadians. *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, 12 (1).
- Curtis, J.E., Connor, D.M., Harp, J. (1970). An emergent professional community: French and English sociologists and anthropologists in Canada. *Social Science Information*, 9, 113-136.
- Daigle, G., Rocher, G. (1992). *Le Québec en jeu: comprendre les grands défis*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- De Brouwer, J.C. *Le français langue de travail: ce qu'en pensent les élites économiques du Québec*. Étude E12 de la Commission Gendron. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- De Jocas, Y., Rocher, G. (1957). Inter-generation Occupational Mobility in the Province of Quebec. *The Canadian Journal of Economics and Political Science*, XXIII (1), 57-68.
- Dofny, J. (1970). *Les ingénieurs canadiens-français et canadiens-anglais à Montréal*. Documents de la Commission d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme, no.6. Ottawa: Information Canada.
- Dofny, J., Garon-Audy, M. (1969). Mobilités professionnelles au Québec. *Sociologie et sociétés*, 1 (2), 277-301.
- Dofny, J., Rioux, M. (1964). Social class in French Canada. In M. Rioux et Y. Martin (eds.), *French Canadian Society*, vol. 1. Toronto: McClelland & Stewart.
- Dumont, F., Rocher, G. (1964). An introduction to the sociology of French Canada. In M. Rioux et Y. Martin (eds.), *French Canadian Society*, vol. 1. Toronto: McClelland & Stewart.
- Elliott, J.L. (ed.) (1983). *Two Nations, Many Cultures: Ethnic Groups in Canada*. Scarborough, Ont.: Prentice-Hall Canada Inc.
- Falardeau, J.C. (1965). L'origine et l'ascension des hommes d'affaires dans la société canadienne-française. *Recherches sociographiques*, 6.
- Garigue, P. (1962). *La vie familiale des Canadiens français*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Garon-Audy, M. (avec la collaboration de J. Dofny et A. Archambault) (1980). *Mobilités professionnelles et géographiques au Québec: 1954-64-74*. Montréal: Université de Montréal, Centre de recherche en développement économique, Cahier no. 22.
- Gérin, Léon (1937). *Le type économique et social des Canadiens*. Montréal.

- Grenon, R. (1987). *Évolution de la présence francophone parmi les hauts dirigeants des grandes entreprises québécoises entre 1982 et 1987*. Montréal: Office de la langue française.
- Guindon, H. (1970). Two cultures: An essay on nationalism, class and ethnic tension in contemporary Canada. In O. Kruhlak et al. (eds.), *The Canadian Political Process*. Toronto: Holt, Rinehart.
- Harp, J., Curtis, J.E. (1971). Linguistic communities and sociology. In J.E. Gallagher & R.D. Lambert (eds.). *Social Process and Institution. The Canadian Case*. Toronto: Holt, Rinehart.
- Hughes, E.C. (1943). *French Canada in Transition*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hughes, E.C. (1972). *Rencontre de deux mondes. La crise d'industrialisation du Canada français*. Montréal: Éd. du Boréal Express.
- Hughes, E.C., Hughes, H.M. (1952). *When people meet*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- Juteau-Lee, D. (1983). From French Canadians to Franco-Ontarians and Ontarois: New Boundaries, new identities. In *Two nations, many cultures: Ethnic groups in Canada*, Second edition.
- Keyfitz, N. (1994). Canadians and Canadiens. In: Wipper, A. (Ed.). *Work: The Sociology of Work in Canada*. Ottawa: Carleton University Press.
- Langlois, S. et al. (1990). *La société québécoise en tendances, 1960-1990*. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.
- Langlois, S., Baillargeon, J.P., Caldwell, G., Fréchet, G., Gauthier, M., Simard, J.P. (1992). *Recent social trends in Quebec 1960-1990*. Québec: IQRC.
- Lanphier, C.M., Morris, R.N. (1974). Structural aspects of differences in income between anglophones and francophones. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 11.
- Laporte, P.-É. (1974). *L'usage des langues dans la vie économique au Québec: situation actuelle et possibilités de changement*. Commission d'enquête sur la situation de la langue française et sur les droits linguistiques au Québec. Québec: Éditeur officiel.
- Laurin, N., Juteau, D., Duchesne, L. (1991). *À la recherche d'un monde oublié. Les communautés religieuses de femmes au Québec de 1900 à 1970*. Montréal: Éditions du Jour.
- Lavallée, M., Ouellet, F., Larose, F. (1989). *Identité, culture et changement social*. Actes du troisième colloque de l'ARIC. Paris: Éditions L'Harmattan.
- Lieberson, S. (1972). Stratification in ethnic groups. In A.H. Richmond (ed.), *Readings in Race and Ethnic Relations*. London: Pergamon.
- Mallory, J.R. (1971). English-speaking Quebecers in a separate Quebec. In R.M. Burns (ed.), *One Country or Two?* Montreal: McGill-Queen's University Press.

