

Université de Montréal

Gestion financière et pratiques stratégiques  
au sein d'hôpitaux publics

par  
Linda Cazale

Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine

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

Mars 2000

©Linda Cazale, 2000



WA  
5  
US8  
2000  
v. 009



Université de Montréal

Cette thèse intitulée :

Gestion financière et pratiques stratégiques  
au sein d'hôpitaux publics

présentée par :  
Linda Cazale

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur :	Contandriopoulos, André-Pierre
Directeur de recherche :	Denis, Jean-Louis
Codirecteur :	Langley, Ann
Membre du jury :	Champagne, François
Examineur externe :	Bégin, Clermont
	Département de management
	Université Laval
Représentant du doyen de la FES :	Larivière, Claude
	Professeur adjoint
	École de service social

Thèse acceptée le : 20 juin 2000

---

## Sommaire

Cette recherche longitudinale vise à mieux comprendre les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux publics québécois. Cette étude trouve sa pertinence dans le fait que ce champ d'étude a été peu investigué et découle de l'observation de deux (2) scénarios différents : un hôpital affichant à tous les ans l'équilibre budgétaire et qui, de là, semblait s'éloigner du comportement habituel dans le réseau et un autre hôpital qui semblait suivre l'air du temps ce qui se reflète par des cycles d'équilibres budgétaires suivis de déficits.

Puisque les relations entre les pratiques financières et stratégiques ont été peu étudiées, la recension des écrits puise dans différents domaines et champs d'application. Celle-ci comprend, entre autres, la présentation de fonctions de gestion, l'explicitation de visions pour comprendre ces pratiques organisationnelles, la description des tactiques des organisations pour faire face aux demandes de l'environnement et la présentation des enjeux et des rôles que peuvent jouer les acteurs dans la structuration des processus budgétaires.

Au niveau méthodologique, nous avons opté pour une étude de cas multiples (deux cas) avec des niveaux d'analyses imbriqués dits vertical et horizontal. L'approche inductive privilégiée s'appuie sur un cadre conceptuel s'inspirant de l'approche contextualiste (Pettigrew, 1985, 1990, 1992). Cette approche relie le contenu, les contextes et les processus des dynamiques financières-stratégiques (une dynamique se définissant par les relations entre les pratiques financières et les pratiques stratégiques) aux résultats de ces dynamiques.

Dans un souci de triangulation, les données sont qualitatives et quantitatives et s'étalent sur une période d'environ quinze ans. Suite à une première cueillette de données, deux (2) études de cas ont été rédigées puis validées par des acteurs. Celles-ci se présentent sous la forme de phases qui sont structurées à partir d'initiatives jugées révélatrices des dynamiques financières-stratégiques retenues. À cette stratégie narrative s'ajoutent d'autres stratégies méthodologiques. Celles-ci permettent une relecture des études de cas à partir des construits des rôles budgétaires et des tactiques organisationnelles. Puis les résultats de recherche, sous la forme de propositions, sont présentées.

---

En ce qui a trait au premier objectif de recherche, lequel porte sur la compréhension des relations entre les pratiques financières et les pratiques stratégiques, une proposition met en relation des modes de gestion budgétaire à des types de développement stratégique : le mode rationnel des pratiques budgétaires s'accompagne d'une stratégie organisationnelle plutôt délibérée et le mode émergent d'une stratégie organisationnelle davantage émergente.

Quelques propositions illustrent l'influence de l'environnement externe et des rôles budgétaires sur la continuité des modes de gestion financière identifiés. Une proposition est à l'effet que toute recette budgétaire peut perdurer sur une longue période en autant que l'environnement le permette, du moins de temps en temps, les gains obtenus de l'environnement contribuant cependant à stabiliser les pratiques et les rôles budgétaires. Une autre proposition rapporte que la vision émergente des pratiques budgétaires est durable et difficile à changer; c'est la plus naturelle puisqu'elle suit les pressions changeantes de l'environnement. Par ailleurs, la vision rationnelle des pratiques budgétaires est fragile et difficile à mettre en place. De plus, et étant donné l'ambiguïté et la multiplicité des rôles budgétaires et la situation d'asymétrie d'information qu'expérimentent les gardiens, l'atteinte de l'équilibre budgétaire passe par une décentralisation forte des responsabilités budgétaires au niveau des consommateurs des ressources.

Relativement au second objectif de recherche, l'adhésion à la vision rationnelle des pratiques budgétaires semble plus performante que l'adhésion à une vision émergente, du moins si l'on se fie du moins aux résultats retenus. Enfin, une dernière proposition porte sur la compréhension de l'influence de l'environnement externe sur les dynamiques financières stratégiques retenues. Cette proposition soulève que l'environnement externe échoue, sur une longue période du moins, à favoriser les pratiques budgétaires rationnelles au niveau local.

Enfin, à un niveau plus pratique, l'étude conclut sur le partage des responsabilités budgétaires entre les acteurs, sur la besoin d'oeuvrer à corriger l'asymétrie d'information expérimentée par certains acteurs et sur des pistes de recherches futures.

<b>Sommaire .....</b>	<b>i</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>vi</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>ix</b>
<b>Liste des graphiques.....</b>	<b>x</b>
<b>Liste des sigles et des abréviations.....</b>	<b>xi</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>xiii</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>xv</b>
<b>Chapitre 1 : Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 2 : État des connaissances.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Contrôle de gestion, gestion financière et gestion de la stratégie.....</b>	<b>11</b>
2.1.1 Contrôle de gestion, outils et catégorisations de contrôle.....	11
2.1.2 Contrôle de gestion et gestion financière.....	13
2.1.3 Couplage serré entre les budgets et la planification de la stratégie ou 2 solitudes?.....	14
2.1.3.1 Le cas particulier des hôpitaux.....	17
<b>2.2 Quelques repères sur les pratiques financières des organisations.....</b>	<b>20</b>
2.2.1 Quelques repères théoriques.....	20
2.2.1.1 Tentative d'intégration : rôle des informations financières dans la prise de décision.....	27
2.2.1.2 Tentative d'intégration : conciliation avec des modèles de formation de stratégie.....	29
2.2.2 Quelques enjeux liés aux pratiques financières et budgétaires.....	32
2.2.2.1 Comment allouer les ressources : modes d'allocation des ressources.....	32
2.2.2.2 Comment allouer les responsabilités : modèle simplifié des relations entre acteurs.....	34
2.2.2.2.1 Le cas particulier des hôpitaux : rôle des acteurs.....	36
2.2.2.3 Comment obtenir des ressources additionnelles : l'environnement externe.....	41
2.2.2.3.1 Mode d'allocation des ressources et ajout au modèle des relations entre acteurs.....	41
2.2.2.3.2 Tactiques disponibles pour faire face aux pressions de l'environnement.....	44
2.2.2.3.2.1 Tactiques à l'interne.....	46
2.2.2.3.2.2 Tactiques à l'externe.....	50
2.2.2.3.3 Changement de paradigme décisionnel pour une organisation.....	54
2.2.2.3.3.1 Le cas particulier des hôpitaux : typologie de Begun, Luke et Pointer.....	57
2.2.2.3.4 Gains d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gestionnaires.....	59
<b>2.3 L'exemple québécois.....</b>	<b>65</b>
2.3.1 Quelques enjeux liés aux pratiques financières et budgétaires des hôpitaux.....	65
2.3.1.1 L'environnement et les hôpitaux.....	66

2.3.1.2	Au sein de l'organisation .....	75
<b>2.4</b>	<b>Cadre conceptuel</b> .....	<b>77</b>
2.4.1	Conclusions de l'état des connaissances.....	78
2.4.2	Cadre conceptuel et objectifs de recherche.....	80
<b>Chapitre 3</b>	<b>: Cadre méthodologique</b> .....	<b>87</b>
<b>3.1</b>	<b>Devis de recherche : étude de cas</b> .....	<b>88</b>
3.1.1	Sélection des cas .....	90
3.1.2	Critères de rigueur de l'étude de cas .....	92
<b>3.2</b>	<b>Approche d'analyse des organisations</b> .....	<b>97</b>
3.2.1	Collecte et analyse des données .....	98
3.2.1.1	Entretiens et contributions des acteurs .....	100
3.2.2	Méthodes d'analyse des données processuelles.....	106
<b>Chapitre 4</b>	<b>: Résultats</b> .....	<b>110</b>
<b>4.1</b>	<b>Contexte de l'environnement budgétaire des hôpitaux</b> .....	<b>110</b>
4.1.1	Expériences pour contrôler l'évolution des coûts des hôpital .....	110
4.1.1.1	Première époque : mode de budgétisation du budget détaillé .....	114
4.1.1.2	Seconde époque : mode de budgétisation du budget global.....	115
4.1.1.2.1	Premier mouvement : performance économique.....	118
4.1.1.2.2	Second mouvement : Opération Blitz et suite.....	122
4.1.1.2.3	Troisième mouvement : défi qualité performance et politique de santé et de bien-être .....	125
4.1.2	Caractéristiques de la gestion financière provenant de l'environnement externe .....	130
4.1.2.1	Dépenses de fonctionnement (ou d'exploitation).....	131
4.1.2.1.1	Budget de fonctionnement : activités principales .....	133
4.1.2.1.1.1	Financement net.....	136
4.1.2.1.1.2	Révision de la base budgétaire.....	139
4.1.2.1.2	Budget de fonctionnement : activités accessoires .....	142
4.1.2.1.3	Encadrement général du budget.....	143
4.1.2.1.3.1	Les résultats annuels des opérations .....	145
4.1.2.2	Dépenses d'immobilisations .....	148
4.1.2.2.1	Définition et sources de financement.....	148
4.1.2.2.1.1	Projet autofinancé .....	151
4.1.2.2.2	Politique de décentralisation.....	152
4.1.2.2.2.1	Services nécessitant l'autorisation du Ministre et équipements ultraspécialisés .....	156
4.1.2.2.2.2	Cas particulier : Régie régionale de Montréal-Centre.....	156
4.1.3	Synthèse : identification de leviers stratégiques associés à la gestion financière .....	158
4.1.4	Conclusions .....	165
<b>4.2</b>	<b>Les études de cas : la chronologie des dynamiques financières- stratégiques</b> .....	<b>168</b>
4.2.1	Phase 1 .....	169
4.2.1.1	Description de l'environnement externe (1983-84 à 1985-86) : incitation à la saine gestion? .....	169
4.2.1.2	Phase 1 de l'Hôpital 1 (1983-84 à 1985-86) : développement via déficits? .....	174
4.2.1.3	Phase 1 de l'Hôpital 2 (1983-84 à 1985-86) : développement via saine gestion? .....	186
4.2.1.4	Analyse transversale de la phase 1 .....	197
4.2.2	Phase 2 .....	200
4.2.2.1	Description de l'environnement externe (1986-87 à 1989-90) : plus grande incitation à la saine gestion et abondance.....	200

4.2.2.2	Phase 2 de l'Hôpital 1 (1986-87 à 1990-91) : développement via l'urgence?.....	202
4.2.2.3	Phase 2 de l'Hôpital 2 (1986-87 à 1989-90) : développement par projets et objectifs .....	214
4.2.2.4	Analyse transversale de la phase 2 .....	225
4.2.3	Phase 3.....	229
4.2.3.1	Description de l'environnement externe (1990-91 à 1993-94) : retour du stress financier.....	229
4.2.3.2	Phase 3 de l'Hôpital 1 (1991-92 à 1994-95) : troc de l'aide externe en échange d'efforts de saine gestion.....	232
4.2.3.3	Phase 3 de l'Hôpital 2 (1990-91 à 1993-94) : complexification et/ou partenariat .....	247
4.2.3.4	Analyse transversale de la phase 3 .....	261
4.2.4	Phase 4.....	264
4.2.4.1	Description de l'environnement externe (1994-95 à ...) : arrimage réussi des règles de gestion financière et des réformes?.....	264
4.2.4.2	Phase 4 de l'Hôpital 1 (1995-96 à ...) : transformations et/ou vivre selon ses moyens .....	269
4.2.4.3	Phase 4 de l'Hôpital 2 (1994-95 à ...) : transformations dont celles des pratiques budgétaires.....	283
4.2.4.4	Analyse transversale de la phase 4 .....	299
4.2.4.4.1	Épilogue : .....	308
<b>4.3</b>	<b>Analyse transversale des cas.....</b>	<b>309</b>
4.3.1	Pour la compréhension des dynamiques financières- stratégiques : les rôles et les tactiques.....	310
4.3.2	Reprise des phases en fonction des rôles et des tactiques .....	327
4.3.3	Propositions .....	351
4.3.3.1	Premier objectif de la recherche : Comprendre les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques.....	353
4.3.3.2	Deuxième objectif de la recherche : Apprécier l'influence des dynamiques financières-stratégiques sur les résultats produits.....	369
4.3.3.3	Troisième objectif de la recherche : Comprendre l'influence de l'environnement externe sur les dynamiques financières-stratégiques retenues .....	387
	<b>Chapitre 5 : Discussion .....</b>	<b>396</b>
5.1	<b>Résultats de recherche .....</b>	<b>396</b>
5.2	<b>Valeur ajoutée de la recherche.....</b>	<b>401</b>
5.2.1	Considérations théoriques.....	401
5.2.2	Considérations pratiques liées aux pratiques budgétaires .....	404
5.2.3	Limites de l'étude .....	406
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>409</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>i-428</b>



---

## Liste des tableaux

Tableau I :	Présentation de scénarios en fonction de critères retenus .....	91
Tableau II :	Distribution des catégories d'acteurs par phase.....	102
Tableau III :	Quelques caractéristiques des acteurs rencontrés dans le cadre des entretiens .....	103
Tableau IV :	Composantes du budget de fonctionnement.....	132
Tableau V :	Facteurs d'actualisation (d'indexation) pour différents intrants du budget de fonctionnement.....	135
Tableau VI :	Détermination du budget : liste de revenus rectifiables et non rectifiables.....	140
Tableau VII :	Résultats des activités du budget de fonctionnement.....	147
Tableau VIII :	Sources de financement du fonds d'immobilisations .....	150
Tableau IX :	Identification des autorités responsables pour les immobilisations .....	154
Tableau X :	Identification de services pour lesquels l'autorisation du Ministre est nécessaire.....	157
Tableau XI :	Identification de leviers d'action : budget d'exploitation .....	161
Tableau XII :	Identification de leviers d'action : budget d'immobilisations .....	163
Tableau XIII :	Identification de leviers d'action : interrelation entre les budgets .....	164
Tableau XIV :	Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 1 en phase 1 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe .....	183

---

Tableau XV :	Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 2 en phase 1 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe .....	194
Tableau XVI :	Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 1 en phase 2 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe .....	211
Tableau XVII :	Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 2 en phase 2 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe .....	222
Tableau XVIII :	Contribution à la marge de manoeuvre et allocation en début d'année de la marge de manoeuvre des différentes directions .....	223
Tableau XIX :	Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 1 en phase 3 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe .....	243
Tableau XX :	Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 2 en phase 3 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe .....	257
Tableau XXI :	Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 1 en phase 4 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe .....	280
Tableau XXII :	Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 2 en phase 4 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe .....	295
Tableau XXIII :	Synthèse des comportements et des résultats des hôpitaux à l'étude en phase 1 .....	315
Tableau XXIV :	Synthèse des comportements et des résultats des hôpitaux à l'étude en phase 2 .....	316
Tableau XXV :	Synthèse des comportements et des résultats des hôpitaux à l'étude en phase 3 .....	317

---

Tableau XXVI :	Synthèse des comportements et des résultats des hôpitaux à l'étude en phase 4.....	318
Tableau XXVII :	Appréciation de l'évolution des pratiques financières des hôpitaux à l'étude en fonction de l'évolution de l'environnement (phase 1 et phase 2).....	319
Tableau XXVIII :	Appréciation de l'évolution des pratiques financières des hôpitaux à l'étude en fonction de l'évolution de l'environnement (phase 2 et phase 3).....	320
Tableau XXIX :	Appréciation de l'évolution des pratiques financières des hôpitaux à l'étude en fonction de l'évolution de l'environnement (phase 3 et phase 4).....	321
Tableau XXX :	Caractéristiques des initiatives choisies .....	322

---

## Liste des figures

Figure 1 :	Cadre conceptuel pour l'étude de dynamiques financières-stratégiques .....	83
Figure 2 :	Historique de la budgétisation des hôpitaux .....	111
Figure 3 :	Époques et mouvements de contrôle des coûts .....	112
Figure 4 :	Résultats de la conciliation de la performance et de la situation financière .....	121
Figure 5 :	Figure illustrant la détermination du budget par les autorités .....	137
Figure 6 :	Les cycles budgétaires concomittants .....	146
Figure 7 :	Résumé du processus administratif pour l'étude des immobilisations à la RRSSM-C.....	159
Figure 8 :	Horizon temporel des initiatives .....	324
Figure 9 :	Évolution des résultats pour les différentes phases pour l'Hôpital 1.....	325
Figure 10 :	Évolution des résultats pour les différentes phases pour l'Hôpital 2.....	326

---

## Liste des graphiques

- Graphique 1 : Évolution des résultats pour les activités principales exprimés en pourcentage des revenus..... 93
- Graphique 2 : Déficit dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (1974 à 1985-86)..... 172
- Graphique 3 : Évolution des résultats pour les activités principales et accessoires des membres de l'AHQ (1986-87 à 1996-97)..... 233

---

## Liste des sigles et des abréviations

AHQ : Association des hôpitaux du Québec

BBZ : budget base zéro

BBZM : budget base zéro modifié

C.A. : conseil d'administration

CAU : centre affilié universitaire

CESS : Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux

CHEM : centre hospitalier d'enseignement multidisciplinaire

CHSCD : centre hospitalier de soins de courte durée

CHU : centre hospitalier universitaire

CHUP : centre hospitalier universitaire périphérique

CLSC : Centre local de services communautaires

CMDP : conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens

CR : Conseil régional

CRM : Conseil de recherches médicales du Canada

CRSSS : Conseil régional de la Santé et des Services sociaux

CSSSRM : Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain

CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail

DQP : Défi qualité performance

DRG : diagnostic-related groups (voir NIRU)

ÉTC : équivalent temps complet

FRSQ : Fonds de la recherche en santé du Québec

GTI : Groupe tactique d'intervention des urgences

MAS : Ministère des Affaires sociales

MRBB : Méthode de Révision des Bases Budgétaires

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NIRU : niveau d'intensité des ressources utilisées

PAI : plan annuel d'immobilisation

PEB : plan d'équilibre budgétaire

PPBS : Planning, Programming and Budgeting Systems

PRIMA : programme régional de maintien des activités

PROS : plan régional d'organisation des services

PSBE : Politique de santé et de bien-être

R&D : recherche et développement

RAMQ : Régie de l'Assurance-maladie du Québec

RBB : révision de la base budgétaire

RR : Régie régionale

RRSSS : Régie régionale de la santé et des services sociaux

RRSSSM-C : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

RUR : revue de l'utilisation des ressources

SAAQ : société de l'assurance automobile du Québec

---

## Liste des annexes

<b>Annexe 1 :</b>	<b>Guide pour les entretiens et la validation de sections des études de cas auprès des acteurs.....</b>	<b>i-428</b>
Annexe 1.1 :	Lettre de présentation et guide pour l'entretien pour l'Hôpital 1.....	i-429
Annexe 1.2 :	Lettre de présentation et guide pour l'entretien pour l'Hôpital 2.....	i-434
Annexe 1.3 :	Lettre de présentation et guide pour la validation de sections des études de cas .....	i-439
<b>Annexe 2 :</b>	<b>Données statistiques et financières .....</b>	<b>i-441</b>
Annexe 2.1 :	Évolution des résultats pour les activités principales exprimés en dollars .....	i-442
Annexe 2.2 :	Évolution des heures pour les activités principales .....	i-443
Annexe 2.3 :	Évolution du pourcentage des heures travaillées par rapport aux heures totales (activités principales).....	i-444
Annexe 2.4 :	Évolution des dépenses des activités principales.....	i-445
Annexe 2.5 :	Évolution des dépenses pour les salaires et les avantages sociaux (activités principales).....	i-446
Annexe 2.6 :	Évolution des revenus pour les activités principales par catégories de revenus .....	i-447
Annexe 2.7 :	Évolution des dépenses et des revenus pour les activités principales.....	i-448
Annexe 2.8 :	Évolution de la contribution des Fondations .....	i-449
Annexe 2.9 :	Résultat des activités accessoires.....	i-450
Annexe 2.10 :	Évolution des revenus pour les activités accessoires par catégories de revenus .....	i-451
Annexe 2.11 :	Répartition des acquisitions (immobilisations) par année et par phase .....	i-452
Annexe 2.12 :	Répartition des sources du fonds d'immobilisations.....	i-453
Annexe 2.13 :	Répartition des sources du fonds d'immobilisations : % par rapport aux additions totales .....	i-454



---

Annexe 2.14 : Fréquence des transferts interfonds par catégorie et par phase .....	i-455
Annexe 2.15 : Évolution de la structure des jours-présence et des admissions pour 3 centres d'activités de l'Hôpital 1 .....	i-456
Annexe 2.16 : Évolution de la structure des jours-présence et des admissions de court terme et de long terme en santé physique et en psychiatrie de l'Hôpital 1 .....	i-457
Annexe 2.17 : Évolution de la structure des jours-présence et des admissions pour 3 centres d'activités de l'Hôpital 2 .....	i-458
Annexe 2.18 : Évolution des jours-présence et des admissions pour les soins aux nouveau-nés.....	i-459
Annexe 2.19 : Évolution du nombre d'accouchements .....	i-460
Annexe 2.20 : Évolution du nombre de patients au bloc opératoire .....	i-461
Annexe 2.21 : Évolution du nombre de visites ambulatoires.....	i-462
Annexe 2.22 : Évolution du nombre de traitements d'hémodialyse).....	i-463
Annexe 2.23 : Évolution du nombre de présences aux centres de jour.....	i-464
Annexe 2.24 : Évolution du nombre de médecins actifs.....	i-465
Annexe 2.25 : Évolution du nombre de lits dressés et au permis.....	i-466
<b>Annexe 3 : Tableaux complémentaires à l'analyse transversale des cas.....</b>	<b>i-467</b>
Annexe 3.1 : Quelques caractéristiques de l'environnement.....	i-468
Annexe 3.2 : Quelques caractéristiques des rôles budgétaires, de l'application de la recette budgétaire et des initiatives pour l'Hôpital 1 .....	i-469
Annexe 3.3 : Quelques caractéristiques des rôles budgétaires, de l'application de la recette budgétaire et des initiatives pour l'Hôpital 2 .....	i-470
Annexe 3.4 : Quelques caractéristiques des plans stratégiques de l'Hôpital 1.....	i-471
Annexe 3.5 : Quelques caractéristiques des plans stratégiques de l'Hôpital 2.....	i-472

---

## Remerciements

Pour remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à la réalisation de cette recherche, j'emploie pour concevoir le travail que peut représenter une thèse la métaphore du marathon. Tout comme un marathon, la réalisation d'une thèse est un travail de longue haleine, d'où le risque de manquer de souffle (ou de jambes) surtout si l'on rajoute à la thèse, la scolarité et l'examen général de synthèse. Pourtant et à l'encontre des athlètes en compétition, il a été possible de prendre des "pauses" – par exemple pour l'arrivée de Félix – sans que je sois exclue de la course. Enfin, et malgré la nature individuelle de ce travail, l'on s'aperçoit que celui-ci n'a pu se faire sans les autres. Je tiens à remercier sincèrement l'ensemble des personnes ayant permis de rendre possible et de terminer ce marathon.

Tout d'abord, je tiens à remercier mes "entraîneurs" et directeurs, M. Jean-Louis Denis et Mme Ann Langley qui m'ont encouragée et soutenue tout au long de ce projet. Leur savoir, leur rigueur, leurs encouragements aux moments critiques et leur patience à mon égard ont contribué à rendre possible ce travail.

Je n'aurais jamais pu prétendre mieux comprendre la gestion financière et ses relations avec les pratiques stratégiques sans la contribution d'acteurs oeuvrant ou ayant oeuvré au sein des deux (2) hôpitaux à l'étude. Sans vous, cette thèse n'existerait pas. Aux quarante personnes rencontrés lors des entretiens, d'autres ont gentiment accepté de m'aider à décortiquer l'ensemble de la documentation ou encore à valider des sections du contexte de l'environnement budgétaire des hôpitaux. Votre contribution a permis d'éviter (ou presque) l'asphyxie des données.

Pour pouvoir poursuivre sa course, l'étudiant(e) a également besoin de fonds. Cette recherche a été possible grâce au support financier accordé par les organismes suivants : le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR), pour l'octroi d'une bourse doctorale d'une durée de trois (3) ans, l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA) pour l'octroi d'une bourse doctorale en 1996-97 et, plus récemment, la Faculté des études supérieures de

---

l'Université de Montréal dans le cadre du programme de bourses pour congé de maternité.