- McRobert, H.A., Porter, J., Boyd, M., Goyder, J., Jones, F.E., Pineo, P.C. (1976). Différences dans la mobilité professionnelle des francophones et des anglophones. *Sociologie et sociétés*, VIII (2), 61-79.
- Migué, J.L. (dir.) (1971). *Le Québec d'aujourd'hui*. Montréal: Hurtubise HMH.
- Miner, H. (1939). *St. Denis, a French-Canadian Parish*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Miner, H. (1985). *Saint-Denis: un village québécois*. Québec: HMH.
- Morris, R.N. (1973). *The use of French and the employment of francophones in business in Quebec*. Study E14 for the Gendron Commission. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Morris, R.N., Lanphier, C.M. (1977). *Three scales of inequality. Perspectives on French-English relations*. Toronto, Ont.: Longman Canada.
- Porter, J. (1965). *The Vertical Mosaic: An analysis of social class and power in Canada*. Toronto: University of Toronto Press.
- Raynauld, A., Marion et Béland (1967). *La répartition des revenus selon les groupes ethniques au Canada*. Rapport à la Commission Royale.
- Raynauld, A. et al. (1975). Structural aspects of differences in income between anglophones and francophones: A reply. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 12.
- Richer, S., Laporte, P. (1971). Culture, cognition and English-French competition. In J.E. Elliott (ed.), *Minority Canadians*, vol. 2. *Immigrant Groups*. Scarboro, Ont.: Prentice-Hall.
- Rioux, M. (1964). *French-Canadian society*. Sociological studies. Toronto:
- Rioux, M. (1969). Quebec: From minority complex to majority behavior. In H.J. Tobias & C.E. Woodhouse (eds.), *Minorities and Politics*. Albuquerque, New Mexico: University of New Mexico Press.
- Rioux, M. (1977). *La question du Québec*. Montréal: Parti Pris.
- Rioux, M., Martin, Y. (1971). *La société canadienne-française*. Montréal: Éditions Hurtubise HMH.
- Rocher, G. (1973). *Le Québec en mutation*. Montréal: Hurtubise HMH.
- Sales, A. (1979). *La bourgeoisie industrielle au Québec*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Sheriff, P. (1974). Préférences, valeurs et différenciation intraprofessionnelle selon l'origine ethnique. *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, 11 (2).
- Shore, M. (1987). *The science of social redemption. McGill, the Chicago School, and the origins of social research in Canada*. Toronto: University of Toronto Press.

- Simon, P.J. (1991). *Histoire de la sociologie*.
- Social Research Group (1965). *A study of interethnic relations in Canada*. Report to the Royal Commission: Montreal: McGill University Press.
- Tremblay, M.A. (1973). Authority models in the French Canadian family. In: G.L. Gold & M.A. Tremblay (eds.), *Communities and Culture in French Canada*. Toronto: Holt, Rinehart & Winston.
- Vaillancourt, F. (1988). *Langue et disparité de statut économique au Québec, 1970-1980*. Québec: Conseil de la langue française.
- Vaillancourt, F., Lacroix, R. (1983). *Revenus et langue au Québec 1970-1980. Une revue des écrits*. Québec: Conseil de la langue française.

Analyse des organisations

- Alexander, J.A. & Fennell, M.L. (1986). Patterns of decision making in multihospital systems. *Journal of Health and Social Behavior*, 27 (1), 14-27.
- Baccigalupo, A. (1978). *Les grands rouages de la machine: administration québécoise*. Québec: Les éditions Agence d'Arc.
- Bégin, C., Labelle, B., Bouchard, F. (1987). *Le budget: le jeu derrière la structure*. Rapport #28 sur l'analyse du processus budgétaire dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, remis à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Québec: Université Laval, C.R.S.S.S., Faculté des sciences de l'administration.
- Bernoux, Philippe (1985). *La sociologie des organisations*. Paris: Éditions du Seuil.
- Chanlat, J.-F. (1990). *L'individu dans l'organisation: les dimensions oubliées*. Québec: Les Presses de l'Université Laval et les Éd. Eska.
- Cohen, M.D., March, J.G., Olsen, J.P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17 (1).
- Crichton, A., Hsu, D. (1990). *Canada's health care system: Its funding and organization*. Ottawa, Ont.: Canadian Hospital Association Press.
- Croog, S.H. & Ver Steeg, D.F. (1972). The hospital as a social system. In: Freeman, H.E., Levine, S., Reeder, L.G. *Handbook of medical sociology*. NJ: Prentice-Hall.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Ed. du Seuil.
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Ed. du Seuil.