Par ailleurs, les travaux menés au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, au Département d'administration de la santé et les charges de cours dispensées à la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal ont permis de terminer (enfin) mes études avec un niveau d'endettement acceptable. Je profite de l'occasion pour remercier l'ensemble des professeurs, des chercheurs et du personnel du secteur de la santé publique pour les savoirs transmis et les activités permettant d'échanger et de se changer les idées. J'ose énumérer quelques noms au risque d'en omettre quelques-uns : André-Pierre Contandriopoulos, Nicole Leduc, les "filles" du DASUM particulièrement Nicole Roberge qui a eu le mérite de "suivre" les étudiants(es) du doctorat en santé publique pendant quelques années, Claude Sicotte, Isabelle Trabut, Annie Gourves-Mancuso pour ses conseils et sa gentillesse, l'équipe informatique dont Lorraine Trudeau et Patrice Brodeur qui ont toujours eu l'amabilité de m'aider lorsque j'avais des problèmes avec un vieux Macintosh Plus et Claudette et Diane Crevier. Un merci tout particulier à Diane pour avoir accepté d'aider pour la mise en page de la thèse.

Je m'en voudrais de ne pas saluer les autres coureurs de marathon avec qui j'ai eu le plaisir d'échanger, de faire certains travaux et de boire beaucoup de café. Un merci tout particulier à Delphine Arweiler, Mustapha Berre, Marc Bourguignon, Djona Atchenemou Avocksouma, Nima Machouf, Charo Rodriguez, Carole St-Hilaire, Mahamadou Touré, Louise-Hélène Trottier, Claude Vincent et l'équipe brésilienne.

Enfin, un merci à mes supporteurs. Je pense, entre autres, aux membres du comité exécutif et au comité de rédaction de l'Association des diplômés de la maîtrise en administration des services de santé, particulièrement à Ginette Bélec, Anne Lauzon, Jean-Claude Martin et Johanne Trépanier, à Élise Girard qui a pris bien soin de Félix alors que j'étais en fin de rédaction et à des étudiants(es) à qui j'ai eu le plaisir d'enseigner dont Rodrigue Blanchette, Claude Galant et la classe de l'Hôtel-Dieu de Montréal à l'automne 1996. Merci finalement aux "aidants

---

naturels" : mes amis, dont Colette, Louise, Ludovic, Michèle et Sylvain, ma famille, particulièrement Sylvie et Mario, et ma belle-famille, les Lafortune. Un merci tout particulier à Normand, mon plus grand supporteur.

---

## Chapitre 1 : Introduction

L'hôpital québécois, à l'instar de toute organisation, dépend des ressources de son environnement pour atteindre ses buts et assurer sa survie. Dans un contexte de financement public des activités, l'hôpital a à se conformer adéquatement aux règles et normes des autorités centrales. Ces règles et normes sont les exigences associées à l'environnement institutionnel (Alexander & d'Aunno, 1990; Scott, 1987). Dans un secteur où l'efficacité des services est difficilement quantifiable, celles-ci s'appliquent davantage aux structures et aux processus organisationnels qu'aux effets des services (Scott, 1987). L'une de ces normes est l'atteinte de l'équilibre budgétaire laquelle est un indicateur d'une saine gestion des fonds alloués. Au Québec, l'article 284 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2 1995) mentionne l'obligation de l'équilibre entre les revenus et les dépenses. La citation suivante, provenant d'un entretien auprès d'un acteur rencontré dans le cadre de ce projet de thèse, résume la philosophie budgétaire de "déficit zéro" d'un des hôpitaux à l'étude :

(...) Nous on avait pris ça comme philosophie, c'est-à-dire avant même qu'il fallait que les hôpitaux aient à présenter un budget équilibré. (...) on avait pris l'embranchement de dire : Que dorénavant nous, on gèrerait les sommes qui nous sont allouées et qu'on jouerait la carte du budget global. Qu'on n'était pas élu par la population pour utiliser des fonds qui ne nous étaient pas assignés par l'Assemblée nationale. Et que de toute façon pour gérer un hôpital, il faut que tu aies un budget limité. Que le budget idéal d'un hôpital, ça n'existe pas. (...) (a2)

Si l'on en juge par les résultats budgétaires des hôpitaux québécois sur la période de 1983 à 1997 – c'est la période auquel nous nous sommes intéressée dans cette recherche – cette philosophie de "déficit zéro" est minoritaire dans le réseau des hôpitaux québécois. En effet, non seulement une bonne partie des hôpitaux ne peuvent présenter, à l'occasion du moins (ex.: Champagne, Langley, Denis, Contandriopoulos, Cazale, & Rivard, 1997), des résultats budgétaires équilibrés mais il est arrivé, à quelques reprises dans les années 1980 et plus récemment en 1999, que les autorités aient remboursé ces déficits. Le remboursement de déficits constitue un moyen d'obtenir du financement pour un développement passé

---

(Bégin, Labelle, & Bouchard, 1987; Tilquin & Vanderstraeten, 1987; Villeneuve 1985, 1986), développement associé ou non aux orientations stratégiques des hôpitaux et non autorisé au préalable par les autorités. Cette autre citation, provenant d'un entretien auprès d'un acteur oeuvrant au sein de l'autre hôpital étudié, illustre d'ailleurs le caractère flou et ambigu de la norme du "déficit zéro" ainsi qu'une retombée possible et intéressante suite à la réalisation d'un déficit :

(...) Je ne pense pas que c'est un déficit qui est important. Je pense que tous les centres ont un déficit. Évidemment il ne faut pas que ce déficit augmente trop. Un déficit, il faut voir ça au moins comme un petit investissement. (...) (b10)

Non seulement, il n'y a jamais assez d'argent à distribuer dans une organisation mais, qui plus est, les acteurs sont en désaccord sur la façon de dépenser les ressources disponibles (Wildavsky, 1975). Dans le secteur de la santé, ce difficile arbitrage entre l'offre et la demande de soins s'explique par plusieurs facteurs dont le développement accéléré des technologies, la diffusion rapide des connaissances et des interventions et l'évolution démographique. Reflet des tensions entre leurs revenus et leurs dépenses – l'atteinte de l'équilibre budgétaire est toujours ou presque difficile –, les difficultés budgétaires des hôpitaux font souvent la manchette des journaux et ce, depuis plusieurs années. Par exemple, un article au titre évocateur "Équilibre budgétaire forcé : une mission impossible pour certains hôpitaux" (Roberge, 1986) rapporte qu'en 1986 des hôpitaux n'auraient d'autre choix que de couper des services à la population pour atteindre l'équilibre budgétaire alors que plus récemment Mme Katya Gagnon (1999) rapporte que près du tiers des hôpitaux québécois prévoient réaliser un déficit en 1998-99.

Que ces difficultés budgétaires reflètent des problèmes de gestion au sein de ces établissements, par exemple une allocation non optimale de responsabilités entre les acteurs, ou qu'elles soient causées par leur sous-financement ou encore par la présence de modalités nuisant à l'atteinte de l'équilibre (ex. non harmonisation des modes de rémunération des professionnels et des hôpitaux, réglementation lourde), toujours est-il que la détérioration de la situation budgétaire des hôpitaux soulève des préoccupations quant à son impact sur les soins, certainement du moins en termes de leur quantité.

---

Nous ne nous intéressons pas directement aux difficultés financières – qui constituent l'un des résultats du délicat arbitrage entre l'offre et la demande de soins – mais plutôt à ce qui est en quelque sorte en amont, c'est-à-dire la gestion financière d'hôpitaux publics québécois et particulièrement à des enjeux associés aux pratiques financières. L'un des ces enjeux, puisqu'il n'y a jamais assez d'argent à distribuer dans une organisation (Wildavsky, 1975), est l'obtention de ressources additionnelles pouvant servir à actualiser les orientations stratégiques d'un hôpital. L'allocation des ressources au sein de l'hôpital et l'allocation de responsabilités budgétaires entre les acteurs – que nous définirons à l'état des connaissances comme étant des gardiens, des trésoriers ou encore des consommateurs de ressources – constituent d'autres enjeux importants.

Dans ce projet de thèse, nous nous proposons d'étudier deux (2) fonctions de gestion classique, celle de la gestion financière, particulièrement les processus budgétaires, et celle de la stratégie. Plusieurs auteurs ont suggéré d'étudier les pratiques financières au sein des organisations afin de changer la tendance à n'étudier que les aspects techniques de ces pratiques (Hägg & Hedlund, 1979; Huff & Reger, 1987; Robert & Scapens, 1985). Cette tendance contribue à une faible prise en compte du contexte organisationnel dans les études empiriques (Boland & Pondy, 1983, p. 225; Colignon & Covalski, 1991, p. 150; Hopwood, 1980, 1974; Humphrey & Scapens, 1996; Macintosh & Scapens, 1990; Otley & Berry, 1994; Robert & Scapens, 1985; Scapens, 1990; Wildavsky, 1975) et à une faible propension à analyser les relations entre la gestion financière et d'autres fonctions des organisations telle la stratégie (Robert & Scapens, 1985).

De façon spécifique, notre premier objectif de recherche consiste à comprendre les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux. La gestion financière et les processus budgétaires font partie des contrôles bureaucratiques courants des organisations (Macintosh & Daft, 1987; Otley, Broadbent, & Berry, 1995). La gestion financière s'inscrit en effet dans le contrôle de gestion de l'organisation; elle vise l'atteinte des objectifs organisationnels et comprend le monitoring des flux monétaires, c'est-à-dire les entrées ou les revenus et les sorties ou les dépenses. L'un des instruments de la

---

gestion financière est le budget, ce dernier résultant du processus budgétaire de l'organisation.

Cependant les preuves empiriques démontrant un couplage serré entre les stratégies, que l'on suppose planifiées, les activités mises en place, et les budgets sont ténues (Boyd, 1991; Bruton, Oviatt, & Kallas-Bruton, 1995; Fearce II, Freeman, & Robinson, 1987). Ce constat s'applique également pour les hôpitaux à cause, d'une part, de leur spécificité et, d'autre part, de l'importance de la régulation et du financement public de ces organisations au Québec. En effet, le concept de stratégie pris au sens de structure unique et intégrée des décisions communes à toute l'organisation perd une bonne partie de son sens lorsque appliqué aux bureaucraties professionnelles.

L'un des facteurs rendant difficile l'actualisation de la priorisation et de l'intégration de projets locaux à un projet global pour l'organisation est la présence des différents groupes de professionnels influençant fortement les décisions entourant de près ou de loin la dispensation de services (Alford, 1975; Denis, Champagne, Contandriopoulos, Cazale, & Barbir, 1993; Vaillancourt, 1987). La nécessité d'impliquer les professionnels dans la prise de décision peut être propice aux conflits et à la fragmentation supplémentaire dans l'organisation puisque différents groupes peuvent faire la promotion de différentes priorités. Par ailleurs, comme les hôpitaux appartiennent au secteur public, bon nombre de décisions stratégiques sur leur orientation sont soumises à un contrôle gouvernemental externe.

En plus de viser la compréhension des relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques au sein de deux hôpitaux, ce projet de thèse veut apprécier – et c'est notre deuxième objectif de recherche – l'influence des dynamiques financières stratégiques sur les résultats produits. La performance étant un construit multidimensionnel et paradoxal reflétant les activités des organisations (Cameron, 1984, 1986; Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, Barnsley, Béland, Leggat, Denis, Bilodeau, Langley, Brémond, & Barker, 1998), différentes facettes de ce construit ont été retenus. Ces résultats sont, entre autres, la situation financière de l'hôpital, la capacité de développement et le type de développement



---

produit (ex. planifié, émergent), l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée et l'allocation de responsabilités budgétaires.

Notre projet se veut également complémentaire à une étude menée lors des travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESS, 1988) par Bégin, Labelle et Bouchard (1987; voir aussi Bégin, 1991). Cette étude intitulée "Le budget : le jeu derrière la structure" documente, d'une part, le schéma descriptif du processus budgétaire au niveau des différents paliers hiérarchiques du système de soins québécois (Conseil du Trésor, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Conseil régional, établissement) et, d'autre part, les analyses systémique et stratégique du processus budgétaire des hôpitaux. Cette étude, la plus récente à notre connaissance à aborder ces enjeux en y incluant des entrevues auprès de différents groupes d'acteurs, date d'une dizaine d'années et n'inclut pas d'étude de cas de processus budgétaires sur le terrain bien que la citation suivante en soulève la pertinence :

(...) Mais le jeu politique de l'établissement sur l'échiquier du système de soins est souvent le résultat du jeu politique interne, celui qui se déroule entre les intervenants au sein des établissements. (...) (Bégin et al., 1987, p. 144)

L'absence d'étude plus récente nous empêche d'apprécier l'évolution des pratiques financières et stratégiques d'hôpitaux québécois. En effet, depuis l'étude de Bégin et collaborateurs (1987), l'environnement des hôpitaux semble s'être transformé. L'environnement institutionnel a expérimenté, entre autres, une réforme administrative et législative, traversé une période d'austérité budgétaire et semble produire davantage de normes et de règles. On note des changements dans les responsabilités budgétaires et d'organisation des services, le principal étant l'avènement d'une plus grande décentralisation administrative aux régions au début des années 1990; les Conseils régionaux, organismes de consultation, sont remplacés par des Régies régionales, organismes de gestion.

Notre projet de thèse s'inscrit également – et c'est notre troisième objectif de recherche – dans la compréhension de l'évolution des pratiques financières et stratégiques au sein d'hôpitaux en fonction de l'influence de l'environnement externe. Pour se faire, la stratégie de recherche consiste en l'étude approfondie, sur

---

la période s'étalant entre 1983 et 1997, de deux (2) hôpitaux affiliés à l'un des réseaux universitaires de la région de Montréal. Ces cas ont été jugés révélateurs en fonction du critère de l'équilibre budgétaire et d'un événement de l'environnement externe, l'opération Blitz.

Lors de l'opération Blitz en 1986, certaines hôpitaux, dont l'un des hôpitaux à l'étude, ont expérimenté une révision de leur base budgétaire. Puis suite à cette opération, les autorités ont mis fin, du moins durant presque 15 ans, à l'épongement des hôpitaux déficitaires. Le respect de l'équilibre budgétaire a, par la suite, été une condition nécessaire à l'obtention de certaines enveloppes budgétaires. Les hôpitaux choisis correspondent à deux (2) scénarios différents : l'un des hôpitaux a, tout au long de la période étudiée, une philosophie budgétaire de déficit zéro alors que l'autre hôpital constitue une adaptation aux pressions institutionnelles; en effet ce scénario a permis l'épongement des déficits, au début des années 1980, puis, par la suite, le réaligement de l'hôpital vers l'équilibre budgétaire est conforme aux attentes de l'environnement.

Peu d'études à notre connaissance adoptent une perspective historique ou longitudinale permettant d'apprécier l'évolution de pratiques financières et stratégiques avec, entre autres, l'évolution de l'environnement (Pettigrew, 1985, 1990, 1992). Ainsi les écrits abordent peu la question de la possibilité pour une organisation, suite par exemple à une longue période de décroissance, de changer de paradigme ou de modèles de prise de décision bien que plusieurs auteurs anticipent une plus grande convergence entre les choix budgétaires et la stratégie d'une organisation (entre autres: Alam, 1997; Berry, Capps, Cooper, Ferguson, Hopper, & Lowe, 1985; Brunsson, 1989; Colignon et Covalski, 1988; Hackman, 1985; Paquin, 1984).

En présence de changements dans l'environnement, particulièrement en situation de stress financier, certains acteurs – ceux que nous définirons à l'état des connaissances comme les gardiens des ressources – seraient également à même de pouvoir augmenter leur sphère d'influence au sein de l'organisation (Colignon et Covalski, 1988, p. 570; Hardy, Langley, Mintzberg, & Rose, 1984; Hopwood, 1974, p. 53). Une crise en provenance de l'externe sert en quelque sorte de motif

---

pour tenter d'augmenter le contrôle bureaucratique et l'influence managériale au sein de l'organisation (Colignon et Covaleski, 1988, p. 158; voir aussi Armstrong, 1985). Cela pourrait également favoriser une plus grande convergence entre la gestion financière et la stratégie.

En résumé, l'intérêt principal de la présente recherche est de comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'étudier les relations entre deux (2) fonctions de gestion, la gestion financière et la stratégie et ce, sur une longue période. Ainsi la recherche a comme objet de décrire, de comprendre et d'expliquer de façon exploratoire ce que nous appelons des dynamiques financières-stratégiques et l'évolution de ces mêmes dynamiques. On entend par dynamique financière-stratégique la relation entre la gestion financière et les pratiques stratégiques d'un hôpital. Cette relation peut se refléter dans l'utilisation de la gestion financière à des fins de réalisation de la mission de l'hôpital. Les objectifs de recherche sont ici repris :

1. Comprendre les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques. En d'autres termes, nous nous intéressons à apprécier si oui, comment et quand la gestion financière est un levier stratégique pour un hôpital public ou encore de juger de l'importance de la gestion financière sur les pratiques stratégiques d'un hôpital;
2. Apprécier l'influence des dynamiques financières stratégiques sur les résultats produits;
3. Comprendre l'influence de l'environnement externe sur les dynamiques financières-stratégiques retenues.

Précisons d'entrée de jeu que cette recherche ne peut prétendre, du moins avec la méthodologie et les outils de recherche choisis, à une évaluation des pratiques organisationnelles en fonction de critères ou de paramètres de bonne gestion. En effet, la contribution de notre projet se situe relativement à la compréhension des relations entre la stratégie et la gestion financière dans des conditions complexes et ambiguës associées aux organisations publiques et ce, sur une période assez longue afin d'être en mesure d'apprécier l'impact de l'évolution de l'environnement

---

sur les pratiques organisationnelles. À notre connaissance, peu d'études ont abordé ce sujet de recherche d'où la contribution de notre recherche au champ de l'analyse des organisations.

La thèse se présente ainsi. Le chapitre suivant présente des écrits jugés significatifs à la compréhension de la gestion financière et des pratiques stratégiques. L'état des connaissances se divise en quatre (4) sections. La première section comprend la présentation de fonctions de gestion classique ainsi que l'écart entre ce que disent les écrits normatifs, particulièrement sur les relations entre la gestion financière et la stratégie, et sur ce que des chercheurs, tel Mintzberg (1994), y ont "trouvé" en pratique. La seconde section aborde ce que nous avons appelé des repères sur les pratiques financières des organisations. Puisque les relations entre la gestion financière et la stratégie ont peu été étudiées, nous avons dû puiser dans différents domaines et champs d'application afin de pouvoir présenter un tout cohérent.

Cette section des repères théoriques débute avec l'explicitation de deux (2) visions, l'une dite traditionnelle et l'autre dite émergente, pour comprendre les pratiques financières. Alors que la vision traditionnelle suggère que les pratiques financières doivent refléter et promouvoir la rationalité de la prise de décision et des opérations internes de l'organisation – par exemple, la budgétisation est vue comme un outil technique pour faire face à la réalité objective et pour favoriser, dans une gestion scientifique des organisations, l'efficacité, l'ordre et la stabilité – pour la vision émergente, la budgétisation est un phénomène socialement construit.

Par la suite, trois (3) enjeux importants associés aux pratiques sont présentées, dans un premier temps avec une vision fermée de l'organisation, c'est-à-dire en excluant le rôle de l'environnement, puis par la suite dans une vision ouverte de l'étude des organisations. Ces enjeux sont l'allocation des ressources au sein de l'organisation, l'allocation des responsabilités entre les acteurs, et l'obtention de ressources additionnelles pour l'organisation. Cela inclut la présentation d'un modèle de relations entre acteurs où, entre autres, quatre (4) rôles sont définis à savoir les gardiens, les trésoriers, les consommateurs de ressources et les acteurs

---

ayant le double rôle de gardiens et de consommateurs. Le troisième enjeu aborde l'influence de l'environnement externe sur les pratiques financières et budgétaires. La présentation de cet enjeu comprend, entre autres, la description de tactiques organisationnelles pour maintenir voire pour augmenter leur financement. Par la suite, nous abordons la question de la transformation de pratiques organisationnelles suite à la transformation de l'environnement. Puis la possibilité de gains d'influence pour les gestionnaires est abordée. Ces gains d'influence pourraient favoriser une plus grande convergence entre la gestion financière et la stratégie intentionnelle de l'organisation.

La troisième section de l'état des connaissances aborde ce que nous avons appelé "l'exemple québécois". Cette section présente l'influence de l'environnement sur les processus budgétaires des hôpitaux québécois. Enfin l'état des connaissances débouche sur la présentation d'un cadre conceptuel mettant en relation la gestion financière et les pratiques stratégiques. Cette quatrième section comprend également quelques conclusions tirées de l'état des connaissances. Le cadre conceptuel, inspiré de l'approche contextualiste de Pettigrew (1985, 1990, 1992), constitue notre appui pour ce projet de thèse. Le cadre conceptuel choisi a l'avantage de constituer une théorie de la méthode fort utile lors de la collecte de données. L'approche contextualiste est dite historique et longitudinale, c'est-à-dire qu'elle nécessite la collecte de données pour plusieurs années afin de répondre adéquatement aux objectifs poursuivis par la recherche. Le cadre conceptuel relie le contenu, les contextes, interne et externe à l'organisation, et le processus de la dynamique financière-stratégique aux résultats – que nous avons rattaché à des modèles de performance – de cette même dynamique.

Les aspects méthodologiques de cette recherche qualitative sont présentés au chapitre 3. Le choix méthodologique de l'étude de cas est abordé de même que la sélection des hôpitaux, les critères de rigueur de la recherche, la collecte et l'analyse des données. Les données processuelles sur lesquelles se basent cette recherche prennent la forme de phases, une phase représentant une période de relative stabilité en ce qui a trait au phénomène étudié (Strauss & Corbin, 1990, p. 153). C'est le concept d'initiative critique qui a été retenu pour, d'une part, servir de point d'ancrage pour les entretiens non directifs (Daunais, 1993), et, d'autre

---

part, pour structurer la rédaction des différentes phases des dynamiques financières-stratégiques. Une initiative est un événement (Van de Ven, 1988, p. 334) pouvant contribuer à révéler les patterns liés aux contenus, aux contextes interne et externe, aux processus et aux résultats des dynamiques financières-stratégiques. Nous présentons également dans ce chapitre les méthodes retenues pour l'analyse des données processuelles.

Le chapitre suivant présente les résultats de la recherche. Ce chapitre débute par ce que nous avons appelé l'évolution de l'environnement budgétaire des hôpitaux. Cette section comprend une description de caractéristiques du processus budgétaire s'appliquant aux hôpitaux (ex. encadrement du budget, distinction entre le budget de fonctionnement et le budget des immobilisations). Afin de comprendre les pratiques financières, et l'évolution de celles-ci, un bref historique du financement en incluant les expériences visant le contrôle des coûts est présenté. Cette section prend fin avec l'identification de leviers stratégiques associés à la gestion financière des hôpitaux québécois.

Puis l'analyse des données sous la forme d'études de cas est présentée, chaque sous-section correspondant à l'une des phases des dynamiques financières-stratégiques. Afin de faciliter la lecture, chacune de ces sous-sections correspond à une phase; elle débute par une description de l'environnement puis est suivie de la présentation d'une même phase pour les deux (2) hôpitaux retenus et se termine par une analyse transversale. L'analyse transversale permet de tirer quelques enseignements sur les dynamiques financières-stratégiques pour une même phase et de faire ressortir ce qui les distingue en présence d'un même environnement externe. Puis nous présentons les résultats des objectifs de recherche en s'appuyant sur deux (2) construits abordés lors de la présentation des écrits à savoir les rôles budgétaires et les tactiques organisationnelles. Les résultats de recherche prennent la forme de propositions. Nous terminons en situant les résultats de notre étude, en discutant de sa valeur ajoutée aux niveaux théorique et pratique, en présentant les limites de cette étude tout en formulant quelques recommandations et pistes de recherche futures.

---

## **Chapitre 2 : État des connaissances**

L'état des connaissances vise une meilleure compréhension de la gestion financière et des pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux publics. Il comporte quatre (4) grandes sections. Dans un premier temps, nous présentons la vision normative du contrôle de gestion, de la gestion financière et de la gestion de la stratégie ainsi que l'écart entre cette littérature et les "réalités" organisationnelles en abordant la spécificité des hôpitaux. Puis, des repères sur les pratiques financières, et sur ce qui influence celles-ci, sont présentés. La troisième section, intitulée l'exemple québécois, présente l'influence de l'environnement sur les pratiques financières des hôpitaux québécois. Finalement l'état des connaissances débouche sur un cadre conceptuel mettant en relation la gestion financière et les pratiques stratégiques.

### **2.1 Contrôle de gestion, gestion financière et gestion de la stratégie**

Puisque la gestion financière s'inscrit dans le contrôle de gestion des organisations, cette section aborde, dans un premier temps, des éléments de ce contrôle et de la gestion financière. Puis la relation entre la gestion de la stratégie et la gestion financière est présentée ainsi que l'écart entre les écrits normatifs et les pratiques organisationnelles sur le terrain.

#### ***2.1.1 Contrôle de gestion, outils et catégorisations de contrôle***

La définition classique d'Anthony (1965 voir aussi Langfield-Smith, 1997, p. 208; Otley et al., 1995, p. S-32) est à l'effet que le contrôle de gestion est (...) "the process by which managers ensure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization's objectives". (...) En d'autres termes, le contrôle est un processus par lequel les gestionnaires s'assurent de l'emploi efficace et efficient des ressources relativement à l'atteinte des buts organisationnels (Simons, 1991b). Ainsi le contrôle permet de s'assurer de la conduite ordonnée et efficace des affaires de l'organisation (Laroche, 1985) et implique, entre autres, l'idée de rétroaction et d'implantation de mesures correctives en cas de besoin (Otley et al., 1995, p. S-33).

---

Le contrôle de gestion est donc à la base du design de toute organisation (Daft & Macintosh, 1984). Selon Simons (1995, 1991a), les outils de contrôle sont variés et se répartissent en quatre (4) types ou niveaux de systèmes différents. Le niveau "des croyances" inclut les valeurs dont la mission de l'organisation. Le niveau "des frontières" comprend les règles de conduite et délimite le domaine acceptable de activités de l'organisation. Le niveau "du diagnostic" est celui correspondant à la vision traditionnelle du contrôle de gestion. Il comprend les systèmes formels, dont le budget, permettant de monitorer les résultats organisationnels et de corriger les écarts selon les standards de performance définis. Le niveau "interactif" est celui contribuant à l'émergence de stratégies non nécessairement planifiées (Burgelman, 1991; Mintzberg, 1978) et à l'apprentissage organisationnel (Shrivastava & Grant, 1985).

Il y a plusieurs façons de s'assurer du contrôle de gestion dans une organisation et les écrits abondent de catégorisations dans ce sens. Par exemple, l'étude de Langfield-Smith (1997) en rapporte quelques-unes dont les suivantes : les contrôles formel et informel, le contrôle des comportements ou des extrants (Ouchi, 1977), et les contrôles de clan, de marché et bureaucratique (Ouchi, 1979). Considérons pour l'instant cette dernière catégorisation. On parle de contrôle de marché quand des prix sont utilisés pour évaluer l'activité et la performance d'une organisation. Ce type de contrôle ne s'applique pas aux hôpitaux au Québec, du moins pour l'instant, mais il l'est aux États-Unis où des prix sont établis pour les services Medicare (Daft, 1992, p. 298) et en Grande-Bretagne avec l'introduction d'un système de paiement basé sur les DRG (Covaleski, Dirsmith, & Michelman, 1993; Ezzamel & Wilcott, 1993).

Le contrôle de clan est une autre façon de réguler les comportements des acteurs. C'est un contrôle, généralement informel, associé aux valeurs partagées, à l'engagement, aux traditions et à l'internalisation de normes. Le contrôle de clan est un mécanisme puissant de contrôle en situation d'incertitude, d'appréciation difficile des activités (Daft & Macintosh, 1984, p. 45) et en situation d'interdépendance réciproque entre différentes unités d'une organisation (Macintosh & Daft, 1987). L'actualisation du contrôle du clan s'effectue au moyen de l'ajustement mutuel entre acteurs, particulièrement grâce à la socialisation et à



---

la formation (Daft & Macintosh, 1984; Macintosh & Daft, 1987; Mintzberg, 1982).

Enfin, les contrôles bureaucratiques sont des contrôles formels comprenant l'emploi de règles, de politiques, de documentations écrites, etc. (Daft, 1992). Ce sont généralement des routines formalisées. Le contrôle bureaucratique est utilisé dans la plupart des organisations pour le monitoring des activités et des résultats. La gestion financière et les processus budgétaires font partie des contrôles bureaucratiques courants des organisations (Macintosh & Daft, 1987; Otley et al., 1995).

### *2.1.2 Contrôle de gestion et gestion financière*

Le contrôle de gestion d'une organisation et sa gestion financière, également appelée fonction financière, sont interreliés. L'adoption de la structure financière a comme avantage de traduire en unités monétaires communes les ressources et les activités de l'organisation (Anthony, Dearden, & Bedford, 1984, p. 13). La gestion financière s'inscrit dans le contrôle de gestion de l'organisation; elle vise donc l'atteinte des objectifs organisationnels et comprend le monitoring des flux monétaires, c'est-à-dire les entrées ou les revenus et les sorties ou les dépenses. Selon cette citation de Otley et collaborateurs (1995, p. S-33), la gestion financière sert également à l'appréciation de la performance de l'organisation :

(...) Financial control is clearly concerned with the management of the finance function within the organization. As such it is one business function amongst many and comprises but one facet of the wider practice of management control. On the other hand, management control can be defined as a general management function concerned with the achievement of overall organizational aims and objectives. Financial information is thus used in practice to serve two interrelated functions. First, it is clearly used in a financial control role, where its function is to monitor financial flows; that is, it is concerned with looking after the money. Second, it is also often used as a surrogate measure for other aspects of organizational performance. (...)

L'un des instruments de la gestion financière est le budget, ce dernier résultant du processus budgétaire de l'organisation. Un budget, c'est un tableau, ou une série de tableaux, qui présente sous une forme quantitative (ex. en dollars) soit le

---

déroulement attendu des opérations – le budget, c'est un plan, une planification – pour une période déterminée, généralement un an, soit leur aboutissement à une certaine date. C'est encore un plan financier servant de modèle et de contrôle pour les opérations futures (Dao, 1995).

Selon la vision classique, rationnelle et normative des fonctions de gestion, le processus budgétaire comprend les étapes suivantes: 1. la planification des activités; 2. l'allocation des ressources; 3. le suivi et le contrôle (Bégin et al., 1987, p. 1). La planification est un processus analytique par lequel le gestionnaire définit les objectifs de l'organisation, arrête sa stratégie d'implantation et alloue les ressources requises pour atteindre ces objectifs (Camillus, 1986, p. 9; Child, 1972; Hrebiniak, Joyce, & Snow, 1989, p. 9). La gestion de la stratégie se définit comme le processus d'adaptation de l'organisation aux changements de l'environnement (Kimberly & Zajac, 1985, p. 269). Par ailleurs, le suivi et le contrôle permettent aux gestionnaires d'évaluer la performance, de comparer les résultats obtenus aux objectifs définis antérieurement et de prendre les mesures appropriées pour remédier aux situations défavorables (Anthony et al., 1984; Bergeron, 1989, p. 382; Macintosh & Daft, 1987, p. 5).

### ***2.1.3 Couplage serré entre les budgets et la planification de la stratégie ou 2 solitudes?***

Les définitions précédentes soulèvent le caractère complémentaire des fonctions de gestion de la stratégie et des gestions financière et budgétaire (Anthony et al., 1984; Ardoin, 1989, p. 2078; Bergeron, 1989, p. 382; Camillus, 1986, p. 11; Garner, 1991, p. 11). En effet, dans une philosophie de gestion scientifique des organisations (Covaleski & Aiken, 1986), la gestion financière a comme objet d'augmenter la probabilité d'atteindre les objectifs de performance ou de résultats définis lors de la planification de la stratégie (Camillus, 1986, p. 11). Cette vision normative s'appliquerait tant aux organisations privées qu'aux organisations publiques et à celles à but non-lucratif (Bryson, 1993; Buller & Timpson, 1986; Files, 1988; Koteen, 1991).

---

Cependant les résultats attendus ne semblent pas toujours réalisés. Ainsi les preuves empiriques démontrant ce couplage serré entre les stratégies, que l'on suppose planifiées, les activités mises en place, et les budgets sont ténues. Par exemple, Camillus (1981) dans un exercice intégrateur présente une matrice formée de deux (2) dimensions à savoir les différentes étapes de la transition de la stratégie, c'est-à-dire la planification des activités, la budgétisation et l'implantation des activités, et les composantes de la structure, des processus et des contenus de l'organisation. Puis à partir des écrits, cet auteur vérifie la métamorphose ou le passage de la stratégie vers l'action. L'un des constats principal de son étude est la faiblesse du lien entre la planification des activités et la budgétisation.

Mintzberg (1994; voir aussi Brunson, 1989, p. 105; Shank, Niblock, & Sandalls, 1973; Boyd, 1991; Bruton, Oviatt, & Kalass-Bouton, 1995; Pearce II et al., 1987) abonde dans le même sens. Il est d'avis que les stratégies et les budgets sont des phénomènes distincts que l'on ne peut lier aussi facilement que ne le font les écrits de la planification conventionnelle. C'est ainsi qu'il distingue le contrôle de la performance, lequel inclut les budgets, de la planification des actions, laquelle inclut les stratégies. Il s'ensuit donc un couplage faible entre les budgets et la planification de la stratégie voire deux (2) solitudes. Cette citation de Novick (1968, dans Mintzberg 1994, p. 80) illustre ce propos:

(...) It is quite commonplace in the literature of budgeting for business to say, "the budget is the financial expression of a plan". Nonetheless, we are all familiar with a budget that was developed without a plan (...) In fact, it is probably fair to say that in most budgets such planning as there is, is a projection of the status quo with increments added on the basis of the most current experience. Turning to the other side of the coin, we all know of plans that never get translated into budgets. (...)

Les différentes définitions du budget tirées du classique "The Politics of the Budgetary Process" de Wildavsky (1964) illustrent également la possibilité d'un couplage faible entre la planification et la budgétisation. Selon Wildavsky, un

---

budget peut être une prévision, un plan, un contrat voire un précédent. Au niveau de la prévision, l'on peut penser que ceux qui planifient et gèrent les budgets s'attendent à une cohérence forte entre le budget prévu et celui réalisé en fin d'année. Dans ce cas, le budget est le lien entre les ressources financières disponibles et les comportements attendus au sein de l'organisation.

Un budget est un plan lorsqu'il est le mécanisme par lequel des choix sont faits entre plusieurs options de dépenses. Un budget peut également être un contrat. C'est le cas lorsqu'une autorité promet de fournir des fonds sous certaines conditions et que l'organisation accepte de dépenser conformément à celles-ci. Enfin, un budget peut être un précédent. Ici l'on fait référence au budget réalisé et non au budget adopté en début d'année. Le précédent vient de l'acceptation d'écart budgétaires non corrigés en cours d'année; généralement ce sont des activités pour lesquelles les dépenses excèdent les prévisions, et qui sont reconduites par la suite. Le précédent peut ainsi se perpétuer dans le futur. Il est alors difficile d'avancer un couplage serré entre la planification et la budgétisation.

Cette solitude est également présente dans l'étude de Duffy (1989). À partir de questionnaires sur trois (3) techniques budgétaires courantes, cet auteur montre l'écart entre les promesses théoriques du passage de la stratégie à l'allocation des ressources et ce qu'elles permettent en pratique. Selon Duffy (1989), des conditions doivent être présentes pour obtenir de ces exercices un couplage serré entre la planification des activités et la budgétisation dont un engagement continu de la haute direction. Par exemple, ces techniques ne peuvent se substituer à un processus de planification intégré et devraient être introduites pour des raisons de gestion et non à des fins politiques.

L'une de ces techniques est le budget base zéro. Le budget base zéro est une approche de planification et de budgétisation des opérations. Chaque gestionnaire justifie ses besoins de financement d'activités à partir d'un niveau zéro; cela revient à dire que toute activité peut être remise en question. L'ensemble des activités sont rassemblées en groupements décisionnels qui par la suite sont évalués systématiquement et classés par ordre de priorité aux fins de financement (Dao, 1995). Le classement obtenu fournit un point d'ancrage permettant

---

d'effectuer des coupures ou des additions de budget en tenant compte des orientations de l'organisation. Il faut évaluer et classer tous les groupements décisionnels pour l'organisation et préparer le budget compte tenu du classement effectué et du niveau décidé pour les activités. Ainsi tous les projets de développement et les niveaux d'activités ne peuvent être financés. Il va sans dire que le budget base zéro est un exercice difficile qui s'il n'est pas suivi "selon les règles de l'art" ne peut résulter en un couplage serré des activités et de la budgétisation (Duffy, 1989).

### *2.1.3.1 Le cas particulier des hôpitaux*

Les écrits empiriques soulèvent donc la possibilité d'un couplage faible entre la planification de la stratégie et les processus budgétaires. Ce constat s'applique également pour les hôpitaux, d'une part à cause de leur spécificité et, d'autre part, de l'importance de la régulation et du financement public de ces organisations au Québec.

En effet, que les hôpitaux soient qualifiées de bureaucraties professionnelles – caractérisées par une double structure parallèle à savoir une structure administrative et une structure professionnelle (Mintzberg, 1982; Scott, 1982) –, d'organisation à quatre systèmes difficilement intégrables – les médecins (le "cure"), le personnel soignant (le "care"), les gestionnaires (le contrôle) et les membres du conseil d'administration (la communauté) (Glouberman & Mintzberg, 1995) – ou encore d'anarchies organisées – caractérisées, entre autres, par une incertitude profonde dans la définition des buts de l'organisation, par des sources multiples et diffuses d'autorité, par la présence de nombreux facteurs affectant sa performance et par la difficulté à s'entendre sur les critères à utiliser pour juger de celle-ci (Cohen & March, 1986; Denis, Langley, & Cazale, 1995) – le concept de stratégie pris au sens de structure unique et intégrée des décisions communes à toute l'organisation perd une bonne partie de son sens.

L'un des facteurs rendant difficile l'actualisation de la priorisation et de l'intégration de projets locaux à un projet global pour l'organisation est la présence des différents groupes de professionnels influençant fortement les décisions entourant de près ou de loin la dispensation de services (Alford, 1975; Denis et

---

al., 1993; Vaillancourt, 1987). En fait, une partie de l'orientation stratégique de l'hôpital émerge "automatiquement" de l'accumulation des activités largement autonomes des professionnels (Denis, Langley, & Lozeau, 1991).

Les gestionnaires peuvent n'avoir qu'une influence indirecte sur ces choix et s'ils veulent faire des changements dans les orientations stratégiques, ils doivent obtenir le support des professionnels. La nécessité d'impliquer les professionnels dans la prise de décision – on ne peut parler de structure hiérarchique classique top-down – peut être propice aux conflits et à la fragmentation supplémentaire dans l'organisation puisque différents groupes peuvent faire la promotion de différentes priorités.

En second lieu, comme les hôpitaux appartiennent au secteur public, bon nombre de décisions stratégiques sur leur orientation sont soumises à un contrôle gouvernemental externe. Leur marge de manoeuvre stratégique est donc limitée (Denis et al., 1991; Langley, Lozeau, Savard, & Denis, 1990) et tandis que les professionnels à la base réclament le développement, et se disputent entre eux le territoire de l'hôpital, les autres exigent des coupures, de la complémentarité et de la rationalisation.

Ainsi la présence centrale des professionnels et le caractère public des hôpitaux rendent difficile l'actualisation de la priorisation et l'intégration de projets locaux à un projet global pour l'organisation. C'est d'ailleurs ce qu'indiquent des études sur les plans stratégiques produits par des hôpitaux canadiens dans les années 1980 (Denis et al., 1991; Langley et al., 1990). Ainsi les plans produits étaient caractérisés par l'importance des préoccupations cliniques, due à la nécessaire participation du corps médical dans le processus, par une orientation marquée vers l'expansion – il s'agit parfois de véritables listes d'épicerie –, par un faible niveau de précision dans les recommandations et par un niveau d'intégration ou de synthèse faible.

Par ailleurs, il est difficile de conclure sur l'effort consacré à la mise en oeuvre des orientations proposées dans les plans. De fait, l'hôpital ne peut parfois être en mesure de réaliser les recommandations puisque souvent l'administration ne

---

contrôle tout simplement pas les leviers nécessaires à leur implantation. On peut penser aux difficultés de mise en oeuvre attribuables au rôle de instances gouvernementales, par exemple pour l'obtention soit d'autorisation pour des projets soit de financement additionnel.

Cependant la gestion de la stratégie planifiée peut être bénéfique pour un hôpital, par exemple pour développer un consensus à l'interne, mais ne pas résulter en l'intégration de projets locaux à un projet global. Il devient alors difficile d'avancer un couplage serré entre la planification d'activités et la budgétisation au sein d'hôpitaux. Il s'ensuit que la stratégie d'un hôpital se définit plutôt comme un fil conducteur ou un pattern dans une séquence de décisions et d'actions prises dans l'organisation (Mintzberg, 1978; Shortell, Morrison, & Robbins, 1985). Cette définition de la stratégie laisse place à la coexistence de processus de stratégie planifié et autonome (ou émergent) (Burgelman, 1991, 1983) au sein d'organisations complexes telles les bureaucraties professionnelles (Fredrickson, 1986; Mintzberg, 1982).

En conclusion, puisqu'il est difficile d'avancer un couplage serré entre la planification des activités et la budgétisation au sein des organisations, nous préférons donc parler de la dynamique financière-stratégique. Cela s'applique particulièrement au sein des hôpitaux où coexistent le contrôle bureaucratique, associé au monde administratif, et le contrôle de clan, associé aux professionnels. La dynamique financière-stratégique se définit comme la relation entre la gestion financière et la stratégie d'un hôpital. Cette relation – dialogue, influence, articulation – peut se refléter dans l'utilisation de la gestion financière à des fins de réalisation de la mission de l'hôpital.

Ainsi la dynamique financière-stratégique pourrait se refléter dans l'utilisation d'outils de contrôle à des fins stratégiques, la gestion financière pouvant contribuer, entre autres, à la formulation de stratégies, à la légitimation des activités et à la justification de besoins en ressources au sein de l'organisation et de l'organisation vis-à-vis l'environnement externe. En effet, certains auteurs (Daft & Macintosh, 1984; Simons, 1995, 1991a, 1991b, 1990) suggèrent que les outils de contrôle contribuent non seulement, tel que le suggère la vision traditionnelle,

---

à la fonction diagnostic du contrôle de gestion, c'est-à-dire au monitoring des résultats organisationnels et à la correction des écarts quant aux standards de performance définis dont l'atteinte de l'équilibre budgétaire et le degré d'implantation de stratégies, mais également au processus d'émergence et de formulation continue de stratégie.

## **2.2 Quelques repères sur les pratiques financières des organisations**

Plusieurs auteurs suggèrent d'étudier les pratiques financières et comptables au sein des organisations afin de modifier la tendance "naturelle" à étudier les aspects techniques liés à la fonction de contrôle, dont celle de la gestion financière (Hägg & Hedlund, 1979; Huff & Reger, 1987; Robert & Scapens, 1985). Par exemple, Robert et Scapens (1985) rapportent que la comptabilité est souvent étudiée comme une sphère autonome et, de là, ils soulèvent la négligence à analyser les relations entre la comptabilité et d'autres fonctions des organisations telle la stratégie. Il s'ensuit également une minimisation du contexte organisationnel dans les études empiriques (Boland & Pondy, 1983, p. 225; Colignon & Covaleski, 1991, p. 150; Hopwood, 1980, 1974; Humphrey & Scapens, 1996; Macintosh & Scapens, 1990; Otley & Berry, 1994; Robert & Scapens, 1985; Scapens, 1990; Wildavsky, 1975).

Après avoir présenté quelques repères théoriques sur les pratiques financières des organisations, cette deuxième section aborde différents aspects liés à ces pratiques soit l'allocation des ressources et des responsabilités au sein des organisations, l'influence de l'environnement externe, les tactiques disponibles pour les organisations pour faire face aux pressions de l'environnement, le changement de paradigme décisionnel pour une organisation et, enfin, les gains d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gestionnaires.

### ***2.2.1 Quelques repères théoriques***

Selon Zald (1986), il est surprenant de voir le peu d'intérêt des théoriciens et des sociologues des organisations pour les pratiques financières dont les pratiques budgétaires et comptables. Il note une faible préoccupation pour, entre autres, les règles gouvernant l'acquisition et l'allocation de ressources et l'influence de ces pratiques sur, par exemple, les activités des organisations. Le développement des



---

connaissances des pratiques financières provient donc principalement d'autres champs disciplinaires dont les sciences comptables et les sciences politiques.

Dans l'objectif de comprendre les pratiques budgétaires, Covaeski, Dirsmith et Jablonsky (1985) présentent deux (2) visions : traditionnelle et émergente. Ce découpage s'appuie sur la dimension ontologique (voir aussi Hopper & Powell, 1985, p. 431; Hopwood, 1984) sous-jacente aux études. Alors que la vision traditionnelle suggère que les pratiques budgétaires doivent refléter et promouvoir la rationalité de la prise de décision, la budgétisation est vue comme un outil technique pour faire face à la réalité objective et pour favoriser, dans une gestion scientifique des organisations, l'efficience, l'ordre et la stabilité – pour la vision émergente, la budgétisation est un phénomène socialement construit.

- ***Vision traditionnelle : perspective de la rationalité administrative***

La vision traditionnelle adopte généralement une perspective unitaire et hiérarchique des organisations. Abernethy et Stoelwinder (1990, p. 20; voir aussi Hopwood, 1974) vont dans le même sens en évoquant que la plupart des recherches ayant étudié sur le terrain les pratiques budgétaires dans les organisations font l'hypothèse de la capacité d'une organisation à motiver les individus de façon à atteindre les buts de cette dernière.

L'emploi des systèmes budgétaires s'inscrit dans la vision de la rationalité administrative et se base sur la notion d'homme rationnel de Simon (1957 dans Abernethy & Stoelwinder, 1991, p. 107). Le budget constitue donc tant une technique quantitative qu'un instrument utile pour régir les comportements humains (Fortin, 1980; Hopwood, 1974). La citation suivante résume bien les comportements attendus des supérieurs (budgeters) envers les subordonnés (budgetee) :

(...) As upper-level management, budgeters are, in turn, expected to actively support activities relating to budgeting and control. The prescriptive character of budgeting espoused by this traditional school of thought, as well as the attitude of budgeters, is essentially internal and downward and also facilitative and enabling. (...) Consistent with this frame of reference, any modifications in the budgeting process should establish more complete, objective, and rational control over budgetees. For example, research has found

---

that budgetee participation in the budgetary process tends to foster fuller and more robust control over budgetees. (...) (Covaleski et al., 1985, p.277)

Par exemple, pour l'évaluation de la performance organisationnelle à l'interne, l'on peut soulever quelques caractéristiques des pratiques budgétaires (Abernethy & Stoelwinder, 1991; Bruggerman & Van der Stede, 1993). L'engagement ou l'adhésion des directions envers les cibles budgétaires est une caractéristique importante. À cette fin, une participation élargie des directions à la planification budgétaire et un certain niveau de décentralisation sont censés favoriser un plus grand engagement face au budget.

La fréquence du suivi budgétaire est une autre caractéristique du processus budgétaire. Le suivi permet de s'assurer de l'atteinte des cibles prévues et d'analyser les écarts entre les dépenses prévues et celles réalisées. Les directions ont généralement à justifier les écarts par rapport au budget adopté. Ces écarts peuvent être tolérés ou non par l'organisation. On parle de contrôle serré (tight) lorsque ces écarts ne sont pas tolérés. Les directions sont parfois tenues responsables de leur dépassement budgétaire et elles ont alors à trouver des façons de résorber leurs dépenses. Cependant l'imputabilité face au budget serait facilitée par l'octroi de budget réaliste (Jönsson, 1984, p. 143). À l'inverse, une plus grande tolérance envers les écarts au budget est associée à un contrôle lâche (loose).

Enfin, la révision du budget en cours d'année est une autre caractéristique des processus budgétaires. Une telle révision ne devrait survenir que lorsque le budget adopté est jugé irréaliste. Dans ce cas, le budget adopté en début d'année est une estimation, un instrument de planification des revenus et des dépenses. Il perd alors son utilité en tant qu'outil de contrôle. Cependant des facteurs tels la culture de l'organisation, le style de gestion, l'incertitude de l'environnement peuvent expliquer le recours à la révision budgétaire en cours d'année. La révision du budget peut être associée à un contrôle lâche du budget.