- Crozier, M. et Friedberg, E. Sociologie des organisations et fonctionnement des entreprises, *Revue française de sociologie*, XX, 3.
- Crozier, Michel (1993). «Ce que nous a apporté Herbert Simon». *Revue française de gestion*. Juin-juillet-août 1993, p.85-86.
- Dion, Stéphane. "Pouvoir et conflits dans l'organisation: grandeur et limites du modèle de Michel Crozier", *Revue canadienne de science politique*, XV, 1, 1982.
- Fiol, M. et Solé, A. (1993). «La question du management selon H.A. Simon». *Revue française de gestion*. Juin-juillet-août 1993, p.87.
- Grémion, P. et Worms, J.P. (1970). "L'Etat et les collectivités locales", *Esprit*.
- Hickson, D. et al. (1986). *Top decisions: strategic decision-making in organizations*. San Francisco, Ca: Jossey-Bass.
- Jamous, H. (1969). *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris: Centre national de la recherche scientifique.
- March, J. et Simon, M. (1974). *Les organisations: problèmes psychosociologiques*. Paris: Dunod.
- March, J.G. (1982). Theories of Choice and Making Decisions. *Society*, XX (1).
- March, J.G. (1988). *Decisions and organizations*. Cambridge, Mass.: Basil Blackwell.
- Perrow, C. (1970). *Organizational analysis: A sociological view*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole Pub. Co.
- Perrow, C. (1979). *Complex organizations: A critical essay*. New York: Random House.
- Pfeffer, J. (1987). "Understanding the Role of Power in Decision Making". In Jay M. Shafritz & J. Steven Ott. *Classics of Organization Theory*, Brooks/Cole Publ. Co., Pacific Grove, p. 326.
- Rus, V. (1980). Positive and negative power: The dialectical thought on power. *Organizational Studies*, I.
- Sainsaulieu, R. (1980). *Sociologie de l'organisation et de la transformation sociale*. Paris: Fondation nationale des sciences politiques.
- Sainsaulieu, R. (1981). "Sociologie des organisations", *L'Année sociologique*, 31.
- Sainsaulieu, R., Ackerman, W. (1970). "L'étude sociologique du changement technique pour une analyse stratégique", *CERP*, XIX (1).
- Séguin-Bernard, F. et Chanlat, J.F. (1983). *L'analyse des organisations: une anthologie sociologique. Tome I: Les théories de l'organisation*. Québec: Éditions Préfontaine.

- Selznick, Philip (1948). Foundations of the Theory of Organizations. *American Sociological Review*, 13.
- Simon, H.A. (1957). A behavioral model of rational choice. *Quarterly Journal of Economics*, 69.
- Touraine, A. (1964). Pour une sociologie actionnaliste. *Archives européennes de sociologie*, 1.
- Warner, W.L. & Low, J.O. (1947). *The social system of the modern factory*. New Haven.
- White, D., Renaud, M. (1987). *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: A Strategic Analysis*, Rapport #21. Québec: Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux.

Sociologie médicale

- Anderson, H.J. (1991). Technology acquisition: Trends in imaging. Special Report. *Hospitals*, 26-36.
- Association des Hôpitaux de la Province de Québec (A.H.P.Q.) (1977). *Document de travail concernant la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.Q. 1971, c.48).
- Battista, R.N. et Hodge, M.J. (1995). The development of health care technology assessment. An international perspective. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11, 287-300.
- Bozzini, L., Renaud, M., Gaucher, D. et Wolff, J.L. (1981). *Médecine et société des années '80*. Montréal: Éd. Saint-Martin.
- Charles, A. (1990). *Travail d'ombre et de lumière. Le bénévolat féminin à l'Hôpital Sainte-Justine 1907-1960*. Québec: Institut Québécois de recherche sur la culture.
- Chauvenet, A. (1978). *Médecins au choix, médecine de classes*. Paris: P.U.F.
- Cockerham, W.C. (1983). The state of medical sociology in the United States, Great Britain, West Germany and Austria: Applied vs pure theory. *Social Science and Medicine*, 17 (20), 1513-1527.
- Cockerham, W.C. (1988). Medical sociology. In: N.J. Smelser (Ed.). *Handbook of Sociology*. CA: Sage Publications.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1970). *L'organisation et la réglementation des professions de la santé et du bien-être au Québec* (Annexe 12). Québec: Gouvernement du Québec.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1972). *Rapport*. Québec: Gouvernement du Québec.