Dans une vision traditionnelle, le rôle des chercheurs et des praticiens consiste à créer et à mettre en place des systèmes budgétaires s'adaptant le mieux aux conditions complexes des organisations. Ainsi il n'y a pas de réponse facile à une

question telle "Est-il préférable d'exercer un contrôle lâche ou serré relativement au budget adopté?". Les théories de la contingence expriment d'ailleurs l'avis que le design des systèmes budgétaires doit s'adapter aux caractéristiques de chaque organisation. Par exemple, des facteurs tels la technologie, la culture et la stratégie poursuivie par l'organisation peuvent influencer le choix optimal entre un contrôle serré et un contrôle lâche (Bruggerman & Van der Stede, 1993). De même, Covaleski et collaborateurs (1985) rapportent que le contrôle serré est davantage associé à des organisations centralisées faisant face à des environnements stables et simples alors que le contrôle lâche seraient plus fréquents au sein d'organisations décentralisées et aux environnements dynamiques et complexes.

L'une des critiques faite à la vision traditionnelle consiste en la minimisation de l'influence du contexte organisationnel et de variables sociales et politiques sur les pratiques organisationnelles (Covaleski & Aiken, 1986). Les processus budgétaires ne sont pas que des phénomènes techniques bien que selon Hopwood (1984, p. 169, 1980, p. 221-223, 1974, p. 41-45), il peut être difficile de départager les dimensions techniques et organisationnelles de ces processus. En fait les deux dimensions s'interpénètrent puisque :

(...) The technical components are designed to activate organisational processes, and can themselves help to shape participants' perceptions of the organisational domain. And budgeting, in turn, achieves its significance through those organisational processes which the techniques engender. (...)  
(Hopwood, 1980, p. 67)

- ***Vision émergente : perspective politique***

Par ailleurs, Wildavsky (1964, 1975) propose que les budgets servent d'autres buts que le seul contrôle. Il définit les budgets comme des tentatives (1975, p. 5) (...) to allocate financial resources through political processes to serve differing human purposes. (...) Ainsi la vision unitaire de l'organisation est remplacée par une vision possiblement conflictuelle entre les gardiens de ressources (supérieurs ou budgeters) et les consommateurs de ressources (advocates ou subordonnés). Les différents projets pouvant être mis en place par une organisation excèdent généralement ses ressources limitées (Wildavsky, 1975, p. 3).

---

Cette divergence d'intérêts et de buts des acteurs au sein de l'organisation implique que le design de la relation de coopération entre les gardiens et les consommateurs de ressources est plus difficile que peut le laisser croire la vision traditionnelle. Le budget constitue non seulement une façon d'allouer de l'argent mais aussi des responsabilités (Brunsson, 1989). C'est à ce genre de question que s'intéresse la théorie de l'agent (Eisenhardt, 1989b, p. 58) : comment un acteur, appelé le principal (supérieur ou gardien de ressources ou "budgeter" ou "guardian") peut déléguer à un acteur l'agent (subordonné, ou consommateur de ressources ou "budgetee" ou "advocate"), des comportements attendus relativement aux pratiques financières.

Le transfert de responsabilités budgétaires peut s'éloigner de la vision classique et représenter un moyen de maintenir le statu quo dans l'organisation. Par exemple, lors de l'introduction d'un système informatisé pour la comptabilité et la budgétisation, Covalski et Dirsmith (1986) diagnostiquent un mauvais alignement d'imputabilité et de responsabilité pour les infirmières-chef d'hôpitaux. En effet, le rôle d'allocation des ressources au sein des unités et celui d'obtention des ressources pour les unités qui devaient leur être déléguées sont en fait demeurés centralisés. Il s'ensuit le maintien d'une position traditionnelle (peu de pouvoir) pour les infirmières.

- ***Vision émergente : perspective institutionnelle***

Par ailleurs, Hayes (1983 dans Covalski et al., 1985, p. 279; Rouillard, 1997) est d'avis que bien que les pratiques budgétaires peuvent être un moyen de favoriser des comportements intentionnels, au moyen de la régulation bureaucratique, on peut également les concevoir comme un mythe ou un symbole provenant des interactions sociales. Les pratiques contribuent alors plus à la création et au maintien de la réalité sociale qu'elles ne constituent le reflet passif de cette réalité.

Ainsi plus qu'elle ne provient ou qu'elle ne sert la quête de la rationalité, la budgétisation résulte en partie du désir de donner l'apparence de la rationalité. Les acteurs, internes et externes à l'organisation, acceptent son existence puisqu'elle est associée à l'expansion de la rationalisation culturelle (Meyer, 1986) en accord avec la rationalité formelle de Weber (dans Colignon & Covalski, 1991). Par

---

exemple, les comportements des consommateurs de ressources s'instaurent dans un contrôle asymétrique; ils doivent en tenir compte pour négocier à leur avantage les termes budgétaires.

La perspective institutionnelle s'inscrit également dans la vision émergente des pratiques financières. Le thème central de cette perspective est que la survie d'une organisation dépend de sa conformité aux normes sociales acceptables telle l'atteinte de hauts niveaux d'efficience et d'efficacité (Covaleski & Dirsmith, 1988; Covaleski et al., 1993). L'environnement institutionnel est caractérisé par l'élaboration de règles et de procédures auxquelles les organisations doivent se conformer pour recevoir en retour légitimité et support (Scott, 1987, p. 126). Ce sont les règles et les comportements routiniers qui permettent, d'une part, à l'organisation de faire face à l'environnement externe (Scapens, 1994, p. 312) et, d'autre part, de donner un sens aux actions des individus au sein de l'organisation.

Les pratiques financières et budgétaires constituent de telles routines (Scapens, 1994, p. 313). Ce sont des pratiques ritualisées, des processus formels réguliers à répétition cyclique : les budgets sont préparés, la performance monitorée et des analyses produites de façon régulière (Goodsell, 1989). Ces pratiques peuvent être assimilées à des routines institutionnalisées apportant une stabilité au sein de l'organisation de même qu'une cohérence externe. Selon Meyer et Rowan (1977 dans Covaleski et al., 1993, p. 66-67), les organisations pourraient être en mesure de découpler, grâce à ces routines, l'image qu'elles envoient d'elles de leur processus de production à l'environnement. Il pourrait en résulter une protection de leur cœur technique ou, en d'autres termes, de la transformation des ressources en services (Scott, 1987, p. 182).

Les pratiques comptables obtiennent le statut de routines institutionnalisées lorsque leur contribution à la prise de décisions est jugée donnée (taken-for-granted) par les membres de l'organisation (Scapens, 1994, p. 314). Dans ce cas, on peut parler d'institutionnalisation en tant que résultat et les acteurs agissent alors de façon passive conformément aux routines (Covaleski et al., 1993, p. 66). À l'inverse, l'institutionnalisation des routines en tant que processus serait profondément politique, d'une part, au sein des organisations et, d'autre part, pour

---

les organisations face à leur environnement externe (Covaleski & Dirsmith, 1991, p. 139).

Par exemple au sein des organisations, il peut y avoir de la résistance lors de l'implantation de nouveaux systèmes comptables ou de nouvelles pratiques budgétaires. Ainsi, une augmentation de la responsabilité budgétaire des gardiens des ressources envers les consommateurs – une direction devenant responsable de ses déficits – pourrait être contestée. Par ailleurs, la présence simultanée de plusieurs modes de contrôle au sein d'une organisation laisse présager que le mode comptable ne soit peut-être pas le mode dominant de contrôle (Ackroyd, Hughes, & Soothill, 1989; Berry et al., 1985). En effet, selon Scapens (1994, p. 315; voir aussi Armstrong, 1985) (...) accounting rules and routines used in organizations are introduced through the professional competency of accounting professionals and legitimated through the professionalization of accounting. (...)

Au niveau de l'environnement externe, les organisations peuvent contester des modifications aux règles employées par les bailleurs de fonds gouvernementaux pour l'évaluation de leur performance et, de là, de leur financement. Ces modifications aux règles externes pourraient entraîner des modifications au cœur technique des organisations. L'acceptation aux nouvelles règles d'évaluation de la performance dépendraient, en partie du moins, de la validité de construit de systèmes monitorant la performance des organisations. La mise en place d'un système de paiement des hôpitaux basés sur les DRG irait dans ce sens (Covaleski et al., 1993; Covaleski & Dirsmith, 1991). En effet, ce système a la particularité d'inclure les fondements des approches épidémiologiques et de gestion scientifique des organisations. Et bien que ce système semble ne pas s'immiscer dans la relation clinique médecin-patient, il impose une discipline de quasi-marché en fixant des prix pour le remboursement en remplacement à un financement basé sur les dépenses (Coombs, 1987, p. 390).

- ***Vision émergente : perspective du "garbage can"***

Un autre courant de la vision émergente des processus budgétaires est celui du "garbage can" (Covaleski et al., 1985, p. 280; Cooper, Hayes, & Wolf, 1981) appelé également "modèle de la poubelle". Ce courant critique les notions de

---

rationalité et d'objectivité. Ainsi dans une organisation la confusion sur les buts et sur les moyens d'accomplir ces buts pourraient dominer l'action rationnelle et planifiée (Scott, 1987, p. 279). À l'inverse des modèles de rationalité économique ou de rationalité limitée des acteurs, ce courant soulève que la résolution des problèmes ne constitue pas l'essence de la prise de décision. De là, les budgets ne sont pas des plans mais constitueraient davantage un outil par lequel l'organisation "découvre" ses buts :

(...) Thus, if goals are discovered through action, and we make sense of actions retrospectively, the notion of a budget as a quantified statement about future preferences (the foundation of the conventional wisdom) simply does not hold. Rather, as part of the rationalization process of retrospective goal discovery, it appears that by performing the budget process – forecasting, developing standards and evaluating results – an organization may be discovering its goals. (...) (Cooper et al., 1981, p. 181)

Le processus budgétaire est alors vu comme un moyen de justifier les actions passées, un outil d'apparence de rationalité et de légitimation des activités. Quelles que soient l'incertitude et l'ambiguïté présentes dans certaines organisations, elles doivent néanmoins démontrer à la société leur légitimité afin de poursuivre leurs activités. Ainsi les systèmes budgétaires ne sont peut-être qu'une dramatisation efficace d'un engagement envers l'efficacité et la rationalité pour l'environnement externe. Les comportements de "garbage can" se retrouveraient davantage au sein d'anarchies organisées et nécessiteraient la présence d'une marge de manoeuvre dans l'organisation (Cooper et al., 1981, p. 177; Hardy, 1990, p. 214).

### ***2.2.1.1 Tentative d'intégration : rôle des informations financières dans la prise de décision***

Pour faire face aux incertitudes et à la complexité de l'action organisée, l'information est une ressource significative. Selon Hopwood (1980 voir aussi Armenic, 1985; Hopwood, 1974), la prise de décisions s'inscrit dans un contexte d'incertitude et de désaccord sur les objectifs et sur les conséquences des actions. Les acteurs peuvent diverger d'opinion sur le désirable et l'atteignable. Par exemple, les acteurs des finances n'ont pas la même perception des problèmes et des solutions, dont les solutions pouvant s'inscrire dans les pratiques financières, que ceux des ressources humaines ou encore des professionnels. De même, les

---

acteurs de l'environnement externe et ceux de l'interne ne partagent pas nécessairement les mêmes vues sur les problèmes et solutions.

Il s'ensuit qu'il y a plusieurs façons d'utiliser les informations financières de même que plusieurs processus de prise de décisions (voir aussi Rouillard 1997). Pour comprendre la nature possiblement conflictuelle des pratiques financières et budgétaires, Hopwood (1980), s'inspirant du cadre pour la prise de décisions de Thompson (1967), définit à partir de deux (2) dimensions, le degré d'incertitude des objectifs des actions et le degré d'incertitude des conséquences des actions, quatre (4) différents rôles joués par les informations et y associe à chacun un processus de prise de décision. Les différentes rôles pour les informations budgétaires et les prises de décisions peuvent être présentes au sein d'une même organisation (Hopwood, 1980, p. 231).

En cas de certitude relative des objectifs et des conséquences des actions, le processus de prise de décisions en est un "computationnel" (de calcul) et le rôle joué par les informations s'assimile à celui d'une machine à réponse. Hopwood (1980, 1974) associe cette combinaison à la vision traditionnelle où les processus budgétaires contribuent à la coordination, à l'intégration des activités et à l'évaluation de la performance de l'organisation.

La combinaison "certitude relative sur les objectifs" et "incertitude relative sur les conséquences des actions" place davantage l'organisation dans une position d'exploration des problèmes que de recherche de solutions. Le rôle des informations budgétaires consiste alors à contribuer, dans une perspective cognitive et possiblement de la vision de "garbage can", à l'apprentissage organisationnel. Par exemple, les modèles de simulation et les analyses de sensibilité peuvent alors être utilisés pour générer des options pensables dans le futur.

En situation d'incertitude relative sur les objectifs des actions et de certitude relative sur les conséquences des actions, les décisions délaissent les processus rationnel et d'apprentissage pour faire place aux processus de négociation, aux débats et aux conflits. Les pratiques s'inscrivent alors dans des processus de



---

négociation politique afin de servir les intérêts différents des acteurs. Le rôle joué par les informations en est un alors de "machine à munition" afin d'articuler et de promouvoir les intérêts particuliers, soit d'acteurs au sein de l'organisation voire les intérêts de l'organisation face aux instances extérieures. Selon Hopwood (1980, p. 230), on ne peut isoler alors les pratiques budgétaires d'autres pratiques de gestion (Hopwood, 1980, p. 230); il y a renforcement, par exemple, entre les pratiques budgétaires et les pratiques pour l'évaluation de la performance.

Finalement, aux processus "computationnel", d'apprentissage et de négociation s'ajoute celui de l'inspiration en présence d'incertitude relative à la fois sur les objectifs et sur les conséquences des actions. Dans ce cas, le rôle des informations est lié à la justification, à la légitimité et à la rationalisation a posteriori des décisions d'une part, au sein de l'organisation – tel que le soulève la vision "garbage can" – ou, d'autre part, de l'organisation face à son environnement externe, telle que le soulève la vision institutionnelle.

En conclusion, les informations peuvent être utilisées pour contraindre ou pour influencer dans un contexte politique, pour faciliter l'exercice du jugement, pour légitimer ce qui a été tout comme ce qui pourrait être ou encore pour contribuer à la performance organisationnelle. L'ensemble de ces rôles concourt au développement des pratiques techniques de la gestion financière et à la compréhension des pratiques organisationnelles (Hopwood, 1980, p. 233).

#### ***2.2.1.2 Tentative d'intégration : conciliation avec des modèles de formation de stratégie***

Mintzberg (1990; Mintzberg, Ahlstrand, & Lampel, 1998), dans une exercice d'intégration des connaissances sur la gestion stratégique, décrit dix (10) modèles ou écoles de formation de stratégie, chaque modèle mettant l'emphase sur différents aspects de celle-ci dont la culture, l'apprentissage, le pouvoir et l'influence de l'environnement. Quelques modèles s'intéressent aux aspects normatifs de la formulation de stratégie alors que d'autres modèles en analysent le processus de formation.

---

L'objectif de cette sous-section est d'associer des modèles de formation de stratégie de Mintzberg aux différents modèles des visions traditionnelle et émergente des pratiques financières explicitées antérieurement. Par exemple, la vision traditionnelle des pratiques financières s'aligne sur l'école de la planification de la stratégie de Mintzberg. La formation de la stratégie s'inscrit alors dans un paradigme rationnel où convergent les processus budgétaires et la stratégie d'une organisation.

La perspective politique des pratiques financières est rattachée au modèle politique de la formation de stratégie de Mintzberg (1990). Les pratiques budgétaires et stratégiques s'inscrivent alors dans des processus de négociation où la prise de décisions est appréhendée aux jeux d'influence et de pouvoir entre groupes d'intéressés formant des coalitions autour d'enjeux spécifiques. Le contenu de la stratégie en résultant peut aller, tout dépendant du contexte organisationnel, de l'énumération d'une liste d'épicerie, où l'on évite de choisir entre différentes priorités, à une stratégie présentant un haut niveau d'intégration (donc en partie "contrôlée").

La perspective institutionnelle peut être reliée à plusieurs écoles de formation de la stratégie de Mintzberg dont celle dite environnementale, celle dite politique et celle dite de l'apprentissage. C'est l'environnement qui promulgue les règles et les normes que l'organisation a à respecter pour recevoir en retour légitimité et support. La stratégie de l'organisation doit tenir compte de ces normes dictées par l'externe. C'est à l'organisation à percevoir les modifications aux règles et normes, particulièrement en contexte de transformation de l'environnement, et les impacts de celles-ci entre autres pour ses activités.

Loin d'être déterminées par l'environnement – ce que dit au sens strict l'école environnementale – les organisations sont en mesure, au moyen de l'apprentissage, de modifier leur stratégie ce qui laisse place à l'émergence lors de la formation et de l'implantation de la stratégie. Enfin, la formation de la stratégie peut également être associée au modèle politique de Mintzberg (1990). Au niveau macro-politique, l'organisation promeut ses intérêts vis-à-vis l'environnement externe alors qu'au niveau micro-politique, ce sont les différents groupes qui

---

tentent de faire avancer leur agenda au sein de l'organisation. En résumé pour la perspective institutionnelle, la stratégie de l'organisation se confond aux règles et normes, puis est transformée par l'organisation au moyen de l'apprentissage et des dynamiques politiques. Conséquemment, il est délicat de conclure sur la convergence entre la stratégie de l'organisation et ses pratiques financières.

Enfin, il est difficile de choisir un seul modèle de formulation de stratégie de Mintzberg pour la perspective des pratiques financières associées au "garbage can". En effet, la présence de structures d'autorité relativement fluides, l'incertitude des finalités et des moyens au sein de l'organisation laissent présager que le processus de formulation de stratégie au sein de l'organisation peut être complètement émergent – où la place à l'apprentissage organisationnel peut être significative tel que l'indique le modèle de l'apprentissage de Mintzberg – et, à la limite, hors de contrôle. Une telle description de processus de formulation de stratégie fait cependant place à l'apprentissage au sein de l'organisation.

En conclusion de cette première partie sur les repères théoriques sur les pratiques financières des organisations, deux (2) visions sur ces pratiques semblent coexister au sein des organisations : d'une part, une vision traditionnelle suggérant que les pratiques financières doivent refléter et promouvoir la rationalité de la prise de décision et des opérations internes de l'organisation, et d'autre part, une vision émergente, auquel on a associé des perspectives politique, institutionnelle et de "garbage can", révélant que les pratiques sont des phénomènes socialement construits.

Il s'ensuit, dans ce que nous avons appelé des tentatives d'intégration, que les informations financières peuvent être utilisés pour plusieurs motifs : "idéalement" pour contribuer à la performance organisationnelle mais aussi pour contraindre ou pour influencer dans un contexte politique, pour faciliter l'exercice du jugement ou encore pour légitimer ce qui a été tout comme ce qui pourrait être. De même le contenu et le processus de formation de la stratégie vont varier selon les contextes organisationnels. Après ces quelques repères théoriques, la section suivante aborde quelques enjeux liés aux pratiques financières et budgétaires.

### **2.2.2 Quelques enjeux liés aux pratiques financières et budgétaires**

Selon Wildvasky (1975), il n'y a jamais assez d'argent à distribuer dans une organisation et, qui plus est, les acteurs sont en désaccord sur la façon de dépenser les ressources disponibles. Cela implique au moins trois (3) enjeux quant au processus budgétaire et à la gestion financière : 1. comment allouer les ressources au sein de l'organisation, 2. comment allouer les responsabilités entre les acteurs et 3. comment obtenir des ressources additionnelles pour l'organisation. Suite à la présentation des modes d'allocation des ressources, un modèle simplifié des rôles des acteurs aborde la question du partage des responsabilités financières et budgétaires. Le troisième enjeu, celui de l'obtention de ressources additionnelles, aborde l'influence de l'environnement externe sur les pratiques financières et budgétaires. La présentation de cet enjeu comprend, entre autres, l'ajout d'un acteur dans le modèle simplifié des rôles des acteurs ainsi que des tactiques des organisations pour maintenir voire pour augmenter leur financement.

#### **2.2.2.1 Comment allouer les ressources : modes d'allocation des ressources**

Ezzamel (1994) soulève la présence de deux modes d'allocation des ressources : le mode incrémental et le mode exhaustif ou global ("comprehensif"). Dans le mode incrémental, le budget adopté constitue *grosso modo* la reconduction du budget indexé de l'année précédente. C'est un mode d'allocation historique des ressources. Dans ce cas, la plus grande partie du budget, appelée également la base budgétaire, constitue la rétention routinisée de solutions et de décisions passées (Colignon & Covaleski, 1988, p. 561; Hopwood, 1974; Lioukas & Chambers, 1981; Wildavsky, 1975, p. 222).

Cette partie du budget ne fait généralement pas l'objet d'examen minutieux lors de l'adoption de budgets subséquents. Ainsi l'attention organisationnelle s'effectue à la marge, par exemple pour l'adoption de nouvelles activités, pour faire face à un accroissement de la demande ou encore pour couper les activités devenues désuètes (Ackroyd et al., 1989; Wildavsky, 1975). Dans un mode incrémental d'allocation des ressources, c'est à la marge que peut s'inscrire la planification des activités.

---

Le mode global d'allocation des ressources peut prendre la forme de plusieurs techniques dont le budget base zéro (BBZ), explicité antérieurement, ou le Planning, Programming and Budgeting Systems (PPBS). Au moyen de ces approches il peut être possible de favoriser une plus grande complémentarité entre la planification des activités et la budgétisation – assimilée antérieurement à un couplage serré de la planification de la stratégie et de la budgétisation – puisqu'à la limite toute activité est remise en question.

Malgré les mérites du mode global d'allocation des ressources, du moins ceux avancés dans les écrits normatifs, le mode dominant est le mode incrémental (Ezzamel, 1994). Cette prépondérance du mode incrémental pour l'allocation des ressources au sein des organisations se retrouve également au niveau des autorités gouvernementales qui financent les organisations publiques. C'est le cas, entre autres, pour les organisations d'enseignement et les hôpitaux (voir entre autres Covaleski & Dirsmith, 1983; Ezzamel, 1994; Hardy, 1992, 1990). Cette dominance s'expliquerait par les avantages du mode incrémental d'allocation des ressources.

En effet, la budgétisation par ajustement incrémental est un moyen économique de venir à bout de la complexité de l'allocation des ressources étant donné la rationalité limitée des acteurs (Wildavsky, 1975), la volonté de simplifier l'exigence en termes de données nécessaires à la budgétisation (Bégin et al., 1987; Bélanger, 1994), la volonté de simplifier et de diminuer l'incertitude entourant les processus budgétaires (Hopwood, 1980, p. 78, 1974; Wildvasky, 1975, p. 5) et le désir d'éviter la remise en question annuelle, et potentiellement conflictuelle, de l'allocation existante des ressources (Lioukas & Chambers, 1981). De plus, l'allocation des ressources est un exercice qui nécessitent idéalement des données "objectives" provenant de systèmes d'information adéquats et permettant une évaluation de la performance des différentes unités de l'organisation et de l'organisation en comparaison à d'autres organisations. Ces exigences ne sont pas toujours remplies à la satisfaction de l'ensemble des intéressés de l'organisation.

L'un des facteurs les plus fréquemment soulevés dans les écrits pour expliquer un changement de mode d'allocation des ressources consiste en des changements

---

dans l'environnement. Ces changements sont liés, entre autres, à l'état de l'économie et des finances publiques (ex. récession, crise des finances publiques), à des changements apportés à la régulation entre le centre et le local (ex. décentralisation administrative) ou encore dans les règles de financement des organisations (ex. introduction d'un système de paiement basé sur les DRG).

Donc suite à des changements dans l'environnement externe la probabilité d'observer un changement de mode d'allocation des ressources au sein des organisations augmente (entre autres: Colignon & Covalski, 1988; Hackman, 1985; Jönsson, 1984; Pondy & Huff, 1988; Wildavsky, 1975). Une nouvelle base budgétaire pourrait alors être négociée au sein de l'organisation (Wildavsky, 1975, p. 6). La centralité d'une unité, c'est-à-dire la proximité de la mission de l'unité relativement à la mission de l'organisation (ex. recherche et enseignement dans les Universités, unités de soins dans les hôpitaux), peut affecter l'allocation des ressources en sa faveur (Hackman, 1985) et ce, possiblement sans impact négatif sur les perceptions de justice au sein de l'organisation. L'emploi de stratégies de négociation, pour conserver ou augmenter les ressources, serait conséquemment plus facile pour une unité centrale (Covalski & Dirsmith, 1988 p. 566; Hackman, 1985).

#### ***2.2.2.2 Comment allouer les responsabilités : modèle simplifié des relations entre acteurs***

Les rôles, c'est-à-dire les comportements attendus et rattachés à des positions, s'insèrent dans la division du travail. Wildavsky (1975; voir aussi Jönsson, 1984), dans un modèle simplifié des relations entre acteurs, distingue deux (2) rôles liés à la structuration des processus budgétaires : les gardiens des ressources et les consommateurs (advocates) de ressources. Au sein d'une organisation, les gardiens sont les hauts gestionnaires et les consommateurs, les responsables d'unités décentralisées. Au niveau d'un système public, les autorités gouvernementales sont les gardiens et les organisations, les consommateurs de ressources. Ainsi un même acteur peut jouer plusieurs rôles à la fois : par exemple, un gestionnaire peut être un gardien de ressources lorsqu'il s'adresse aux acteurs internes et un consommateur lorsqu'il fait face aux autorités gouvernementales. Les rôles ont donc un caractère flou et changeant.

---

On peut s'attendre cependant à ce que les gardiens des ressources tentent de contrôler les dépenses à un niveau acceptable afin d'éviter, par exemple, les hausses de taxes. Ils valorisent également, dans un discours d'efficience et de contrôle des coûts (Stoeckle & Reiser, 1992), la saine gestion des fonds publics. Quant à eux, les consommateurs de ressources vont tenter minimalement de protéger le niveau de ressources existantes; au mieux, ils cherchent à augmenter ce niveau en vue de réaliser leur mission.

Ainsi, les consommateurs demandent des ressources supplémentaires sachant que les gardiens vont imposer des limites et les gardiens exercent le contrôle sachant que les consommateurs vont exercer des pressions sur les ressources. C'est aux gardiens de s'assurer que tous n'obtiennent pas ce qui est demandé. En général, cela se fait au moyen de critères pour faciliter les choix (ex. mise en place de priorités) et non de l'analyse de l'ensemble des activités ou encore des différentes unités d'une organisation. Par ailleurs, les gardiens de ressources s'attendent à des comportements des consommateurs, tels leur engagement et leur participation au processus budgétaire.

Le moyen classique des consommateurs de ressources pour améliorer leur position est l'obtention d'une marge de manoeuvre également appelé biais budgétaire (voir Fortin, 1980; Lukka, 1988; Simons, 1995, p. 82). Le biais budgétaire se définit ainsi : (...) Ces marges résultant habituellement de l'obtention, par voie de négociation, par un responsable d'unité décentralisée, d'une quantité de ressources supérieure à celle requise pour que son unité réalise avec succès les objectifs qu'elle poursuit. (...) (Fortin, 1980, p. 49). L'estimation de cette marge est fonction des limites sur les ressources imposées par les gardiens. Ainsi les consommateurs s'attendent à ce que les gardiens leur fournissent des limites tacites à l'intérieur desquelles ils peuvent manoeuvrer.

Lukka (1988) note deux avantages associées à l'obtention d'une marge de manoeuvre. En plus de l'ajout de ressources, le second avantage touche à l'évaluation de la performance lors du suivi et du contrôle budgétaire. En effet, l'on peut avancer que la présence d'une marge budgétaire facilite, pour les

---

consommateurs de ressources, l'atteinte de l'objectif du budget réalisé en regard au budget adopté.

Cette divergence d'intérêts et de buts des gardiens et des consommateurs de ressources implique que le design de la relation de coopération entre les acteurs est possiblement plus difficile que ne le laisse présager la vision traditionnelle. Par exemple, comment procéder à un partage des responsabilités qui pourraient assurer, à la fois, une allocation des ressources, un suivi et un contrôle optimaux tout en favorisant, tel que nous le verrons plus loin, l'obtention de ressources additionnelles. Il n'y a pas de réponse facile à ces préoccupations mais davantage des enjeux liés à la compréhension de dynamiques financières-stratégiques. La section suivante aborde quelques-uns de ces enjeux pour les hôpitaux.

#### *2.2.2.2.1 Le cas particulier des hôpitaux : rôle des acteurs*

Bien que la vision traditionnelle adopte une perspective unitaire et hiérarchique (top-down) des relations entre les supérieurs et les subordonnés, cette vision est moins probable au sein de la bureaucratie professionnelle, souvent qualifiée de duale (Abernethy, 1996, p. 143; Mintzberg, 1982). Dans la structure hospitalière, les gardiens des ressources, bien que responsables des règles d'allocation budgétaires, ont peu de prérogatives sur les dépenses, celles-ci relevant davantage des professionnels de la santé à cause de leur proximité aux activités liées aux épisodes de soins.

Freidson (1986 dans Covalski et al., 1993, p. 67) avance la présence d'une différenciation ou d'un découplage entre le monde des soins et le monde administratif, reflet de différences entre les normes et les valeurs professionnelles et administratives. Par exemple, les professionnels jugent les services en fonction de leur efficacité plus que de leur efficience. Sur le plan budgétaire, cette situation peut être problématique. Il s'ensuit une divergence sur le mode de contrôle à privilégier au sein de l'organisation entre les gardiens et les consommateurs de ressources.

Les gestionnaires privilégient le contrôle budgétaire. Plusieurs facteurs expliquent ce choix dont l'incertitude technologique et leur impossibilité à surveiller les



---

activités des professionnels (Ackroyd et al., 1989; Ouchi, 1979 voir Coombs, 1987). L'incertitude sur les résultats des activités intensifie le recours au contrôle budgétaire par les gestionnaires (Cooper et al., 1981) quoi que les conflits sur les indicateurs appropriés de performance demeurent entre les gardiens et les consommateurs de ressources (Coombs, 1987). Par ailleurs, le mode de contrôle dominant des professionnels serait encore celui de clan (Abernethy, 1996; Abernethy & Stoelwinder, 1990, p. 18; Ezzamel & Willmott, 1993), d'où un certain rejet du contrôle bureaucratique par les professionnels.

Ainsi la coexistence des contrôles bureaucratique et de clan complexifient les pratiques budgétaires dont celle du design des relations de coopération entre gardiens et consommateurs de ressources. Reflet d'un besoin d'engagement des consommateurs pour le contrôle des ressources et d'un souci de visibilité et de transparence des décisions d'allocation des ressources, certains acteurs sont appelés à jouer le double rôle de gardiens et de consommateurs dont des médecins-gestionnaires (Coombs, 1987) et des infirmières-gestionnaires (Covaleski & Dirsmith, 1983, 1986).

Ce double rôle suppose un double dialogue au niveau des pratiques de gestion financière et budgétaire et un double contrôle (Coombs, 1987; Covaleski & Dirsmith, 1983, p. 333) à savoir : 1. une vision traditionnelle du contrôle organisationnel (de type hiérarchique et budgétaire) en tant que base rationnelle pour l'évaluation de la performance de l'unité. Dans ce cas, le rôle de l'information budgétaire prend la forme de "machine à réponse" définie antérieurement (Hopwood, 1980); et 2. une vision non traditionnelle du contrôle (contrôle de clan ou professionnel ou démocratique ou collégial) permettant (...) the use of budgets as a means for influencing the behavior of the budgeter [gestionnaire] by the budgetee [ex.: médecin, infirmière] (Covaleski & Dirsmith, 1983, p. 324, 1986, p. 195).

Dans ce cas, c'est le "subordonné" qui tente d'influencer les gardiens pour obtenir davantage de ressources. Il s'ensuit la possibilité d'une utilisation du budget en tant que moyen pour légitimer les activités, du rôle de "machine à munition" afin d'argumenter le besoin de ressources. À la limite, ce sont les consommateurs qui

---

contrôlent les gardiens (Brunsson, 1989, p. 125) et non l'inverse comme le suggère les écrits normatifs. Et le budget devient non pas un processus d'allocation des ressources par les gardiens en fonction de ses préférences, mais un processus de financement des activités des consommateurs. D'ailleurs selon Bégin et collaborateurs (1987; voir aussi Bégin, 1991) les médecins contrôlent une zone d'incertitude puissante, celle de la relation avec la clientèle. Ils sont donc en bonne position à cause de leur expertise pour négocier des marges de manoeuvre (Lukka, 1988) ou encore pour justifier les dépassements budgétaires.

Cependant, la présence de changements dans l'environnement externe, particulièrement une plus faible abondance de ressources et/ou une production plus forte de normes, peut amener une hausse du contrôle bureaucratique au sein des organisations (Armstrong, 1985; Colignon & Covaleski 1988). Par exemple on note plusieurs tentatives des autorités gouvernementales en Grande-Bretagne et en Suède pour déléguer une plus grande décentralisation de la prise de décisions et de responsabilités au niveau de l'action, pour élaborer des critères de performance mesurables et pour renforcer les prérogatives des gestionnaires (voir Bourn & Ezzamel, 1986; Coombs, 1987; Covaleski et al., 1993; Ezzamel & Willmott, 1993; Jones & Dewing, 1997, p. 262; Preston, Copper, & Coombs, 1992).

Ces tendances vers un recours plus élevé au contrôle budgétaire s'inscrivent dans les nouvelles approches de gestion dans le secteur public (Hood, 1995; Jones & Dewing, 1997) et de la bureaucratisation de la médecine (McKingly & Stoeckle, 1990; Stoeckle & Reiser, 1992). Cependant, la démonstration d'une plus forte orientation des professionnels pour les contrôles bureaucratiques, en remplacement voire en complémentarité avec un contrôle classique de clan reste à faire (Abernethy, 1996; Abernethy & Stoelwinder, 1990, p.20, 1991; Ezzamel & Willmott, 1993).

Les médecins reconnaissent et semblent accepter l'"inévitabilité" du contrôle des coûts (Coombs, 1987; Jones & Dewing, 1997) bien que certains y soient réfractaires (Jones & Dewing, 1997). Plusieurs médecins jugent que les préoccupations de qualité des soins devraient primer sur les préoccupations

---

financières. Malgré une certaine adhésion au contrôle bureaucratique, particulièrement des médecins-gestionnaires (Abernethy & Stoelwinder, 1990), les médecins critiquent la qualité des données recueillies, la validité des règles comptables et l'emploi d'indicateurs tels les coûts par jour-présence. Par exemple, lors de la création d'un nouveau système budgétaire en Grande-Bretagne, Preston, Copper et Coombs (1992) notent qu'on a dû tenir compte de la résistance des professionnels et "refabriquer" ce système – tout système étant socialement construit – en vue de venir à bout de celle-ci.

Dans une étude sur l'intégration des médecins aux pratiques financières, Coombs (1987, p. 399; voir aussi Abernethy & Stoelwinder, 1990) rapporte que les médecins gestionnaires semblent jouer le double rôle de gardien et de consommateur de ressources. Les médecins s'intéressent particulièrement aux connaissances budgétaires et aux connaissances stratégiques générées par les systèmes d'information et les systèmes budgétaires (Coombs, 1987; Jones & Dewing, 1997). Pour leur rôle de gardien de ressources, les données peuvent contribuer à la gestion opérationnelle de leur unité (ex. nombre de ressources humaines à allouer) et, pour le rôle de consommateurs de ressources, à la formulation de stratégies pour leur unité voire pour l'hôpital en tant qu'entité (Jones & Dewing, 1997, p. 272). Il semble donc bien y avoir coexistence d'une vision rationnelle et d'une vision plus politique pour l'allocation et l'obtention de ressources.

Coombs (1987, p. 401) note cependant une tension entre les rôles de gardien et de consommateur de ressources. Une partie des médecins disent adopter une position relativement identique à celle des administrateurs en situation de ressources limitées : des choix entre les différents emplois des ressources doivent être faits à partir de données et de critères (ex. coûts, résultats, efficacité). Selon Abernethy et Stoelwinder (1991), cette adhésion de médecins à la rationalité administrative serait fonction de leur identification à l'organisation en tant que système et non en tant que structure duale.

Alors que pour d'autres médecins – et parfois on retrouve des médecins "rationnels" – l'allocation des ressources est, en partie du moins, fonction de la

---

disponibilité des techniques. Ainsi, le médecin "consommateur de ressources" pourrait avoir tendance à l'emporter sur le médecin gestionnaire en cas de disponibilité de nouveaux traitements. Les médecins seraient réfractaires à l'idée de retarder longtemps l'adoption de nouvelles techniques et traitements. Il s'ensuit que, pour les médecins gestionnaires, les décisions sur l'allocation des ressources laissent généralement place à l'émergence et ne peuvent être totalement planifiées (Coombs, 1987, p. 401).

Quant à eux, les gestionnaires non professionnels semblent vouloir adopter une double tactique au sein de l'organisation. D'une part, ils veulent augmenter le volume des informations et rendre les activités cliniques plus visibles. D'autre part, ils veulent impliquer les professionnels puisque ces derniers pourraient plus facilement corriger les écarts sur le budget grâce, par exemple, au contrôle de clan (Coombs, 1987, p. 399). Cependant, il est loin d'être sûr que les professionnels veuillent jouer le rôle "officiel" de gardien des ressources (Jones & Dewing, 1997, p. 272).

En conclusion de cette section se pose les questions suivantes : Comment concilier le partage des responsabilités à l'interne? Comment motiver les consommateurs de ressources à une plus grande implication quant au budget? Comment éviter que les consommateurs de ressources ne viennent à "contrôler" le processus budgétaire? Alors que les deux (2) premières questions s'inscrivent davantage dans la vision traditionnelle des pratiques financières, laquelle laisse place à une certaine planification des activités dans l'organisation, la dernière est davantage assimilable à une perspective politique de l'allocation des ressources laquelle fait une place importante à l'émergence de stratégies locales au détriment (peut-être) d'une stratégie organisationnelle.

En fait, les "réponses" à ces questions doivent tenir compte de l'environnement externe. Tel que spécifié antérieurement, l'un des enjeux liés aux pratiques financières et budgétaires consiste dans l'obtention de financement additionnel pour la réalisation de la mission de l'organisation. La section suivante aborde différents aspects liés à cet enjeu. Dans un premier temps, nous complétons le

---

modèle simplifié des relations entre acteurs avant d'aborder les tactiques des organisations pour maintenir voire pour augmenter leur financement.

### *2.2.2.3 Comment obtenir des ressources additionnelles : l'environnement externe*

Dans le cadre d'un système régulé par les autorités gouvernementales, les organisations dépendent de l'environnement pour l'obtention de ressources (Meyer, 1986; Oliver, 1991; Pfeffer & Salancik, 1978). Les organisations ont des règles à respecter en vue de s'assurer du maintien du financement voire idéalement – puisqu'il n'y a jamais assez d'argent à distribuer (Wildvasky, 1975) – de l'augmenter afin d'être mieux à même de remplir leur mission. Certaines de ces règles gouvernent l'acquisition et l'allocation de ressources du centre (ou autorités) vers le local (organisations). L'obtention d'un niveau de financement adéquat pourrait permettre l'atteinte d'une zone de fonctionnement et de développement intéressante pour l'organisation favorisant la maîtrise de sa destinée (Gouldner, 1959; Mélése, 1990).

Selon la perspective institutionnelle, la survie d'une organisation dépend de sa conformité aux normes et aux règles sociales acceptables (ex. efficacité, efficience) afin de légitimer ses activités et de recevoir en retour le support de l'environnement (Covaleski & Dirsmith, 1988; Covaleski et al., 1993; Scott, 1987, p. 126). Meyer et Rowan (1977 dans Covaleski et al., 1993, p. 66-67; Covaleski & Dirsmith, 1983, p. 332) rapportent que les organisations pourraient être en mesure de découpler, grâce à des routines dont les pratiques financières et budgétaires, l'image qu'elles envoient d'elles de leur processus de production à l'environnement. Il pourrait en résulter une protection de leur cœur technique, ou de la transformation des ressources en services (Berry et al., 1985; Scott, 1987, p. 182), et un meilleur climat au sein de l'organisation.

#### *2.2.2.3.1 Mode d'allocation des ressources et ajout au modèle des relations entre acteurs*

La présentation du processus budgétaire simplifié est reprise succinctement mais en mettant l'emphase sur les relations entre les organisations et l'environnement externe (ex. autorités gouvernementales ou centrales). Pour les autorités centrales,

---

l'enjeu consiste à instaurer des stratégies favorisant la délégation de certains pouvoirs ou responsabilités aux autres paliers de la hiérarchie, c'est-à-dire au niveau des organisations, tout en favorisant l'atteinte d'objectifs qu'elles valorisent. Cependant, l'allocation des ressources aux organisations suit fréquemment le mode incrémental. C'est à la marge donc que le plus souvent les autorités centrales peuvent inscrire le développement d'activités priorisées. Il devient alors difficile d'avancer un couplage serré entre la planification d'activités par le centre et la budgétisation des organisations.

Dans le cadre d'un système public, Brunsson (1989; voir aussi Covaleski et al., 1985; Jönsson, 1984) ajoute le rôle de trésorier (hoarder) aux rôles traditionnels de gardiens et de consommateurs de ressources. Les autorités gouvernementales sont alors les gardiens et au sein des organisations, on retrouve à la fois des consommateurs de ressources et des trésoriers. Les trésoriers tentent d'obtenir des unités décentralisées de limiter leurs coûts et de restreindre leurs demandes budgétaires. Alors que simultanément, par rapport à l'externe, les trésoriers cherchent à augmenter les ressources de l'organisation et, conséquemment, à créer une marge de manoeuvre (Lukka, 1988) pour faire face au futur toujours incertain. Pour jouer leur rôle, situé à l'interface entre l'interne et l'externe, les trésoriers auraient besoin de deux (2) outils différents, l'un pour restreindre la hausse des coûts à l'interne, possiblement des comparaisons de performance avec d'autres organisations similaires, et l'autre pour augmenter les revenus, telle une planification stratégique des activités de l'organisation.

Les gestionnaires publics font donc face à des dilemmes difficiles à résoudre dont celui de concilier des demandes souvent opposées provenant de l'interne et de l'externe. En quelque sorte, les gestionnaires sont les médiateurs de l'espace entre le contrôle provenant de l'environnement externe et la dispensation de services (Ackroyd et al., 1989, p. 603 et 613). Ackroyd, Hughes et Soothill (1989) qualifient d'ailleurs le gestionnaire de "gardien des services" puisque l'un de ses objectifs consisterait à préserver la qualité de la dispensation des services.

Cette divergence d'intérêts et de buts des gardiens, des trésoriers et des consommateurs de ressources implique que le design de la relation de coopération

---

entre le centre et le local est possiblement plus difficile que ne le laisse présager la vision traditionnelle du contrôle budgétaire. Par exemple, les trésoriers ne contrôlent ni le niveau de production ni le processus de production. On s'éloigne aussi probablement de la perspective unitaire et hiérarchique entre les gardiens et les consommateurs de ressources. En effet, les organisations ne sont pas dépourvues de moyens pour faire face à l'environnement à cause de leur pouvoir sur les moyens de production (Bégin, 1989, 1991).

Par exemple, au niveau du système socio-sanitaire, ce sont les hôpitaux et non les autorités qui contrôlent une zone d'incertitude puissante, celle provenant de leur mission et qui consiste à répondre adéquatement à la demande de soins de la population. Les organisations peuvent ainsi récupérer les pouvoirs détenus par les professionnels et s'en servir pour justifier leurs demandes et leurs actions. Il s'ensuit la possibilité d'une utilisation du budget en tant que moyen pour légitimer les activités organisationnelles, du rôle de "machine à munition" afin d'argumenter le besoin de ressources avec l'environnement externe soit au sein de l'organisation (Cooper et al., 1981; Hopwood, 1980; Jawahar, Stone, & Cooper, 1992; Wildavsky, 1975).

La multiplicité des rôles et l'ambiguïté quant au partage des rôles et des responsabilités budgétaires entre les consommateurs, les gardiens et les trésoriers peut amener ce que Brunsson (1989, p. 122-123) appelle le "paradoxe du contrôle". Il y a paradoxe de contrôle lorsque la demande de contrôle de la part des consommateurs excède l'offre de contrôle des gardiens. Alors qu'en période d'abondance, le découplage entre les décisions et les actions est fréquent au sein des organisations, en situation de rareté les gardiens et les trésoriers tentent de coupler davantage les actions et les décisions.

Paradoxalement et lors de coupures budgétaires, alors que les gardiens et les trésoriers préféreraient impliquer fortement les consommateurs quant à la prise de décisions sur les choix à faire – après avoir fixé les limites budgétaires à faire respecter – les consommateurs eux, tentent de faire dire aux gardiens où ils doivent couper. Il s'ensuit que l'offre de contrôle des gardiens est inférieure à la demande de contrôle des consommateurs; à la limite, aucune décision n'est prise.

---

Voilà un exemple de paradoxe de contrôle. Ce paradoxe va à l'encontre des théories sur le pouvoir – en effet, selon Brunsson (1989, p. 123), la plupart de ces théories font l'hypothèse que l'offre de contrôle est amplement suffisante, que la demande pour le contrôle est faible et qu'il y a toujours des acteurs prêts à exercer ce contrôle – et Brunsson le résoud en faisant un lien avec l'environnement de l'organisation.

Ainsi la probabilité d'assister à un tel paradoxe augmente avec le financement public des organisations. Ce qui est alors en partie recherché, c'est de maintenir le financement externe de l'organisation en demandant, en quelque sorte aux autorités – qui sont alors les gardiens – de choisir où l'organisation doit couper. Généralement les autorités ne sont pas intéressées à choisir les coupures alléguant que les organisations, lesquelles sont près des services et des clientèles, sont les mieux placées pour faire ces choix.

#### *2.2.2.3.2 Tactiques disponibles pour faire face aux pressions de l'environnement*

Les organisations sont loin d'agir passivement à l'imposition de nouvelles règles, dont les règles associées à la gestion financière, ou de nouvelles attentes institutionnelles (Oliver, 1991, p. 173). Fait intéressant, Oliver (1991; voir aussi Jick & Murray, 1982) présente, en alliant la perspective institutionnelle et celle de la dépendance des ressources, une typologie de réponses dites stratégiques des organisations pour faire face aux pressions institutionnelles. Des tactiques – ou encore les réponses, les moyens ou les mesures – sont également présentées pour chacune des stratégies. Par ordre croissant d'intensité, les cinq (5) types de réponses associées à une règle ou à une attente institutionnelle sont : 1. le consentement ou la conformité passive, 2. la recherche de compromis avec l'environnement, 3. l'évitement, 4. le défi ou le rejet catégorique, et 5. la manipulation proactive.

Alors que pour le consentement, l'organisation fait ce qui est demandé par l'environnement, sa "soumission" est partielle dans le cadre de la stratégie de la recherche d'un compromis. L'organisation essaie alors de promouvoir ses intérêts en tentant, par exemple, de négocier un délai avant d'avoir à appliquer la règle. Au



---

niveau de l'évitement, l'organisation tente de s'exclure de la nécessité à se conformer, par exemple au moyen d'un découplage entre ces activités techniques et l'évaluation normative de ses activités par l'environnement. Le défi est une forme active de résistance et constitue un rejet catégorique d'une règle par l'organisation. La probabilité d'employer cette réponse augmente avec la possibilité pour l'organisation "délinquante" de démontrer la rationalité de son comportement. Enfin, la manipulation constitue la stratégie la plus intense puisque l'intention des organisations consiste à modifier voire à exercer le pouvoir sur le contenu des règles. L'une des tactique consiste à modifier les définitions et les indicateurs des pratiques acceptables ou encore les indicateurs de performance retenus par l'environnement.

Cependant, la gestion financière et les pratiques stratégiques des organisations ne peuvent faire fi des différentes influences et caractéristiques de l'environnement externe. Ainsi, l'emploi de la gestion financière au sein des organisations s'est possiblement adapté suite à des changements dans l'environnement. Selon plusieurs auteurs, la gestion financière semble se transformer dans un contexte de plus fortes pressions sur les ressources (Berry et al., 1985; Covalski & Dirsmith, 1983, 1988; DesRochers, 1987; Hackman, 1985; Jick & Murray 1982; MSSS, 1993a; Paquin, 1984; Villeneuve, 1986).

Hackman (1985; voir aussi Berry et al., 1985; Brunsson, 1989) est d'avis que le couplage entre les pratiques budgétaires et les besoins de l'organisation serait possiblement plus élevé en situation de stress financier qu'en période de marge de manoeuvre budgétaire. Ainsi il peut être intéressant d'étudier les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques dans un contexte de décroissance ou de stress financier, contexte révélateur des enjeux et des tactiques des organisations.

Un tel contexte pourrait favoriser l'emploi d'outils de contrôle, par exemple la gestion financière, en tant que levier stratégique pour les organisations (Daft & Macintosh, 1984; Simons 1991a, 1991b). Simons (1995, p. 110) suggère d'ailleurs aux organisations faisant face à un environnement fortement régulé d'utiliser un outil de contrôle de type interactif pour le monitoring de variables reliées aux

---

environnements social, politique et technique. Les outils de contrôle de type interactif contribuent, tel que vu antérieurement, à l'émergence de stratégies non nécessairement planifiées.