- Corporation professionnelle des médecins du Québec (1992). *Aspects législatifs, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO Québec)*. Montréal: Auteur.
- Côté, R. et Rocher, G. (dir.) (1994). *Entre droit et technique: enjeux normatifs et sociaux*. Montréal: Éd. Thémis.
- Couture, D. (1988). Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire. *Sociologie et Sociétés*, XX (2), 77-89.
- Ducharme, Daniel (1995). *Le cheminement parlementaire de la plus récente réforme de la santé et des services sociaux - la dynamique des groupes professionnels dans un contexte d'émergence de la norme*. Mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université de Montréal.
- Duchesne, Raymond. "Développements techniques, travail humain et structure sociale" p.85-124. In: Alberto Cambrosio et Raymond Duchesne (sous la dir. de). *Les enjeux du progrès*.
- Ellul, Jacques (1954). *La technique ou l'enjeu du siècle*. Paris: Armand Colin.
- Fecteau, J.-M. (1987). L'émergence d'un réseau public d'établissements: régulation monopoliste et contraintes locales. In A. Lajoie, P. Molinari. *Pour une approche critique du droit de la santé: droit et matérialisation des politiques sociales*. Montréal: Centre de recherche en droit public.
- Fecteau, J.M. (1983). *La réforme de 1971 et l'évolution juridique des rapports de pouvoir au sein des établissements. Le cas des centres hospitaliers*. Montréal: Centre de recherche en droit public.
- Forget, N., Harel Giasson, F. et Séguin, F. (1995). *Justine Lacoste-Beaubien et l'Hôpital Sainte-Justine*. Montréal: Les Presses de l'Université du Québec.
- Freidson, E. (1961). *Patients' views of medical practice*. New York: Russell Sage Foundation.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance: The social structure of medical care*. NY: Atherton Press.
- Freidson, E. (1972). The organization of medical practice. In: Freeman, H.E., Levine, S., Reeder, L.G.(eds., 2nd ed.). *Handbook of medical sociology*. NJ: Prentice-Hall, 343-358.
- Freidson, E. (1974). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. NY: Dodd, Mead & Co.
- Freidson, E. (1980). Medical care and the public: Case study of a medical group. In: D. Mechanic (Ed.). *Readings in Medical Sociology*. NY: The Free Press, 367-376.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.

- Freidson, E. (1985). The reorganization of the medical profession. *Medical Care Review*, 42 (1), 11-35.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Goulet, D., Paradis, A. (1992). *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. Montréal: VLB Éditeur.
- Greer, A.L. (1977). *Hospital adoption of medical technology: A preliminary investigation into hospital decision-making*. Project for the Office of planning, evaluation, and legislation, health resource administration. Department of Health, Education and Welfare.
- Greer, A.L. (1986). *Medical conservatism and technological acquisitiveness: The paradox of hospital technology adoptions*. Milwaukee, Wisconsin: Departments of sociology and urban affairs, Urban research center, University of Wisconsin.
- Jackson, J.A. (ed.) (1970). *Professions and Professionalization*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hall, Oswald (1946). The informal organization of the medical profession. *Canadian Journal of Economics and Political Science*, 12, 30-41.
- Hôpital de Montréal pour enfants. *Rapport annuel des départements et services pour l'année finissant le 31 mars 1986* (distribution interne).
- Hôpital de Montréal pour enfants. *Relever le défi des années 1990: nouvelles orientations des soins de santé à l'Hôpital. Avril 1987 à mars 1990*. Montréal: Hôpital de Montréal pour enfants.
- Hôpital Sainte-Justine. *Fondation de l'Hôpital Sainte-Justine*. Montréal: Hôpital Sainte-Justine.
- Hôpital Sainte-Justine. *Manuel de politiques et procédés administratifs*. Document interne.
- Hôpital Sainte-Justine. *Orientations 1985-1990*.
- Hôpital Sainte-Justine. *Rapport annuel 1987-1988*.
- Jacob, R. et Battista, R.N. (1993). Assessing technology assessment. Early results of Quebec experience. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 9, 564-572
- «La gestion de la santé» (1977). *Sociologie et Sociétés*, 9 (1).
- «Technologies médicales et changement de valeurs» (1996). *Sociologie et Sociétés*, XXVIII (2).
- Lajoie, A. et al. (1981). *Traité du droit de la santé et des services sociaux*. Centre de recherche en droit public. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