Par ailleurs, l'alignement des organisations avec les attentes gouvernementales, dont celle de l'atteinte de l'équilibre budgétaire, peut contribuer à limiter l'attention sur les pratiques de l'organisation (Covaleski & Dirsmith, 1988, p. 582). C'est la conception des frontières en tant que sphères d'influence permettant à la fois de protéger l'organisation d'influences pouvant résulter en des pertes d'autonomie (ex. : protection du coeur technique) et de faciliter l'accès aux ressources nécessaires à la réalisation de la mission de l'organisation (Hafsi & Thomas, 1988; Oliver, 1993).

Les sections suivantes abordent plus particulièrement les tactiques – ou encore les réponses, les moyens ou les mesures – des organisations face à la baisse de financement ou de la décroissance. Ces réponses des organisations se situent à deux niveaux (Jick & Murray 1982) : les réponses touchant l'organisation et celles s'adressant à l'environnement externe. Ainsi les organisations vont tenter de gérer la décroissance à l'interne, idéalement en cherchant à maintenir le niveau d'activités grâce, entre autres, à des mesures d'économies et de productivité. Cette gestion de la décroissance est plus difficile lorsque les besoins sont à la hausse que l'inverse (Paquin, 1984). Simultanément on peut s'attendre à ce que les organisations s'opposent à toute baisse de financement additionnel pouvant mettre en péril la mission de l'organisation.

#### *2.2.2.3.2.1 Tactiques à l'interne*

Selon Paquin (1984, p. 599), les expressions de décroissance, de coupures ou de compressions budgétaires donnent lieu à toutes sortes d'interprétation et ne vont pas sans créer une certaine confusion. Par exemple, les dépenses allouées à des organisations peuvent augmenter alors que simultanément elles font face à des compressions budgétaires. Cela est en effet possible si les autorités reconduisent leur base budgétaire mais en ne tenant pas compte du plein effet de l'indexation. C'est pourquoi Paquin (1984) utilise le terme "décroissance" laquelle prend la forme d'une réduction dans le volume de ressources mis à la disposition de

---

l'organisation. Une réduction du financement externe pour l'organisation est synonyme de décroissance.

La diversité des mesures pour faire face à la décroissance est élevée. Paquin (1984) regroupent les mesures internes en cinq (5) catégories : 1. les mesures visant à réduire les dépenses de biens et de services de fonctionnement ou d'immobilisation (ex. imposer des mesures d'économies et améliorer le contrôle de certaines dépenses); 2. les mesures visant à réduire les dépenses de personnel et améliorer la productivité des employés (ex. fermer des postes en fonction de l'attrition naturelle et fusionner des postes); 3. les mesures visant à rationaliser les méthodes d'opération et l'organisation des unités administratives (ex. fusionner des unités et réduire le taux d'encadrement); 4. la réduction de services offerts (ex. réduire l'accessibilité aux services à la clientèle et transférer certains services à d'autres organismes); 5. l'amélioration des systèmes d'information et l'utilisation d'approches rationnelles de prise de décision (ex. introduire le budget à base zéro ou une procédure de classement par priorités, améliorer le contrôle budgétaire).

Jick et Murray (1982) proposent également une typologie de réponses à implanter au sein des organisations. L'organisation peut employer la planification rationnelle, par exemple la technique du budget à base zéro ou le recours à la planification stratégique formelle, et ainsi possiblement être en mesure de protéger les services contribuant le plus à sa mission. L'allocation de coupures uniformes (across-the-boards) pour chaque unité de l'organisation constitue un autre moyen de satisfaire une commande budgétaire.

L'organisation peut également procéder à des coupures dites politiques. Celles-ci s'orientent soit vers l'externe, les coupures touchent alors les services valorisés par l'environnement social (ex. unités de transplantation), soit vers l'interne où les coupures touchent alors les unités les moins puissantes de l'organisation. L'organisation peut également adopter un comportement de passivité, c'est-à-dire laisser à une autorité le choix des coupures. Enfin, l'organisation peut décider de retarder la prise de décision ou "ne rien faire"; elle s'aligne alors vers un déficit.

---

Le choix entre les différentes réponses dépend de plusieurs facteurs tels l'ampleur des compressions budgétaires, l'analyse de la situation faite par l'organisation, les réactions des groupes d'intérêt, les pressions temporelles placées sur les organisations pour s'ajuster aux coupures, etc (Jick & Murray, 1982; Paquin, 1984). Par exemple, le recours à des réponses touchant les activités de l'organisation augmente avec la sévérité de la baisse de financement, toutes choses égales. Dans le cas de faible baisse de revenus, les organisations auraient davantage recours à des tactiques visant à nier le problème ou à retarder la prise de décision. Dans le cas de baisse modérée des revenus, les moyens souvent mis en place prennent la forme de tentatives pour améliorer la productivité et la gestion, pour accroître les revenus et pour réduire le personnel en fonction de l'attrition naturelle. La réduction voire l'abandon de services de même que la diminution du nombre d'employés sont associées, le plus souvent, à des baisses importantes de revenus. Ces dernières tactiques ne sont ordinairement employées qu'en dernier ressort puisqu'elles touchent des groupes d'intérêts de l'organisation (Paquin, 1984, p. 603-604).

Par ailleurs, la capacité d'une organisation à gérer optimalement en situation de décroissance dépend également de plusieurs facteurs. Ces facteurs renforcent la capacité des gestionnaires à redéployer les ressources à l'interne et à effectuer les changements. L'un de ces facteurs consiste dans l'autorité de l'organisation à redéployer les ressources ou dans la possibilité pour l'organisation de modifier des règles du jeu (ex. conventions collectives). Par exemple, la direction est-elle en mesure de modifier les services à la population, de mettre à pied des employés ou de modifier les conditions de travail et avantages sociaux des employés?

La flexibilité budgétaire constitue un deuxième facteur pour gérer la décroissance. En l'absence de flexibilité, il devient difficile d'introduire des substitutions et des innovations nécessaires à l'amélioration de la productivité. Un troisième facteur est le développement et le maintien d'une continuité à la haute direction de l'organisation. Cette continuité est nécessaire pour soutenir les moyens mis en place particulièrement si ceux-ci s'étalent sur plus d'un exercice financier. L'arrivée de nouveaux gestionnaires peut cependant contribuer, selon Simons (1995, 1991a, 1991b), à consolider les pratiques de gestion financière.

---

La présence de systèmes d'appréciation de la performance et d'une rétroaction rapide contribue également à une gestion optimale de la décroissance. Les données nécessaires à la prise de décision (ex. efficacité des services) et à la rétroaction sont-elles disponibles rapidement? Existe-t-il des systèmes de mesure de la performance? L'organisation récompense-t-elle ou ignore-t-elle les bonnes performances? La "bonne gestion" est-elle valorisée?

Enfin, le dernier facteur soulevé par Paquin (1984) s'inscrit dans la rationalité administrative de l'organisation, c'est-à-dire dans les moyens mis en place pour atteindre les buts et favoriser la performance. Ce facteur est la capacité de cibler les efforts budgétaires de façon à ce que les programmes, les unités administratives, le personnel et les clients soient touchés en fonction des buts et des priorités de l'organisation. Autrement, de poursuivre cet auteur, l'organisation devra se rabattre sur des mesures, telles la coupure uniforme des dépenses et l'abolition de postes devenus vacants, pouvant difficilement permettre d'améliorer la performance de l'organisation.

Cependant l'adhésion des organisations à un paradigme rationnel implique, d'une part, un consensus sur les buts de l'organisation par les groupes formant la coalition dominante et, d'autre part, une valorisation de la planification des activités dans la culture organisationnelle (Jick & Murray, 1982). Ces deux conditions ne se retrouvent pas nécessairement au sein des bureaucraties professionnelles, forme organisationnelle où les buts sont multiples, conflictuels, vagues et difficiles à mesurer et où coexistent fréquemment des processus de stratégie planifié et émergent (Burgelman, 1991; Fredrickson, 1986; Mintzberg, 1982).

Les travaux de Hardy (1987, 1990, 1992) montrent d'ailleurs que différentes universités canadiennes ont eu recours à différents modèles de prise de décision (ex. modèle collégial, modèle politique et modèle rationnel) pour faire face à des coupures budgétaires. C'est le contexte interne à chaque université, que Hardy détermine à partir des comportements des intéressés et de caractéristiques de l'organisation (ex. taille, structure formelle, histoire, leadership), qui contraint en quelque sorte le choix du modèle de prise de décisions "optimal" et le contenu

---

"cohérent" des coupures de chaque université. Ainsi, la détermination du contenu inclut parfois, mais pas nécessairement, l'identification des priorités de l'organisation.

Hardy soulève donc une variabilité dans les réponses des universités face aux coupures. À son avis (voir aussi Pondy & Huff, 1988), ces réponses relèvent autant du besoin d'accommoder les groupes d'intérêt, et donc de minimiser les conflits, qu'à une recherche d'une plus grande rationalité dans l'organisation. Pour une organisation, le défi consisterait alors à harmoniser le contenu de la stratégie au processus de prise de décision tout en respectant son contexte particulier.

#### *2.2.2.3.2.2 Tactiques à l'externe*

Puisque les organisations ne vont probablement pas assister passivement à leur décroissance, elles peuvent également employer des tactiques s'adressant à l'environnement externe. Ainsi aux moyens mis en place pour gérer optimalement les ressources disponibles vont s'ajouter des tactiques pour que cesse la décroissance. Les tactiques de Oliver (1991), explicitées antérieurement, sont possibles à savoir le consentement ou la conformité passive aux coupures, la recherche d'un compromis (ex. faire baisser le niveau de coupures demandé), l'évitement (ex. demander que l'organisation ne soit pas touchée par les coupures) le défi ou le rejet catégorique des coupures et la manipulation proactive (ex. dénoncer les critères utilisées pour allouer les coupures).

Jick et Murray (1982) proposent des tactiques additionnelles, certaines étant complémentaires à celles de Oliver. L'une de celles-ci est l'argumentation rationnelle. Dans ce cas, l'organisation tente de faire cesser les coupures en apportant le maximum de données "objectives" en vue de démontrer les conséquences négatives de celles-ci. Une autre tactique consiste dans la recherche d'autres sources de fonds (ex. créer une fondation, réviser les tarifs en vigueur pour les services vendus tels les repas et le stationnement) (voir aussi Paquin, 1984). L'organisation peut également menacer l'autorité centrale de couper des services politiquement "sensibles" ou, à l'inverse, promettre d'allouer des ressources vers des programmes valorisés par l'externe. Enfin, l'organisation peut

---

former ou joindre une coalition pour mettre de la pression sur la source de financement.

Selon Jick et Murray (1982), deux (2) facteurs contribuent principalement à l'intensité de la réplique à savoir la perception qu'ont les organisations de la rationalité des coupures et la perception qu'elles ont de leur pouvoir et/ou de leur influence en vue de faire modifier le comportement des autorités. Moins les organisations sont d'avis que les coupures proviennent d'une analyse adéquate et de données probantes, plus faible sera leur adhésion à la décroissance. De même, plus elles jugent positivement leur capacité à faire cesser les coupures, plus elles adopteront des tactiques directement avec le bailleurs de fonds ou encore par la voie d'une troisième partie, par exemple une coalition (Jick & Murray, 1982, p. 149).

Cependant, rien n'assure aux organisations qu'elles vont être en mesure de modifier l'environnement en leur faveur, tel que l'indique une étude de Covaleski et Dirsmith (1988). Suite à une période de déclin de son financement, une université publique de l'État du Wisconsin se considère sous-financée. Elle propose à l'État de remplacer la formule traditionnelle de financement, une approche incrémentale basée principalement sur le nombre de crédits-étudiants, par une approche par programmes, jugée plus qualitative, qui inclut des priorités proposées par les différents départements de l'Université.

Ainsi, l'Université tente d'instaurer une nouvelle approche budgétaire au sein de l'organisation. Covaleski et Dirsmith (1988) notent la contribution significative des unités centrales (Hackman, 1985) lors de la formulation de celle-ci. Cependant, l'État va rejeter cette proposition pour plusieurs motifs. L'État veut éviter de remettre en question la formule traditionnelle de financement jugée davantage appropriée et "quantitative" alors que la proposition est jugée qualitative. Par ailleurs, il veut s'abstenir d'avoir à choisir entre les différents programmes de l'Université. Serait-ce que l'État, ici le gardien des ressources, veut laisser "choisir" l'Université, le consommateur des ressources? Alors qu'à l'inverse, l'Université tente de faire dire à l'État où couper? L'État semble vouloir éviter la situation de déficit de contrôle explicitée antérieurement. Enfin les

---

autorités ne veulent pas créer un précédent; l'acceptation du changement du mode de financement pour une Université pourrait être suivie d'un mouvement de demandes provenant d'autres universités.

Alors que l'organisation tente à la fois de modifier les pratiques budgétaires à l'interne et de favoriser l'obtention de financement additionnel, l'enjeu principal semble se situer davantage au niveau de l'organisation envers l'État pour l'obtention de ressources. Selon Covaleski et Dirsmith (1988, p. 584), les relations entre l'Université et l'État sont imprégnées d'isomorphisme coercitif durant cette période de décroissance. Ce sont les pressions externes qui poussent les organisations à adopter certaines pratiques jugées rationnelles (DiMaggio & Powell, 1983 dans Covaleski & Dirsmith, 1988). D'ailleurs, les acteurs de l'État interrogés dans le cadre de cette recherche ont davantage perçu la stratégie budgétaire de l'Université comme une manoeuvre politique pour promouvoir sa position et améliorer son financement que comme une proposition visant à améliorer la validité du mode d'allocation des ressources.

Oliver (1991) ajoutent d'autres facteurs, à ceux de Jick et Murray, pour comprendre la réponse des organisations aux pressions institutionnelles dont l'incertitude environnementale. Cette incertitude réfère au degré pour lequel les états futurs du "monde" ne peuvent être anticipés ou correctement prédits. Plus le degré d'incertitude en ce qui a trait à l'environnement est faible, plus la résistance de l'organisation va être élevée face aux pressions institutionnelles, toutes choses égales. Fait intéressant, Alam (1997) présente l'influence de l'incertitude sur les pratiques budgétaires de deux (2) organisations manufacturières nationalisées du Bangladesh. Cette influence sur les pratiques budgétaires des organisations est appréciée à deux (2) niveaux : d'une part, sur leur gestion avec l'environnement institutionnel et, d'autre part, sur leurs pratiques budgétaires au sein de l'organisation.

L'organisation caractérisée par un niveau élevé d'incertitude sur les marchés des intrants et des extrants arrive difficilement à protéger son coeur technique de l'environnement. Cette situation est incompatible avec les interprétations de Meyer et Rowan (1977), c'est-à-dire que l'organisation est peu en mesure de



---

découpler l'image qu'elle envoie de ses processus de production à l'environnement, grâce entre autres à ses pratiques budgétaires. Ainsi elle est vulnérable durant la négociation des paramètres budgétaires avec les autorités. Il s'ensuit que cette organisation peut difficilement utiliser son processus budgétaire pour la formulation de stratégies contribuant à diminuer les incertitudes contextuelles. Conséquemment, elle oriente davantage l'emploi de ses pratiques budgétaires sur la gestion des relations avec l'externe que vers la gestion "rationnelle" des unités de l'organisation. Par exemple, elle produit son budget interne suite à la réception de son budget par les autorités (Alam, 1997, p. 157).

À l'inverse, les processus budgétaires, interne et externe, de l'organisation caractérisée par un faible niveau d'incertitude se rapprochent des prédictions des théories institutionnelles et de la contingence. Relativement à l'environnement externe, l'organisation est mieux à même de protéger son coeur technique. L'emploi du budget s'inscrit alors dans la perspective institutionnelle, c'est-à-dire dans le respect des normes et règles auxquelles l'organisation se conforme pour recevoir en retour légitimité et support. Alors qu'à l'interne, les pratiques budgétaires sont davantage rationnelles que pour l'autre organisation, par exemple pour la planification et le suivi budgétaire. La budgétisation contribue davantage à la réduction et à la gestion de l'incertitude (Alam, 1997, p. 148), ce qui se rapproche des enseignements de la théorie de la contingence. Alam (1997, p. 161) note une plus grande convergence de la gestion financière et la gestion de la stratégie, ce qui s'apparente à une "tightly coupled organization", pour l'organisation ayant un plus faible niveau d'incertitude.

En conclusion, la dynamique financière-stratégique des organisations est complexe puisqu'elle doit prendre en compte les règles de la gestion financière provenant de l'externe et le contexte interne de l'organisation (Zald, 1986, p. 337). Il peut alors être intéressant d'identifier le pattern – également appelé arrimage interne/externe – des tactiques adoptées à l'interne et à l'externe que l'organisation va adopter en fonction, entre autres, du contexte environnemental (ex. situation de crise budgétaire). Il n'y a pas de "solution" facile à ces préoccupations d'obtention de financement et/ou de réponses face à la décroissance, mais davantage des

---

enjeux, formulés ici en termes de questions, liés à la compréhension des dynamiques financières-stratégiques.

Comment procéder à un partage des responsabilités qui pourraient assurer, à la fois, une allocation des ressources, un suivi et un contrôle optimaux tout en favorisant l'obtention de ressources additionnelles? A-t-on besoin d'être en équilibre budgétaire pour obtenir des ressources additionnelles dans le cadre d'un système public? Si oui, quand? Si non, quand? Suite à une transformation de l'environnement, les organisations modifient-elles l'allocation des ressources et des responsabilités? Assiste-t-on à une transformation des pratiques financières des organisations suite à une transformation de l'environnement? Si oui, cela nécessite-t-il un changement dans le modèle dominant de prise de décisions? Si oui, cette transformation se traduit-elle par une plus grande convergence de la gestion financière et de la stratégie au sein de l'organisation? Y a-t-il des gains possibles pour les gestionnaires pour la gestion de la finance et de la stratégie? À quelles conditions, ces gains sont-ils possibles?

Les sections suivantes abordent deux (2) des questions reliées à la transformation des pratiques organisationnelles suite à la transformation de l'environnement. Dans un premier temps, le changement de paradigme décisionnel pour une organisation est traité en incluant la typologie des relations professionnels/organisations de Begun, Luke et Pointer (1990). Puis la possibilité de gains de marge de manoeuvre ou d'influence pour les gestionnaires est abordée.

#### *2.2.2.3.3 Changement de paradigme décisionnel pour une organisation*

Jick et Murray (1982, p. 162) soulignent que la transformation du pattern interne/externe des tactiques des organisations suite à une transformation de l'environnement a été jusqu'ici peu étudiée. Cela s'explique, en partie du moins, par le petit nombre d'études adoptant une perspective historique ou longitudinale permettant d'apprécier, d'une part, la transformation de l'environnement externe et, d'autre part, la transformation des organisations suite à cette transformation de l'environnement (Pettigrew 1985, 1990, 1992). Ainsi les écrits abordent peu la question de la possibilité pour une organisation de changer de paradigme ou de modèles de prise de décision, par exemple suite à une longue période de

---

décroissance. Ce changement de paradigme pourrait favoriser une plus grande convergence entre la gestion financière et la gestion de la stratégie.

Plusieurs classifications de modèles de prise de décisions ont été proposées dans la littérature (Hardy, 1990; Meyer, 1984; Pool & Koopman, 1993; Shrivastava & Grant, 1985), suivant en cela l'étude classique de Allison (1969) ayant abordé trois (3) perspectives (organisationnelle, politique et choix rationnel) afin de mieux comprendre les événements liés à la crise des missiles de Cuba. Plusieurs modèles de prise de décision peuvent également coexister au sein de la même organisation (Boland & Pondy, 1986; Hardy, 1990, p. 214; Pettigrew, Whipp, & Rosenfeld, 1989, p. 17).

Même si des auteurs associent les différentes configurations structurelles (Pool & Koopman, 1993; Shrivastava & Grant, 1985), par exemple celles de Mintzberg (1982), à un modèle différent de prise de décisions, Hardy (1990) a montré qu'une même configuration structurelle peut résulter en l'adoption de plus d'un modèles. Ces travaux (Hardy 1987, 1990, 1992) indiquent que différentes universités canadiennes ont eu recours à différents modèles de prise de décisions (ex. modèle collégial, modèle politique et modèle rationnel) pour faire face aux coupures budgétaires. De là, une même configuration structurelle – ces universités étant des bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982) – peut se refléter en une variabilité de modèles de prises de décisions. Le choix du modèle de prise de décisions s'explique, en partie, par le contexte interne de l'organisation (ex.: taille, structure formelle, groupes d'intéressés, histoire, leadership) et par l'environnement (Hardy, 1990, p. 214).

Quant à eux, Jick et Murray (1982) distinguent deux (2) grands paradigmes de modèles de prises de décisions à savoir un paradigme rationnel et un paradigme politique. Selon le paradigme rationnel, la prise de décisions au sein de l'organisation suit un processus logique, linéaire et vise l'atteinte d'un objectif défini au préalable par la coalition dominante de l'organisation alors que pour le paradigme politique, la prise de décisions est appréhendée aux résultats de jeux d'influence et de pouvoir entre groupes d'intéressés formant des coalitions autour

---

d'enjeux spécifiques (Allison, 1969; Champagne, Denis, Pineault, & Contandriopoulos, 1991; Pool & Koopman, 1993).

La possibilité pour une organisation de changer de modèle dominant de prise de décisions, par exemple pour ses pratiques financières et/ou stratégiques, voire de paradigme a été peu étudiée (Jick & Murray, 1982). Par exemple, le passage pour une organisation d'un paradigme décisionnel politique vers un paradigme rationnel pourrait amener une convergence plus élevée entre la gestion financière et la stratégie. Plusieurs auteurs anticipent une plus grande convergence entre les choix budgétaires et la stratégie de l'organisation (entre autres: Alam, 1997; Berry et al., 1985; Brunsson, 1989; Colignon & Covalski, 1988; Hackman, 1985; Paquin, 1984), par exemple l'octroi de coupures en fonction des priorités de l'organisation, suite à une longue période de décroissance; mais cette question a fait l'objet de peu d'études.

La contribution de Pondy et Huff (1988) est ici intéressante. Ils appellent "Emergent Policy Reframing" le changement de principes directeurs ou de cadre pour la prise de décisions dans une organisation. Ce cadre comprend l'ensemble des valeurs, des préférences et des hypothèses guidant la prise de décisions dont celles liées à la décroissance d'une organisation. Ils identifient cinq (5) étapes, pouvant se recouper dans le temps, liées à l'émergence d'un nouveau cadre à savoir la présence de signes de changement dans l'environnement, la reconnaissance de ce changement par l'organisation, le développement d'un processus de décisions, l'identification du contenu des décisions et la recherche d'un consensus.

Le passage pour une organisation d'un cadre à un autre est un processus d'apprentissage nécessitant du temps (Mintzberg, 1990, p. 144; Pondy & Huff, 1988, p. 193). Scapens (1994) rapporte également que les pratiques budgétaires à l'interne sont lentes à changer malgré les changements de l'environnement. Le passage réussi d'un cadre à un autre requiert ce que Pondy et Huff (1988) appelle un "processus de convergence analytique et de minimisation du conflit" où l'organisation évalue analytiquement le nouveau cadre et où une coalition suffisamment forte de l'organisation entérine en quelque sorte son adoption.

---

Ainsi il semble que pour minimiser les conflits, il soit au préalable préférable de discuter de processus que de contenu; la justice de processus précédant la justice distributive (Greenberg, 1990; Tremblay & Kriber, 1994). La justice de processus est la justice perçue sur le plan des procédures lors d'une prise de décisions alors que la justice distributive concerne l'allocation des récompenses et des ressources. Trois règles de distribution sont associées à la justice distributive à savoir l'égalité objective (montant égal), l'égalité subjective (équité selon la contribution) et l'égalité relative (distribution en fonction des besoins) (Cook & Hegtvedt, 1983 dans Tremblay & Kriber, 1994).

Delbecq et Gill (1985) proposent des moyens de s'assurer de la justice de processus dans les hôpitaux à savoir la présence de structures représentatives, la transparence des processus de décisions et la clarté des règles de décisions. Le degré de participation au processus de prise de décisions ainsi que le degré de maîtrise du processus sont, par ailleurs, deux (2) indicateurs de la justice de processus (Greenberg, 1990; Tremblay & Kriber, 1994). La justice de processus pourrait avoir un aspect instrumental, c'est-à-dire faciliter l'obtention de la justice distributive.

En situation d'abondance des ressources, les membres de l'organisation seraient moins formels sur les procédures relatives à la prise de décisions qu'en période de décroissance. Lors de coupures ou de redressement budgétaire, il est possible que l'allocation des ressources ne suive pas des modalités uniformes entre les différentes unités. Par exemple, les unités centrales peuvent être davantage protégées des coupures et ce, possiblement sans conséquences négatives sur les perceptions de justice de processus au sein de l'organisation (Covaleski & Dirsmith, 1988, p. 566; Hackman, 1985).