- Lemieux, Vincent (dir.) (1990). La santé: le système et les acteurs. *Recherches sociographiques*, 31 (3).
- Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et Bélanger, G. (dirs.) (1994). *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Lesemann, F. (1981). *Du pain et des services: la réforme de la santé et des services sociaux au Québec*. Montréal: Éd. Albert Saint-Martin.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (projet de loi sanctionné le 4 septembre 1991). Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Machabée, L. et Rocher, G. (1994). Une profession du développement technologique: l'émergence de l'ingénieur biomédical en milieu universitaire et hospitalier. In: R. Côté et G. Rocher (dir.). *Entre droit et technique*, pp. 75-95. Montréal: Les Éditions Thémis.
- Maheu, L. et Beauchemin, H. (1987). Les sociologies de la technologie: des trouvailles certaines et de nombreux problèmes. In Bernard, P. et Cloutier, E. (dir.). *Sciences sociales et transformations technologiques*. Québec: Conseil de la science et de la technologie, 83-142.
- Plante, F.R. (1992). Le rôle diagnostique de l'imagerie par résonance magnétique. *Le Clinicien*, 159-171.
- Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (1988). Québec: Gouvernement du Québec.
- Roberge, F.A. (1987). *La prospective technologique dans le domaine de la santé*. Rapport de recherche pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Montréal: Institut de génie biomédical, École Polytechnique et Université de Montréal.
- Rocher, G. (1990). Y a-t-il des normes d'allocation des équipements coûteux en milieu hospitalier? *Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke*, 20 (2), 219-229.
- Rocher, G., Brillon, Y., Mulazzi, P. et Leroux, T. (1994). L'élaboration «dialogale» d'une normativité: le processus d'allocation des équipements médicaux entre centres hospitaliers. In R. Côté et G. Rocher (dir.). *Entre droit et technique*, pp. 97-129. Montréal: Les Éditions Thémis.
- Roy, Y. (1985). *Le système de santé et de services sociaux au Québec*. Québec: Ministère des Affaires sociales.
- Salomon, J.J. (1992). *Le destin technologique*. Paris: Gallimard.
- Scriber, Jessie Boyd (1979). *The Montreal Children's Hospital. Years of Growth*. Montreal: McGill-Queen's Press.
- Solomon, D.N. (1961). Ethnic and class differences among hospitals as contingencies in medical careers. *The American Journal of Sociology*, 66, 463-471.

- Souhrada, L. (1990). Imaging devices' shifting uses affect market. *Hospitals, Special Report*, 28-30.
- Sutherland, R.W. & Fulton, M.J. (1990). *Health Care in Canada. A description and analysis of Canadian health services*. Ottawa: The Health Group.
- White, D. & Renaud, M. (1987). *The involvement of the public health network in occupational health and safety: A strategic analysis*. Rapport #21, Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux.
- Wholey, D.R. & Burns, L.R. (1991). Convenience and independence: Do physicians strike a balance in admitting decisions? *Journal of Health and Social Behavior*, 32 (3), 254-272.

Théorie sociologique

- Coser, L.A. (1958). *The functions of social conflict*. Glencoe: The Free Press.
- Dahrendorf, R. (1959). *Class and class conflict in industrial society*. Stanford: Stanford University Press.
- Durkheim, Émile (1893). *De la division du travail social. Études sur l'organisation des sociétés supérieures*. Paris: Alcan.
- Gerth, H.H. et Mills, C.W. (1946). *From Max Weber: Essays in Sociology*. New York: Oxford University Press.
- Huberman, M.A. et Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Marx, K. (1973). *On Society and Social Change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mills, C.W. (1969). *L'élite du pouvoir*. Paris: Maspero.
- Parsons, Talcott (1959). *The Social System*. Glencoe: Free Press.
- Simmel, G. (1955). *Conflict. The web of group-affiliations*. Glencoe: The Free Press.
- Weber, M. (1967). *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Paris: Plon.
- Weber, M. (1971). *Économie et société*. Paris: Plon.
- Weber, M. (1991). *Histoire économique*. Paris: Gallimard.
- Weber, Max (1947). *The Theory of Social and Economic Organization*. Traduction anglaise de la première partie de *Wirtschaft und Gesellschaft*, par A.M. Henderson et T. Parsons, Oxford University Press.

Sociologie du droit

David, R. (1973). *Les grands systèmes de droit contemporains* (5e éd.). Paris: Dalloz.

Rocher, G. (1988). La réception de l'oeuvre de Max Weber dans la sociologie du droit aux États-Unis. *Droit et Société*, 9.

ANNEXE I

GUIDE D'ENTREVUE

1. Politique d'acquisition de nouveaux équipements

- * Parlez-nous de votre politique d'acquisition de nouveaux équipements.
 - Comment se définit-elle?
 - Qui l'élabore?
 - En fonction de quels objectifs?
 - Dites-nous comment est faite la planification pour le remplacement et l'acquisition des équipements?
- * Quelles sont les priorités actuelles?
- * Est-ce que le CRSSS joue un rôle dans l'élaboration de ces priorités?