#### *2.2.2.3.3.1 Le cas particulier des hôpitaux : typologie de Begun, Luke et Pointer*

Avec l'évolution de l'environnement externe, Begun, Luke et Pointer (1990) s'attendent à ce que les hôpitaux tentent de restructurer leurs relations avec les médecins afin de permettre une plus grande interdépendance entre l'organisation et les professionnels. Ils définissent une typologie de relations

---

professionnels/organisations (Begun et al., 1990; Luke, Begun, & Pointer, 1989) à partir des dimensions du couplage structurel (continuum faible à élevé) et du degré de l'intentionnalité stratégique (continuum faible à élevé). Alors que le couplage structurel réfère à l'étanchéité des frontières entre le monde des soins et le monde administratif, la relation est dite stratégique en termes des buts partagés par les professionnels et l'organisation et de l'intention poursuivie à réaliser ces buts (Mintzberg, 1987 dans Begun et al., 1990, p.121, 124; Luke et al., 1989).

À partir de ces dimensions, quatre (4) types ou combinaisons de relations professionnels/organisation émergent à savoir : 1. organisation conjointe (couplage structurel élevé et degré élevé d'intentionnalité); 2. "quasi firme" (couplage structurel faible et degré élevé d'intentionnalité) 3. organisation conjointe dite latente (couplage structurel élevé et degré faible d'intentionnalité); et 4. réseau (couplage structurel faible et degré faible d'intentionnalité).

Les auteurs sont d'avis que la "quasi firme" est la combinaison qui devrait augmenter étant donné les caractéristiques des hôpitaux. Cet arrangement structurel a la particularité de permettre une forte interdépendance entre l'organisation et les professionnels tout en préservant l'autonomie des professionnels. Une autre combinaison, l'organisation conjointe, pourrait se refléter par l'adoption du salariat pour les professionnels laquelle pourrait faciliter la participation des médecins à la gestion des structures tout en n'impliquant pas nécessairement une baisse de leur autonomie (Coombs, 1987, p. 393-394).

Bien que les structures hospitalières semblent évoluées vers des relations conjointes professionnels/organisations et de "quasi firmes" (Begun et al., 1990; Lawler & Bacharach, 1980, p. 158; Scott, 1982, p. 230), la démonstration d'une plus forte orientation des professionnels pour les contrôles bureaucratiques, en remplacement voire en complémentarité avec un contrôle classique de clan (Abernethy, 1996; Abernethy & Stoelwinder, 1990 p.20, 1991; Ezzamel & Willmott, 1993), reste à faire. Ces arrangements organisationnels se caractérisent par des relations de coopération plus fréquentes entre les groupes d'acteurs et par la reconnaissance de leur pluralité et de leur interdépendance.

---

Il en résulte un contexte pouvant favoriser l'organisation face aux interventions gouvernementales (Scott, 1982, p. 236) dont les interventions liées au respect de l'enveloppe budgétaire. En quelque sorte, nous pouvons avancer la possibilité d'une réconciliation des intérêts des professionnels et des exigences organisationnelles se reflétant dans l'utilisation de la gestion financière en tant que levier stratégique, utilisation pouvant être associée à des résultats plus intéressants pour l'organisation (ex. capacité de développement) (Champagne, Bilodeau, Denis, Pineault, & Sicotte, 1992).

#### *2.2.2.3.4 Gains d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gestionnaires*

En présence de changements dans l'environnement, particulièrement en situation de stress financier, les gardiens de ressources seraient à même de pouvoir augmenter leur sphère d'influence au sein de l'organisation (Colignon & Covaleski, 1988, p. 570; Hardy et al., 1984; Hopwood, 1974, p. 53). Une crise sert en quelque sorte de motif pour tenter d'augmenter le contrôle bureaucratique et l'influence managériale au sein de l'organisation (Armstrong, 1985; Colignon & Covaleski, 1988, p. 158).

Pour mener à bien les actions entreprises, les gestionnaires ont besoin de crédibilité envers leurs supérieurs (ex. conseil d'administration) et envers les intéressés de l'organisation (ex. professionnels, employés) (Simons, 1995, 1991a, p. 6). Ils peuvent utiliser les outils de contrôle, par exemple les pratiques budgétaires, pour consolider le contrôle bureaucratique et leur crédibilité. L'emploi des outils de contrôle peut contribuer non seulement à l'atteinte des buts de l'organisation et à l'évaluation de la performance, comme le veut la vision traditionnelle du contrôle de gestion, mais également à améliorer les connaissances sur l'organisation – c'est ce que Hopwood (1984, p. 181) assimile à une augmentation de la visibilité des activités –, à favoriser l'apprentissage, à communiquer et à monitorer les changements mis en place (Simons 1995, p. 151-152)

Tout dépendant des situations, les actions entreprises peuvent résulter en une augmentation ou en une érosion de crédibilité. En cas de gain, les gestionnaires

---

sont mieux à même d'influencer la prise de décisions dont celles reliées à la stratégie de l'organisation. Cela pourrait, par ailleurs, contribuer à consolider le contrôle bureaucratique et, de là, favoriser une plus forte convergence entre la gestion financière et la gestion de la stratégie.

Par exemple, Colignon et de Covaleski (1988) étudient les modifications aux pratiques internes de gestion financière d'une organisation avec le changement dans les conditions de l'environnement. Au sein de l'organisation étudiée, une entreprise divisionnalisée de haute technologie, le mode de contrôle dominant était non pas le mode bureaucratique mais la planification de la production. Durant la période antérieure à la crise, caractérisée par la présence d'une marge de manoeuvre (slack resources) et d'une bonne performance financière de l'organisation, le budget était décentralisé au niveau des divisions et les décisions d'allocation et d'approbation des ressources étaient relativement informelles. De plus, les pratiques budgétaires s'inscrivaient dans un contrôle lâche à savoir le budget n'était pas un outil rigoureux et formalisé de l'organisation (Colignon & Covaleski, 1988, p. 563).

Cependant avec la crise, conséquente à une plus forte concentration dans l'industrie et une baisse des profits de l'organisation, le centre (corporate) cherche à modifier les pratiques budgétaires en implantant un nouveau système comptable et en modifiant les responsabilités budgétaires des divisions. Les pratiques budgétaires contribuent à un changement dans la structuration des relations et des responsabilités entre le centre (gardiens des ressources), appuyé du conseil d'administration, et les divisions (consommateurs de ressources).

L'organisation entreprend à la fois un mouvement de décentralisation et un mouvement de centralisation. Par exemple, les décisions pour les dépenses en capital, qui relevaient auparavant des divisions, sont ramenées au centre alors que les divisions deviennent responsables du suivi et du contrôle du budget des opérations de leur division (Colignon & Covaleski, 1988, p. 569). La mise en place d'un nouveau système comptable basé sur les coûts permet également un monitoring plus facile de la performance des divisions.



---

Cette transformation des pratiques budgétaires internes – lesquelles ne sont jamais neutres et où l'on tente de reconstruire la réalité sociale (par exemple: Boland & Pondy, 1983; Robert & Scapens, 1985; Rouillard, 1997) – est assimilable à un processus d'ajustement mutuel entre le centre et les divisions. En effet, les pratiques budgétaires proviennent de l'émergence de la résistance et de la négociation, d'où le processus d'ajustement mutuel. Bien que le centre ait eu à modifier l'implantation prévue initialement, Colignon et Covaleski (1988) notent des gains pour la sphère administrative du centre puisque l'alignement des comportements attendus des divisions s'oriente avec celui recherché par rapport au contexte économique perçu par les gardiens des ressources.

À la limite, les gardiens des ressources se retrouvent en position pour se négocier des marges de manoeuvre avec les consommateurs de ressources. C'est ce que Lukka (1988) appelle le "upward-bias", en opposition à la marge de manoeuvre que tente de négocier les consommateurs de ressources. Ce biais consiste en une surestimation délibérée et demandée par les gardiens des ressources de la performance budgétaire des consommateurs de ressources.

Cette hausse d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gardiens des ressources n'est cependant pas le résultat issu d'une étude de cas de Ezzamel (1994). Une crise financière sévère, une coupure représentant 15% des revenus sur trois (3) ans, affecte une université de Grande-Bretagne. Le centre propose une allocation non uniforme des coupures entre les différents départements. Celles-ci varient de 8,5 à 36% en fonction d'une priorisation par programmes, les départements moins touchés étant les sciences et l'ingénierie. Il y a une forte opposition à la stratégie budgétaire de l'Université provenant de membres du corps professoral lequel dépose une contre-proposition de coupures.

Ce groupe d'opposants est en mesure de s'opposer à l'allocation des coupures proposées en "contrôlant" aussi bien sinon mieux que le centre deux (2) discours : le discours académique et le discours comptable. D'une part, il y a une distribution asymétrique de la connaissance académique et des valeurs qui y sont associées. Les opposants parviennent à rejeter le fondement de la priorisation par programmes en alléguant, entre autres, la contribution de chaque discipline

---

académique au portfolio universitaire. D'autre part, des professeurs des départements des sciences administratives, faisant partie des opposants, sont en mesure de critiquer la proposition de l'Université sur la base du discours et des arguments comptables.

Avec la résistance et la mobilisation efficace des membres opposés au changement, que l'auteur explicite en faisant référence aux différentes étapes du processus de translation de Latour (1987 voir Ezzamel, 1994), à savoir la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement et la mobilisation, l'Université recule et dépose une autre proposition faisant varier les coupures entre 9 et 13%. Les gardiens des ressources échouent alors à faire adopter un mode d'allocation des coupures en fonction d'une priorisation des programmes.

L'analyse de Ezzamel (1994) montre que le centre, les gardiens des ressources, a échoué à modifier les pratiques budgétaires internes et à implanter les réallocations de ressources proposées. Ainsi l'efficacité des pratiques budgétaires que l'on veut implanter et les gains d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gardiens des ressources pouvant y être associées sont possiblement modulés par les différences organisationnelles (Ezzamel, 1994, p. 235).

La coexistence de plusieurs modes de contrôle au sein d'une organisation laisse présager que ces gains d'influence pour les gardiens des ressources s'inscrivent probablement dans un mouvement de collaboration, alors que la littérature classique soulève davantage le mode de compétition (Armstrong, 1985, p. 133), entre différentes professions et le mode de contrôle que chacune valorise. Ainsi, au sein des bureaucraties professionnelles, ces gains pour les gardiens pourraient être fonction de gains pour les unités centrales de l'organisation, c'est-à-dire celles contribuant davantage à la réalisation de la mission de l'organisation (Covaleski et al., 1993; Hackman, 1985).

Par exemple, l'impantation d'un système de paiement pour les hôpitaux basé sur les DRG peut amener, en théorie du moins, une redistribution du pouvoir des professionnels vers les gestionnaires (Covaleski et al., 1993). Le système DRG consiste en la classification des séjours hospitaliers de patients en groupes

---

homogènes contenant des pathologies de même nature et des traitements équivalents en termes de coûts et de durée de séjour (DesRochers, 1986, 1987; MSSS, 1994b). Les morbidités associées à un même DRG sont des catégories de diagnostics iso-ressources (DesRochers, 1986).

Les caractéristiques d'un système de DRG, particulièrement son apparence de neutralité et d'objectivité, en font un outil potentiellement puissant pour l'allocation des ressources au sein d'un hôpital. Un des gains pour les gestionnaires est le gain en information : il y a une augmentation de la visibilité des activités (Covaleski et al., 1993; Hopwood 1984, 1980; Malmi, 1997, p. 77). Ce système améliorerait la qualité des informations et contribuerait à de meilleures comparaisons entre les professionnels et les départements et, conséquemment, à une imputabilité plus rigoureuse du budget. L'introduction d'un tel système pourrait également favoriser une délégation accrue des pratiques budgétaires, les DRG concourant à une plus forte autorégulation des départements ou unités (Covaleski et al., 1993, p. 72).

Cependant la redistribution du pouvoir des médecins aux gestionnaires dépendrait, en partie du moins, de la protection voire de la promotion des unités centrales, d'une part, au sein même de l'organisation et, d'autre part, vis-à-vis l'environnement externe (Covaleski et al., 1993, p. 73-75; Hackman, 1985). Ainsi, ces unités se verraient octroyer une proportion plus élevée des ressources à l'interne et "idéalement" il y aurait une augmentation de ressources provenant de l'externe afin de traiter des patients "centraux".

La mise en place de tels systèmes résulte en une utilisation des informations budgétaires à des fins rationnelle et politique au sein de l'organisation et vis-à-vis l'environnement externe. Ainsi les DRG contribuent à une plus grande rationalité pour l'allocation des ressources, le suivi et contrôle budgétaire de l'organisation; en effet, ce système a la particularité d'inclure des fondements des approches épidémiologiques et de gestion scientifique des organisations. L'hôpital est également cohérent avec les règles institutionnelles provenant de l'environnement externe. Par ailleurs, le processus d'institutionnalisation des DRG semble être

---

politique : on peut utiliser les DRG pour protéger et générer des ressources pour l'hôpital.

Ainsi l'emploi d'un système basé sur les DRG est à la fois une solution technologique rationnelle et un moyen d'échange politique pouvant permettre simultanément aux gestionnaires de jouer leur rôle de trésoriers, c'est-à-dire à l'interne pour faciliter l'allocation des ressources (rôle de gardien de ressources) et à l'externe pour tenter d'obtenir des ressources (rôle de consommateur de ressources) (Covaleski et al., 1993, p. 75-76).

En conclusion, l'évolution de la dynamique financière-stratégique des organisations peut nécessiter un changement de paradigme décisionnel ou encore des changements importants de pratiques. Ce changement de paradigme est un processus lent faisant possiblement suite à une transformation de l'environnement. Cette transformation de l'organisation pourrait se refléter dans l'adoption d'un couplage professionnels/organisations plus serré, incluant l'utilisation de la gestion financière en tant que levier stratégique pour l'organisation. Cette transformation pourrait également, dans certains cas, favoriser l'obtention de gains d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gestionnaires. Mais étant donné l'ambiguïté et la multiplicité des rôles, particulièrement au sein des bureaucraties professionnelles, l'obtention de ces gains est complexe.

Dans un environnement moins abondant, ces gains passent à la fois par plus grande place faite au contrôle bureaucratique dans l'organisation et, de là, possiblement par une modification des responsabilités budgétaires – est-il alors possible que les médecins, à la fois gardiens et consommateurs de ressources, considèrent davantage l'opportunité d'être gardiens? – mais également par le maintien voire par une plus forte promotion de la centralité de certaines activités de l'organisation. Dans certaines conditions – un troc d'une plus grande rationalité au sein de l'organisation sous contrainte de gains de l'externe – cela pourrait favoriser une plus grande convergence entre la gestion financière et la gestion de la stratégie.

---

### 2.3 L'exemple québécois

Cette section présente quelques enjeux liés aux pratiques financières et budgétaires des hôpitaux québécois. Ces enjeux, similaires à ceux explicités antérieurement, regroupent le mode d'allocation des ressources, le modèle simplifié des relations entre les acteurs et l'obtention de ressources. Au Québec, les hôpitaux sont fortement dépendants des autorités pour l'obtention de ressources particulièrement pour les activités de soins et, dans une moindre mesure, pour les immobilisations quoique l'approbation des autorités demeure généralement nécessaire à l'acquisition de celles-ci.

Cette section s'inspire en partie d'une étude menée lors des travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESS, 1988) par Bégin, Labelle et Bouchard (1987; voir aussi Bégin, 1991). Cette étude présente l'influence de l'environnement sur les processus budgétaires ainsi que des enseignements sur les pratiques financières au sein d'hôpitaux. Cette étude, qui date d'une dizaine d'années, ne comprend cependant pas d'étude de cas de processus budgétaires.

#### *2.3.1 Quelques enjeux liés aux pratiques financières et budgétaires des hôpitaux*

Les hôpitaux occupent une place centrale sur l'échiquier des établissements de santé au Québec (Anctil, 1996). En effet, les services offerts dans ces organisations ont été les premiers à être accessibles à la population, sans contribution financière au moment de l'utilisation, lors de l'adhésion du Québec à la loi fédérale de l'assurance-hospitalisation en 1960-61 (Tilquin & Vanderstraeten, 1987). L'hôpital est non seulement une organisation de dispensation de soins, mais aussi, dans la société québécoise du moins, une institution sociale importante et un agent économique indéniable (Anctil, 1996).

Les hôpitaux consomment une portion significative des dépenses publiques du secteur de la santé et des services sociaux au Québec. Ainsi, les crédits du gouvernement québécois affectés aux hôpitaux pour 1996-1997 se chiffrent à 5,55 milliards de dollars; cela correspond à 43,0% des crédits du secteur de la santé et des services sociaux et à 56,0% en excluant le budget alloué à la Régie de

---

l'assurance-maladie du Québec (MSSS, 1997a). Enfin, l'ensemble des dépenses du secteur représentent environ le tiers des dépenses budgétaires du Québec (Rhéault, 1994).

L'hôpital, à l'instar d'autres organisations, dépend des ressources de son environnement pour atteindre ses buts et assurer sa survie. Dans un contexte de financement public des activités, l'hôpital a à se conformer adéquatement aux règles et normes des autorités centrales. Ces règles et normes sont les exigences assimilables à l'environnement institutionnel (Alexander & d'Aunno, 1990; Scott, 1987). Dans un secteur pour lequel l'efficacité des services est difficilement quantifiable, comme c'est le cas pour la santé, ces règles et normes s'appliquent davantage aux structures et aux processus organisationnels qu'aux effets des services (Scott, 1987).

Ainsi au Québec, les hôpitaux sont responsables de la saine gestion des sommes qui leur sont allouées. D'ailleurs, l'article 284 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2 1995) mentionne l'obligation de l'équilibre entre les revenus et les dépenses. Suite à la réception de leur budget et si les prévisions budgétaires de l'hôpital ne permettent pas l'atteinte de l'équilibre budgétaire, l'hôpital doit, conformément à la réglementation en vigueur (Lefebvre, 1989, p. 4), transmettre un plan d'équilibre budgétaire dans un délai de 60 jours aux autorités (L.R.Q., chapitre S-4.2 1995, article 286).

### ***2.3.1.1 L'environnement et les hôpitaux***

Le système de soins québécois suit une dynamique duale puisqu'il est, d'une part, centralisé pour l'allocation des ressources et, d'autre part, décentralisé au niveau des établissements pour les dépenses (Bégin et al., 1987). La centralisation de la gestion du financement du système est justifiée par le contrôle nécessaire sur les dépenses et l'évolution de celles-ci (Bégin & Brunelle, 1991). Il en résulte néanmoins une difficile articulation entre la centralisation du financement et la décentralisation des activités (Bélanger, 1994). Pour les autorités centrales, le gardien des ressources, un enjeu significatif consiste à instaurer des stratégies favorisant la délégation de certains pouvoirs aux autres paliers de la hiérarchie du

---

système, les consommateurs de ressources tels les hôpitaux, sans mettre en péril les objectifs du système de soins.

Dans une optique de la gestion de la stratégie au niveau du système de soins, la gestion financière pourrait idéalement permettre l'atteinte de deux (2) objectifs fondamentaux. D'une part, et c'est la raison d'être du système de soins, le premier objectif réside dans la dispensation de services de qualité accessibles à la population. D'autre part, le second objectif consiste, dans un souci d'efficacité, à rendre accessibles ces services au moindre coût possible. Cependant, la structuration budgétaire adoptée dans le réseau de la santé québécois semble produire un certain découplage entre le processus budgétaire et les activités voulues par les autorités gouvernementales.

L'atteinte de ces objectifs est peu probable dans le cadre du mode de budgétisation des établissements du budget global. En effet alors que le discours véhiculé, depuis la réforme Castonguay-Nepveu, valorise l'émergence d'un réseau socio-sanitaire où les différentes organisations se concertent pour répondre à des objectifs dépassant les objectifs immédiats d'une seule organisation (CESS, 1988; MSSS, 1993a), le budget global est déterminé selon une méthode historique, basé sur les ressources et selon une structuration par catégorie d'établissements (ex. centres hospitaliers, CLSC).

Selon Bégin et collaborateurs (1987, p. 101-102), cela a eu une conséquence d'asseoir le cloisonnement institutionnel et la compétition pour les ressources. La planification des activités par les autorités, du moins jusqu'à l'avènement d'une plus grande décentralisation administrative des fonctions budgétaires et d'organisation des services aux régions au début des années 1990, s'est effectuée, toujours selon Bégin et collaborateurs (1987), en grande partie à la marge lors de l'octroi de budgets prioritaires et de budgets de développement aux établissements.

Toujours à l'époque de l'étude de Bégin et collaborateurs (1987, p. 104-112), les systèmes d'information socio-sanitaires contribuent peu à la régulation efficace du réseau de la santé. Par exemple, ils ne permettent pas d'évaluer adéquatement

---

les performances réelles des professionnels, des établissements et des régions. Cela a contribué à figer le caractère incrémental des processus budgétaires. Le manuel de gestion financière du Ministère (MSSS, 1991a) décrit le processus incrémentaliste de la budgétisation : le budget de l'hôpital étant la reconduction du budget indexé de l'année précédente (Bégin et al., 1987; DesRochers, 1987; Lefebvre, 1989; Tilquin & Vanderstraeten, 1987). Le système de comptabilité est un système de prix de revient conçu par centre d'activités et non pas en fonction du coût réel des pathologies médicales et sociales traitées. Il est, de plus, difficile de relier les informations cliniques et les informations comptables.

Ce diagnostic de la relativement faible contribution des systèmes d'information à la régulation efficiente du réseau tient toujours, à quelque bémols près, aujourd'hui. Par exemple, les systèmes d'information actuels fournissent peu d'informations sur l'utilisation des ressources affectées à un patient donné (Lemay, 1997, p. 52). Des auteurs (Angus, Cloutier, & Albert, 1995, p. 7; Lemay, 1997, p. 45) recommandent d'ailleurs la mise sur pied de systèmes intégrés d'information de gestion couvrant les aspects administratifs, financiers, cliniques et épidémiologiques.

Quant aux établissements et aux professionnels qui oeuvrent dans le système, si la loi leur accorde peu de pouvoir sur l'allocation des budgets, ils en ont beaucoup sur le contrôle des dépenses grâce à leur pouvoir sur les moyens de production (Bégin, 1989; Bégin et al., 1987). Ainsi ce sont les hôpitaux et non les autorités qui contrôlent une zone d'incertitude puissante, celle provenant de leur mission et qui consiste à répondre adéquatement à la demande de soins de la population. Les organisations peuvent ainsi récupérer les pouvoirs détenus par les professionnels et s'en servir pour justifier leurs demandes et leurs actions.

D'ailleurs, l'un des arguments pour justifier l'occurrence de déficits soulevé dans l'étude de Bégin et collaborateurs (1987, p. 91; voir aussi le Comité interministériel sur les causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers, 1985) est le pouvoir des professionnels. Ainsi les gestionnaires interrogés à l'époque se disent sans contrôle sur l'activité professionnelle et sur les décisions coûteuses qu'elle encourt, ni sur les effectifs médicaux eux-mêmes, ni sur la



---

mission spécialisée de l'établissement celle-ci étant à la merci des spécialités médicales.

Les hôpitaux ne sont pas démunis face aux décisions des autorités centrales et leurs réponses face aux pressions des processus institutionnels varient de la conformité passive à la manipulation proactive (Oliver, 1991). Ainsi les hôpitaux tentaient au moment de l'enquête de Bégin et collaborateurs (1987) – et ils tentent encore – de s'adapter aux règles budgétaires et aux décisions des autorités centrales, par exemple en légitimant le besoin de ressources, en remettant en question la validité des méthodes d'allocation de ressources dont celles incluant des indicateurs de performance, et en demandant de faire éponger leur déficit d'opération.

D'autres critiques faites aux autorités ont porté, et portent encore aujourd'hui, sur les modalités entourant le processus budgétaire; en fait les critiques peuvent porter sur plusieurs processus. Ces processus sont complexes et plusieurs exercices financiers sont analysés, gérés ou encore planifiés simultanément. Bégin et collaborateurs (1987) rapportent la gestion simultanée d'au moins trois (3) exercices : l'exercice antérieur (au temps  $t-1$ ) faisant l'objet de corrections et/ou d'éléments de discussions, l'exercice de l'année courante (au temps  $t$ ) et l'exercice à planifier (au temps  $t+1$ ). Par exemple, les hôpitaux et les autorités s'échangent de la correspondance sur l'interprétation de certaines règles. Ainsi les autorités peuvent vouloir récupérer une partie du surplus (au temps  $t-1$ ) d'un hôpital en alléguant une baisse de la productivité, baisse de productivité calculée inadéquatement selon l'hôpital. Il arrive également qu'un hôpital et les autorités divergent d'opinion sur le niveau réel du déficit accumulé de l'établissement voire sur les façons de le rembourser.