2. Processus de prise de décision pour l'acquisition des équipements

- * Comment se prend la décision d'acheter de nouveaux équipements?
 - D'où vient la demande?
 - Comment est-elle acheminée vers les instances décisionnelles?
- * Est-ce que les décisions qui sont prises, pour déterminer le choix des équipements à acquérir, suscitent de la concurrence?
- * Quels sont les principaux acteurs qui interviennent dans la prise de décision?
 - Le directeur général?
 - Le directeur des services professionnels?
 - Les chefs de département?
 - Les médecins?
 - Les ingénieurs bio-médicaux?
 - Les universités?
 - Les compagnies?
 - Autres...
- Quel est leur poids respectif?
- En ce qui concerne les compagnies, quelles sont leurs stratégies habituelles de vente?
- * Concurrence entre les hôpitaux?
- * Y a-t-il des règles qui définissent la marche à suivre pour l'achat de nouveaux équipements?
 - Des règles de quel type?
 - A votre avis, sont-elles respectées?
- Quelle évaluation globale peut-on faire des mécanismes d'acquisition d'équipement?

3. Sources de financement

* De quelles ressources financières dispose l'hôpital pour l'achat de nouveaux équipements?

- D'où proviennent les fonds?
 - . Du gouvernement?
 - . Du CRSSS?
 - . De l'hôpital?
 - . D'une fondation?
 - . De subventions de recherche?

* Pour recourir à ces sources de financement, quelles sont les procédures à suivre?

- Ces procédures sont-elles satisfaisantes?
- Quelles sont les mesures qui pourraient les améliorer?
- Quels sont les principaux problèmes que soulève le financement des achats d'équipement?

4. Évaluation de l'état actuel de la technologie médicale

* Comment évaluez-vous le développement technologique de votre hôpital?

* Par rapport à quoi faites-vous cette évaluation?

- Comment vous comparez-vous par rapport...
 - ... aux hôpitaux américains?
 - ... à ceux d'Europe?
 - ... à ceux de l'Ontario?
 - ... à ceux du Québec?
 - ... aux hôpitaux universitaires?
 - ... aux hôpitaux anglophones?
 - ... aux hôpitaux de Montréal?
 - ... à ceux de Québec?

* Quelles sont les causes de cet état de fait?

* Quels seraient les correctifs à apporter pour l'avenir?

5. Effets de la technologie sur la pratique médicale

* Le développement technologique a-t-il modifié la pratique de la médecine, et dans quel sens?

- Quel est l'impact de ces changements sur...
 - ... le type de médecine (générale/spécialisée)?
 - ... le profil de la clientèle?
 - ... les relations médecin-patient?
 - ... la qualité des soins?
 - ... la formation du personnel?
 - ... les relations entre les groupes de personnel?
 - ... les coûts des soins?

6. Effets de la technologie sur la profession médicale

- * Le développement technologique a-t-il modifié la profession médicale, et dans quel sens?
- * Quel est l'impact de ces changements sur...
 - ... la hiérarchie entre les différentes professions médicales?
 - ... le développement de nouvelles spécialités en médecine?
 - ... les relations entre médecins de générations différentes?
 - ... l'émergence des nouveaux groupes professionnels (ingénieurs biomédicaux, ...)
 - Est-ce que le développement de la technologie a entraîné l'établissement de nouvelles formes de pratique médicale?
 - Lesquelles?
 - Dans quels domaines?
- * A-t-il créé de nouveaux problèmes moraux et des règles pour les résoudre?

7. Comités d'éthique

- * Existe-t-il des comités d'éthique dans l'hôpital?
- * Si oui, dans quels buts ont-ils été créés?
 - Quels sont leur composition et leur mandat?
 - Qui y a recours?
 - Quelle est la nature de leurs décisions?
 - Leur impact?
- * Est-ce que les nouvelles technologies ont suscité le recours à des comités d'éthique?
 - Pourquoi?
- * Les comités d'éthique ont-ils établi des normes, des règles qui ont été acceptées par l'hôpital?

8. Évaluation des lois et normes réglementant l'acquisition des nouvelles technologies

- * Pouvez-vous identifier les principales sources de règles qui s'appliquent à l'acquisition des nouveaux équipements en milieu hospitalier?
 - Quelles sont les lois et les organismes qui réglementent l'achat des nouveaux équipements?
- * Est-ce qu'ils fournissent des contrôles adéquats?
- * Existe-t-il des normes de fiabilité et d'efficacité des équipements?
 - Ces normes sont-elles satisfaisantes?

9. Fondation

- a) Quand la fondation a-t-elle été créée?
Par qui, comment et pourquoi?
- b) Quel rôle joue-t-elle présentement? (enseignement, recherche, financement des nouvelles technologies)
- c) Comment participe-t-elle au processus d'achat des équipements?
 - Quand intervient-elle, à quel moment du processus, selon quelles modalités?
 - Peut-elle, par exemple, refuser une demande d'achat d'équipement?
 - Selon quels critères?
- d) Par qui est-elle financée?
Selon quelles modalités?
- e) Qui la constitue? (membres -réseau bénévolat)
- f) Comment se compare-t-elle aux autres fondations?
- g) Facteurs influant sur son évolution. Avenir.
- h) Quelle est son opinion sur l'évolution technologique de la médecine?
(pratique et profession)
- i) Quelle est son opinion sur le mode de financement existant et sur le rôle du gouvernement et du CRSSS dans le financement des nouvelles technologies?

10. Formation académique de la personne interviewée

- * Dans quelle université avez-vous étudié? Pourquoi?
- * Quels moyens de diffusion privilégiez-vous? (colloque, type de revue scientifique, etc.)
- * Où publiez-vous le plus souvent?
Canada, USA, Québec? Pourquoi?

11. Relations avec l'extérieur

- Avez-vous des relations avec d'autres hôpitaux à même vocation
- Avez-vous des relations avec d'autres médecins

12. Description des activités du département

- type de clientèle
- nombre d'enfants hospitalisés/nombre total d'enfants traités
- politique d'hospitalisation/maintien des patients à domicile
- importance de la recherche au niveau de l'hôpital (secteurs de recherche)

13. Différence perçue dans la politique de soins des enfants vis-à-vis de l'autre hôpital

* En quoi votre hôpital se distingue-t-il de l'autre?

ANNEXE II

Tableaux de fréquences

1. Âge

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
31-40 ans	0	0	2	14	2	9
41-50 ans	1	11	1	7	2	9
51-60 ans	4	44	8	57	12	52
60 ans et plus	3	33	0	0	3	13
Pas de réponse	1	11	3	21	4	17
Total	9	100	14	100	23	100

2. Lieu de naissance du répondant

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Québec	1	11	5	36	6	26
Canada	1	11	0	0	1	4
États-Unis	2	22	0	0	2	9
Europe	0	0	2	14	2	9
Moyen-Orient	1	11	0	0	1	4
Autre	2	22	0	0	2	9
Pas de réponse	2	22	7	50	9	39
Total	9	100	14	100	23	100

3. Citoyenneté

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Canadienne	5	56	8	57	13	57
Autre	2	22	0	0	2	9
Canadienne et Autre	1	11	0	0	1	4
Pas de réponse	1	11	6	43	7	30
Total	9	100	14	100	23	100

4. Lieu de formation universitaire générale

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Québec	3	33	9	64	12	52
Ontario & Alberta	2	22	0	0	2	9
États-Unis	3	33	0	0	3	13
Moyen-Orient	1	11	0	0	1	4
Non applicable	0	0	5	36	5	22
Total	9	100	14	100	23	100

5. Le répondant est un médecin

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Oui	8	89	9	64	17	74
Non	1	11	5	36	6	26
Total	9	100	14	100	23	100

6. Université de formation générale

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Université de Montréal	0	0	6	43	6	26
Université McGill	3	33	0	0	3	13
Université Laval	0	0	1	7	1	4
Ontario	1	11	0	0	1	4
États-Unis	2	22	0	0	2	9
Europe	1	11	2	14	3	13
Moyen-Orient	1	11	0	0	1	4
Non applicable	1	11	5	36	6	26
Total	9	100	14	100	23	100

7. Hôpital de résidence médicale

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
USA	1	11	0	0	1	4
USA, HME, HRV	2	22	0	0	2	9
USA, HME	1	11	0	0	1	4
Ontario, Europe	1	11	0	0	1	4
HME, HGJ	1	11	1	7	2	9
USA, Moyen-Orient	1	11	0	0	1	4
USA, HSJ, HND	0	0	1	7	1	4
HSJ, HND	0	0	1	7	1	4
HND, HMR	0	0	1	7	1	4
HDM, HMR	0	0	1	7	1	4
USA, Ontario, HSJ	0	0	1	7	1	4
Non applicable	1	11	5	36	6	26
Pas de réponse	1	11	3	21	4	17
Total	9	100	14	100	23	100

8. Lieu de spécialisation

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Québec	2	22	4	29	6	26
Canada	1	11	0	0	1	4
USA	1	11	2	14	3	13
Québec, USA	2	22	1	7	3	13
Ontario, Europe	1	11	0	0	1	4
USA, Eur., M-Orient	1	11	0	0	1	4
Québec, USA, Europe	1	11	1	7	2	9
Québec, Europe	0	0	2	14	2	9
Québec, Ontario, USA	0	0	1	7	1	4
Non applicable	0	0	2	14	2	9
Pas de réponse	1	1	1	7	1	4
Total	9	100	14	100	23	100

9. Université ou hôpital de spécialisation

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
U de M	0	0	3	21	3	13
McGill	2	22	0	0	2	9
Concordia	0	0	1	7	1	4
USA	1	11	1	7	2	9
Hôp.rés.	2	22	0	0	2	9
USA, Hôp.rés.	1	11	2	14	3	13
Ontario, Europe	1	11	0	0	1	4
USA, Eur., M-Orient	1	11	0	0	1	4
McGill, USA, Eur.	1	11	0	0	1	4
Europe, Hôp.rés.	0	0	2	14	2	9
Ontario, USA, Hôp.rés.	0	0	1	7	1	4
U de M, Europe	0	0	1	7	1	4
Non applicable	0	0	2	14	2	9
Pas de réponse	0	0	1	7	1	4
Total	9	100	14	100	23	100

10. Associations professionnelles

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Canada	1	11	7	50	8	35
Canada, International	0	0	3	21	3	13
Canada, USA	5	56	2	14	7	30
Canada, USA, Europe	2	22	0	0	2	9
USA, Europe, Autre	1	11	0	0	1	4
Canada, USA, Internat.	0	0	1	7	1	4
Pas de réponse	0	0	1	7	1	4
Total	9	100	14	100	23	100

11. Nombre de participations à des congrès (lieu de la tenue du congrès)

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Québec	2 (3 fois)		1 (3 fois)			
Ontario	2 (1 fois)		1 (1 fois)			
USA	0		1 (4 fois)			

12. Nombre total de publications

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
0	0	0	2	17	2	0
1 - 29	3	33	3	25	6	38
30 - 59	2	22	1	8	3	14
60 - 89	1	11	2	17	3	14
90 - 119	1	11	2	17	3	14
120 -149	1	11	1	8	2	10
150 - 179	0	0	1	8	1	5
plus de 180	1	11	0	0	1	5
Total	9	100	12	100	21	100

13. Lieu de publication des articles de revue

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Québec						
0 article	3	33	0	0	3	17
1-3 articles	5	56	4	44	9	50
4-7 articles	0	0	2	22	2	11
8-11 articles	0	0	2	22	2	11
12-15 articles	1	11	0	0	1	6
plus de 15 art.	0	0	1	11	1	6
Total	9	100	9	100	18	100
Ontario						
0 article	1	11	2	22	3	17
1-16 articles	7	78	7	78	14	77
plus de 17 art.	1	11	0	0	1	6
Total	9	100	9	100	18	100
USA						
0 article	1	11	2	22	3	17
1-42 articles	5	56	6	67	11	61
43-86 articles	2	22	1	11	3	17
plus de 87 art.	1	11	0	0	1	6
Total	9	100	9	100	18	100

13. Lieu de publication des articles de revue (suite)

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Grande-Bretagne						
0 article	3	33	4	44	7	38
1-5 articles	4	44	1	11	5	28
6-11 articles	0	0	3	33	3	17
plus de 12 art.	2	22	1	11	3	17
Total	9	100	9	100	18	100
France						
0 article	4	44	5	56	9	50
1-8 articles	5	56	4	44	9	50
Total	9	100	9	100	18	100
Autres lieux						
0 article	2	22	2	22	4	22
1-9 articles	2	22	3	33	5	29
10-19 articles	1	11	1	11	2	11
plus de 20 art.	4	44	3	33	7	40
Total	9	100	9	100	18	100

14. Langue de publication des articles de revue

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Anglais						
0 article	1	11	1	11	2	11
1-89 articles	6	66	6	66	12	66
plus de 90 art.	2	22	2	22	4	22
Total	9	100	9	100	18	100
Français						
0 article	4	44	0	0	4	22
1-20 articles	4	44	8	88	12	67
plus de 21 art.	1	11	1	11	2	12
Total	9	100	9	100	18	100
Autre						
0 article	7	78	9	100	16	89
1 article	2	22	0	0	2	11
Total	9	100	9	100	18	100

15. Nombre de participations à des congrès (communications)

	<i>HME</i>		<i>HSJ</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Québec	1 (0 fois)		0 (0 fois)			
	5 (1-9 fois)		3 (1-9 fois)			
	3 (plus de 10 fois)		7 (plus de 10 fois)			
Ontario	1 (0 fois)		3 (0 fois)			
	6 (1-14 fois)		5 (1-14 fois)			
	2 (plus de 15 fois)		2 (plus de 15 fois)			
USA	2 (0 fois)		3 (0 fois)			
	6 (1-16 fois)		5 (1-16 fois)			
	1 (plus de 16 fois)		2 (plus de 16 fois)			
Grande-Bretagne	6 (0 fois)		8 (0 fois)			
	3 (1-6 fois)		2 (1-6 fois)			
France	5 (0 fois)		5 (0 fois)			
	4 (1-5 fois)		2 (1-5 fois)			
	0 (5-10 fois)		3 (5-10 fois)			
Autre	2 (0 fois)		4 (0 fois)			
	6 (1-9 fois)		4 (1-9 fois)			
	1 (plus de 10 fois)		2 (plus de 10 fois)			