Les hôpitaux, ou encore l'association les représentant, vont critiquer la non réception de leur budget en début d'année financière (au temps  $t$ ) invoquant que la planification budgétaire devient alors très relative (Bégin et al., 1987, p. 88). D'autres critiques portent sur l'allocation de contraintes budgétaires en cours d'année; l'atteinte de l'équilibre budgétaire est alors plus difficile puisque l'hôpital bénéficie de peu de temps pour y faire face. Cette liste de critiques peut s'allonger

---

et incluent, entre autres, la modification aux indexations consenties, aux règles de remboursement pour certaines dépenses, etc.

L'obtention de ressources additionnelles est un enjeu crucial pour les hôpitaux. Bégin et collaborateurs (1987) notent deux (2) sources principales de revenus : les budgets de développement et l'épongement des déficits. À l'époque, la tactique la plus efficace consistait à faire des déficits (Bégin et al., 1987; Tilquin & Vanderstraeten, 1987; Villeneuve 1985, 1986). Les hôpitaux ont ainsi expérimenté à deux reprises, en 1983 et 1986, le remboursement de leur déficit collectif accumulé. Ces remboursements coïncideraient avec les échéances électorales du gouvernement québécois (Bégin, 1989, 1991). En plus d'augmenter les revenus, la tactique du déficit permettait un arbitrage plus facile entre l'offre et la demande au sein de l'hôpital. Cependant l'effet pervers de la tactique des déficits d'opération a été le peu d'incitation à la saine gestion interne pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire. À la limite, les hôpitaux étaient pénalisés s'ils rencontraient l'objectif de l'équilibre budgétaire.

Au moment de l'étude de Bégin et collaborateurs (1987), il y avait deux (2) types de budgets de développement. D'une part, le développement prioritaire comprenait des problématiques jugées suffisamment prioritaires par les autorités pour y injecter des budgets, tel le désengorgement des urgences. D'autre part, le développement autorisé correspondait à l'augmentation de la capacité de production, devant nécessairement être financée à même le budget de l'hôpital, à la suite de travaux d'immobilisation autorisés que ces immobilisations soient ou non financées par les fonds publics.

Puisque chaque établissement déposait ses projets de développement au Conseil régional, chaque hôpital estimait faible la probabilité de voir un de ses projet retenu parmi les quelques 500 projets déposés au Conseil régional (Bégin et al., 1987, p. 90). La gestion opportuniste des dossiers qu'on faisait avancer, via la filière politique si possible, était une tactique jugée plus efficace par les hôpitaux à l'époque. L'hôpital devait cependant faire un savant dosage des filières formelle (ex. Conseil régional) et informelle voire politique (ex. le député du comté); il

---

fallait entre autres éviter de ne pas trop court-circuiter les fonctionnaires et le Conseil régional (Bégin et al., 1987, p. 84).

Depuis l'étude de Bégin et collaborateurs (1987), l'environnement des hôpitaux semble s'être transformé, particulièrement suite à la période de réflexion amenée par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESS, 1988). Par exemple, Demers, Dumas et Bégin (1999, p. 216) font débiter en 1992 ce qu'ils appellent "la gestion sous l'actuelle réforme". L'environnement institutionnel connaît, entre autres, une réforme administrative et législative, traverse une période d'austérité budgétaire et semble produire davantage de normes et de règles dont les objectifs contenus dans la Politique de santé et de bien-être (MSSS, 1992). On note des changements dans les responsabilités budgétaires et d'organisation des services, le principal étant l'avènement d'une plus grande décentralisation administrative aux régions au début des années 1990; les Conseils régionaux, organismes de consultation, sont remplacées par des Régies régionales, organismes de gestion.

La nouvelle division des rôles budgétaire et financier évolue vers un partage à trois (3) niveaux hiérarchiques (Côté, 1995). Tout d'abord au niveau du Ministère, les responsabilités touchent aux aspects du financement, de l'orientation et de l'allocation des budgets entre les Régies régionales. Les responsabilités des Régies concernent la réalisation de mandats d'organisation, d'allocation entre les hôpitaux (depuis 1994-95) et de respect budgétaire de la région (ex. : les plans de redressement et de remboursement des déficits accumulés des établissements). Finalement les mandats de dispensation de services sous contrainte du respect de l'enveloppe budgétaire relèvent des établissements (Côté, 1995; MSSS, 1993a).

Ainsi la gestion opportuniste des hôpitaux, décrite par Bégin et collaborateurs (1987), a sûrement connu des modifications. Par exemple, l'allocation du budget et une grande partie des budgets de développement des hôpitaux ne relèvent plus du Ministère mais des Régies régionales. Pour un hôpital, le recours direct à la filière informelle et/ou politique est probablement moins disponible, particulièrement depuis l'implantation de plans régionaux d'organisation de services. Ainsi le développement stratégique de chaque hôpital doit s'articuler plus

---

qu'auparavant à la vision d'organisation des services de sa région. Par ailleurs, il semble y avoir un déplacement de certains enjeux budgétaires, dont celui du niveau d'allocation des ressources et des compressions, du niveau des établissements au niveau régional.

Pour l'allocation des compressions entre les régions, l'une des préoccupations des autorités consiste à réduire les écarts entre les régions du point de vue de l'accès aux services, de la disponibilité des ressources et ultimement de la santé et du bien-être (Pampalon, Saucier, Berthiaume, Ferland, Couture, Caris, Fortin, Lacroix, & Kirouac, 1995). Cette volonté s'inscrit dans le discours d'équité interrégionale, une valeur centrale à l'instauration de systèmes de soins (Angus et al., 1995). Ainsi pour allouer des compressions entre les régions, la méthode utilisée se fonde sur le "per capita corrigé" depuis 1994-95 (Lemay, 1997, p. 6). Cette méthode établit un ratio entre les ressources et la population de chaque région, ratio adapté aux différences régionales dans les coûts de production des services et aux besoins de la population pour différents programmes. Une région en surplus de ressources reçoit des contraintes supérieures à son niveau d'allocation de ressources. C'est le cas de la région de Montréal-Centre.

L'environnement institutionnel est également moins abondant; le vocable de crise des finances publiques étant en vigueur depuis le dépôt du document "Un financement équitable à la mesure de nos moyens" (MSSS, 1991b). L'environnement institutionnel semble également avoir augmenté sa production de normes, par exemple avec l'adoption de la Politique de santé et de bien-être (MSSS, 1992) et la création du Groupe tactique d'intervention des urgences (GTI) en 1990. Alors que la Politique de santé et de bien-être manifeste de la volonté d'aligner le système de soins sur des objectifs de santé, le GTI peut être mandaté par le Ministre de la Santé pour faire des recommandations de sanctions pour les hôpitaux ne parvenant pas à résoudre leurs problèmes à l'urgence telle la retenue de budget de développement, de réaménagement et d'immobilisations (GTI, 1992).

L'automne 1993 marque l'arrivée de compressions budgétaires significatives bien que les hôpitaux expérimentent une certaine décroissance (ex. indexation partielle

---

des fournitures) depuis 1990. Le Ministère (MSSS, 1993a) propose alors le Défi qualité performance (DQP). Ce défi comprend la consolidation de la Réforme axée sur le citoyen (MSSS, 1990) et de la Politique de santé et de bien-être (MSSS, 1992). Le réseau est interpellé, d'une part, à modifier les façons de faire tant cliniques qu'administratives et organisationnelles (ex. virage ambulatoire, révision des missions, fusions, fermetures d'établissements) et, d'autre part, à contribuer au redressement des finances publiques (Bélanger, 1994). Au départ, le DQP comprend une commande budgétaire triennale de 750M\$ débutant en 1994-95. Turgeon et Sabourin (1996) estiment cependant les compressions budgétaires à 1,4 milliard de dollars pour la période 1995-98. Selon l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ, 1998), les établissements à vocation hospitalière ont absorbé environ 80% de l'ensemble des compressions.

Cette situation de pression de la part de l'environnement institutionnel sur les ressources des hôpitaux constitue un changement radical par rapport à la situation des dix années précédentes où le taux d'augmentation des dépenses était en moyenne équivalant à l'indice des prix à la consommation plus trois (3) points de pourcentage (Turgeon & Sabourin, 1996, p. 199). Une partie des compressions budgétaires vont s'inscrire à l'intérieur de plans régionaux d'organisation des services (PROS). Chaque Régie régionale a à produire un PROS en y incluant ses priorités régionales.

L'une des lignes directrices de ces PROS est sans contredit le "virage ambulatoire" lequel se traduit par la volonté de réduire le nombre de lits de courte durée et la durée de séjour en hôpital ainsi que d'augmenter le recours à des interventions dites de court séjour. Ce virage, également appelé réforme ou transformation, a également d'autres facettes tels la fermeture et le changement de vocation d'hôpitaux – le plus souvent le passage de la vocation de courte durée vers la longue durée – et le transfert d'une partie des ressources des hôpitaux, lors de l'allocation des crédits régionaux, vers des établissements de première ligne, principalement les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Les hôpitaux ont cependant accès à des sommes, incluses dans ce qui est appelé à Montréal un "Fonds d'équilibre régional", associées à l'accès de certains services ultraspecialisés (ex. cardiologie tertiaire et transplantations d'organes).

---

Suite à une vague de contraintes et de compressions budgétaires significatives jumelée à une réforme du système de soins, il y a une détérioration rapide de la situation financière des hôpitaux. Et alors que jusqu'en 1990-91, la situation financière collective des établissements membres de l'AHQ affiche un surplus, à partir de 1991-92 c'est la situation inverse qui prévaut. Les déficits accumulés des membres de l'AHQ sont passés de près de 137 millions de \$ en 1996-97 à 580 millions de \$ pour 1998-99, selon des prévisions établies à l'automne 1998 (AHQ, 1998, 1997).

Enfin bien que la pratique de remboursement des déficits des hôpitaux ait pris fin pendant presque 15 ans, le dernier remboursement des déficits accumulés datant de 1986, le discours de la Ministre de la Santé (MSSS, 1999), suite à la divulgation d'un budget équilibré pour le gouvernement du Québec à l'hiver 1999, annonce le remboursement de la dette accumulée du réseau de la santé ainsi que les conditions liées au versement des 700 millions de \$ prévus. Préalablement à l'obtention d'une partie du remboursement de leur dette – laquelle peut provenir d'avant la période de transformation débutant en 1995-96 –, les établissements devront élaborer et faire approuver un plan d'équilibre budgétaire. Ce plan devra prévoir le retour à un budget équilibré sur un maximum de trois (3) ans. Par ailleurs, les versements subséquents seront effectués en fonction des résultats effectifs des établissements dans l'atteinte de leur équilibre budgétaire tout en faisant l'objet d'une entente de gestion entre le Ministère, la Régie régionale et l'établissement.

Ce remboursement de la dette ne s'accompagne pas d'une révision des bases budgétaires des hôpitaux bien que certains coûts reliés aux facteurs de croissance interne (ex. coût de système salarial) soient pris en charge par les autorités. Ce discours semble annoncé la fin des compressions mais pas nécessairement celle des difficultés financières des hôpitaux du Québec lesquels se relèvent difficilement de l'absorption de 80% des efforts budgétaires demandés au réseau de la santé depuis quelques années (AHQ, 1998). Par exemple, un article provenant d'un quotidien (Gagnon, 1999) rapporte que près du tiers des hôpitaux québécois prévoyaient réaliser, en janvier 1999, un déficit pour l'exercice budgétaire 1998-99.

---

### *2.3.1.2 Au sein de l'organisation*

Lors de l'étude de Bégin, Labelle et Bouchard (1987), le mode d'allocation incrémental dominait, d'une part, pour l'allocation des ressources des autorités vers les établissements et, d'autre part, au sein des hôpitaux. Au niveau des hôpitaux, les gestionnaires, c'est-à-dire les gardiens des ressources et les trésoriers, étaient responsables – ils le sont toujours – des règles d'allocation budgétaires bien qu'ils avaient peu de prérogatives sur les dépenses, celles-ci relevant davantage des activités de soins des consommateurs de ressources (Wildavsky, 1975, p. 223).

L'allocation des ressources pour de nouvelles priorités ne s'effectuait généralement qu'à la marge pour la plupart des hôpitaux malgré la présence de démarche plus ou moins systématique de planification. Il semble que la planification stratégique était peu utilisée, à l'époque du moins, puisqu'elle était perçue comme un outil utile pour la planification du développement (Bégin et al., 1987, p. 100). Bégin et collaborateurs (1987) limitent, au moment de leur enquête, la contribution de la planification des activités à l'indexation consentie et à l'obtention de budget de développement et ce, bien que le budget global permette – en théorie du moins – une flexibilité budgétaire au sein de l'organisation. Il s'ensuit un couplage lâche entre les processus budgétaires et la planification des activités.

De plus, les hôpitaux pouvaient adopter face au budget soit une attitude proactive soit une attitude réactive, la première étant caractérisée par la préparation d'un plan budgétaire antérieurement à la réception du budget alloué par le Ministère (Bégin et al., 1987). L'attitude réactive serait associée à la volonté d'éviter de créer des attentes difficiles à satisfaire par la suite (Bégin et al., 1987, p. 56-58). Cette attitude réactive contrevient cependant à l'esprit de planification associé au processus budgétaire, par exemple, à la définition du budget correspondant à un plan (Dao, 1995; Wildvasky, 1964). Ainsi lorsque l'hôpital ne reçoit pas le budget des autorités en début d'année financière, comme cela arrive quelques fois, il lui reste moins de temps pour réajuster son tir en cas de besoin; l'atteinte de l'équilibre budgétaire est alors plus problématique. Mais cette attitude réactive est

---

peut-être le reflet des enjeux politiques de la budgétisation à l'interne, tel que le soulève cette citation :

(...) Mais le jeu politique de l'établissement sur l'échiquier du système de soins est souvent le résultat du jeu politique interne, celui qui se déroule entre les intervenants au sein des établissements. (...) (Bégin et al., 1987, p. 144)

Bégin et collaborateurs (1987, p. 54) ont noté des différences au niveau des processus financiers et budgétaires des établissements, en fonction de variables telles le niveau de centralisation, celui de la participation, du style de gestion, de la culture organisationnelle et de la tradition. Dans certains cas, la petite taille de l'hôpital et la rareté des ressources de gestion en découlant réduisaient la participation à ces processus au minimum. La gestion budgétaire était alors assurée centralement par le directeur général et le directeur des finances et se limitait à répondre aux exigences du Ministère (Bégin et al., 1987, p. 55).

La décentralisation a été associée à la participation des différents groupes de l'établissement aux trois (3) étapes du processus budgétaire, à savoir la planification, l'allocation des ressources et le suivi et contrôle (Bégin et al., 1987, p. 56). Alors que certains ne faisaient que participer au processus, d'autres étaient parties prenantes et décidaient de l'allocation des ressources de leur unité. L'inefficacité relative des systèmes d'information à évaluer adéquatement la performance au niveau du système de soins se répercutait au niveau des unités des établissements. Cela n'allait pas sans causer de difficulté pour les gardiens et les trésoriers au sein des hôpitaux. L'étude de Bégin et collaborateurs (1987) a également soulevé la notion de la rétroaction, des unités vers le centre, bien qu'elle soit plutôt muette sur celle de l'imputabilité, l'imputabilité pouvant se traduire par la responsabilité pour une unité de renflouer son déficit en cas de non respect du budget alloué.

Au sein de l'hôpital, c'était les médecins – et ce sont toujours eux – qui contrôlaient la zone d'incertitude puissante, celle de la relation avec la clientèle. Cependant sur le plan budgétaire, cette situation était problématique puisque ceux-ci jugeaient les services en fonction de leur efficacité plus que de leurs coûts. S'ajoutait à la complexité du processus budgétaire, la présence d'un autre mode de



---

rémunération pour les professionnels distinct de celui des hôpitaux. Bien que la gestion médico-administrative était vue au moment de l'étude comme une solution pour augmenter l'efficacité des hôpitaux (Bégin et al., 1987, p. 146-147), encore faut-il trouver les façons optimales d'actualiser celle-ci.

Bégin et collaborateurs (1987, p. 147) rapportent, de leurs entrevues avec des acteurs, le souci d'associer des responsabilités budgétaires et administratives à certains professionnels. Cela peut se traduire par la responsabilité d'une partie de la gestion du budget aux chefs de département et de services médicaux, lesquels étaient et sont souvent choisis par leurs pairs. Tel que spécifié auparavant cela revient à considérer, lors du design de la relation de coopération entre les acteurs, l'octroi d'un double rôle de gardiens et de consommateurs de ressources. Cependant, ces médecins se retrouvent dans la position délicate de devoir faire des arbitrages entre les priorités médicales et les priorités administratives.

L'absence d'étude plus récente, que celle de Bégin, Bouchard et Labelle (1987), nous empêche d'apprécier l'évolution des pratiques financières et stratégiques d'hôpitaux. Notre projet de thèse s'inscrit cependant dans la compréhension des relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques, ainsi que l'évolution de ces pratiques. Suite à la présentation d'écrits jugés significatifs à la compréhension de la gestion financière et des pratiques stratégiques et qui a inclu la description de fonctions de gestion classique, des repères sur les pratiques financières des organisations ainsi que ce qui a été appelé "l'exemple québécois", nous concluons cette section par la présentation du cadre conceptuel adopté pour cette recherche.

#### **2.4 Cadre conceptuel**

Cette dernière section de l'état des connaissances comprend la présentation du cadre conceptuel adopté pour ce projet. Le cadre conceptuel s'inspire de l'approche contextualiste de Pettigrew (1985, 1990, p. 268, 1992; Pettigrew et al., 1989); il relie les contenus, les contextes, interne et externe à l'organisation, et les processus des dynamiques financières-stratégiques aux résultats de ces dynamiques. Au préalable, quelques conclusions tirées de l'état des connaissances sont présentées.

---

#### *2.4.1 Conclusions de l'état des connaissances*

L'expression "dynamique financière-stratégique" est employée puisqu'il est difficile d'avancer un couplage serré entre la planification des activités et la budgétisation au sein des organisations. La possibilité d'un couplage lâche s'applique particulièrement au sein des hôpitaux où coexistent le contrôle bureaucratique, associé au monde administratif, et le contrôle de clan, associé aux professionnels. La dynamique financière-stratégique se définit comme la relation entre la gestion financière et la stratégie d'un hôpital. Cette relation – ou encore dialogue, influence ou articulation – peut se refléter dans l'utilisation de la gestion financière à des fins de réalisation de la mission de l'hôpital.

En ce qui a trait aux repères théoriques des pratiques financières des organisations, deux (2) visions sur ces pratiques semblent coexister : d'une part, une vision traditionnelle suggérant que les pratiques financières doivent refléter et promouvoir la rationalité de la prise de décision et des opérations internes de l'organisation, et d'autre part, une vision émergente, auquel on a associé des perspectives politique, institutionnelle et de "garbage can", révélant que les pratiques sont des phénomènes socialement construits.

Il s'ensuit, par exemple, que les informations financières peuvent être utilisées à plusieurs fins : "idéalement" pour contribuer à la performance organisationnelle mais aussi pour contraindre ou pour influencer dans un contexte politique, pour faciliter l'exercice du jugement, pour légitimer ce qui a été tout comme ce qui pourrait être. De même le contenu et le processus de formation de la stratégie vont varier selon les contextes organisationnels.

La gestion de la dynamique financière-stratégique des organisations est complexe puisqu'elle doit prendre en compte les règles de la gestion financière provenant de l'environnement externe – les sections 4.1.1 et 4.1.2 vont en présenter quelques-unes – et le contexte interne de l'organisation (Zald, 1986, p. 337). Il peut alors être intéressant d'identifier le pattern, également appelé arrimage interne/externe, des tactiques que différentes dynamiques financières-stratégiques vont adopter en fonction, par exemple, du même contexte environnemental.

---

Nous avons identifié trois (3) enjeux significatifs associés aux pratiques financières et budgétaires pour une organisation : l'allocation des ressources, l'allocation des responsabilités budgétaires et l'obtention de ressources additionnelles. La divergence d'intérêts et de buts des gardiens et des consommateurs de ressources jumelée au fait qu'un même acteur peut jouer plusieurs rôles à la fois – les rôles ont un caractère flou et changeant – implique que le design de la relation de coopération entre les acteurs est possiblement plus difficile que ne le laisse présager la vision traditionnelle. Par exemple, comment procéder, au sein d'une organisation, à un partage des responsabilités qui pourraient assurer, à la fois, une allocation des ressources, un suivi et un contrôle optimaux tout en favorisant l'obtention de ressources additionnelles?

Comment concilier le partage des responsabilités à l'interne? Comment motiver les consommateurs de ressources à une plus grande implication et responsabilité face au budget? Comment éviter que les consommateurs de ressources en viennent à "contrôler" le processus budgétaire? Alors que les deux (2) premières questions s'inscrivent davantage dans la vision traditionnelle des pratiques financières, laquelle laisse place à une certaine planification des activités au sein de l'organisation, la dernière est davantage assimilable à une perspective politique de l'allocation des ressources laquelle, à la limite, ne laisse place qu'à l'émergence de stratégies locales au détriment (peut-être) d'une stratégie organisationnelle.

Cependant, la gestion financière et les pratiques stratégiques des organisations ne peuvent faire fi des différentes influences et caractéristiques de l'environnement externe. Ainsi, l'emploi de la gestion financière au sein des organisations s'est possiblement adapté suite à des changements dans l'environnement. Cela soulève plusieurs questions dont celle-ci : Un hôpital public a-t-il besoin d'être en équilibre budgétaire pour obtenir des ressources additionnelles? Si oui, quand?

Selon plusieurs auteurs, la gestion financière semble se transformer dans un contexte de plus fortes pressions sur les ressources. Assiste-t-on à une transformation des pratiques financières des organisations suite à une transformation de l'environnement? L'évolution de la dynamique financière-stratégique peut nécessiter un changement de paradigme décisionnel ou encore

---

des changements importants de pratiques. Ce changement de paradigme est un processus lent faisant possiblement suite à une transformation de l'environnement. Cette transformation de l'organisation pourrait se refléter dans l'adoption d'un couplage professionnels/organisation plus serré, incluant l'utilisation de la gestion financière en tant que levier stratégique pour l'organisation. Cette transformation pourrait également, dans certains cas, favoriser l'obtention de gains d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gestionnaires par exemple pour la stratégie et pour augmenter le contrôle bureaucratique au sein de l'organisation. Mais étant donné l'ambiguïté et la multiplicité des rôles, particulièrement au sein des bureaucraties professionnelles, l'obtention de ces gains est complexe.

Dans un environnement moins abondant, ces gains passent à la fois par une plus grande place faite au contrôle bureaucratique dans l'organisation et, de là, possiblement par une modification des responsabilités budgétaires – est-il alors possible que les médecins, à la fois gardiens et consommateurs de ressources, considèrent davantage l'opportunité d'être gardien? – mais également par le maintien voire par une plus forte promotion de la centralité de certaines activités de l'organisation. Sous certaines conditions – un troc d'une plus grande rationalité au sein de l'organisation sous contrainte de gains de l'externe – cela pourrait favoriser une plus grande convergence entre la gestion financière et la gestion de la stratégie.

#### ***2.4.2 Cadre conceptuel et objectifs de recherche***

Tel que proposé par Eisenhardt (1989a; voir aussi Denis et al., 1995), l'étude de cas fondée sur une approche inductive gagne à s'appuyer sur certains construits guidant la lecture des processus empiriques. Le cadre conceptuel, inspiré de l'approche contextualiste de Pettigrew (1985, 1990, 1992), constitue notre appui pour ce projet de thèse. Le cadre conceptuel choisi a l'avantage de constituer, en quelque sorte, une théorie de la méthode fort utile lors de la collecte de données. Au préalable à la description du cadre conceptuel, l'intérêt de la recherche et les objectifs de recherche sont présentés.

L'intérêt principal de la présente recherche est de comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'étudier les

---

relations entre deux (2) fonctions de gestion, la gestion financière et la stratégie et ce, sur une longue période. Ainsi la recherche a comme objet de décrire, de comprendre et d'expliquer de façon exploratoire ce que nous appelons des dynamiques financières-stratégiques et l'évolution de ces mêmes dynamiques. On entend par dynamique financière-stratégique les relations entre les pratiques financières et les pratiques stratégiques d'un hôpital. Ces relations peuvent se refléter dans l'utilisation de la gestion financière à des fins de réalisation de la mission de l'hôpital.

**Les objectifs de recherche sont les suivants :**

1. Comprendre les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques. En d'autres termes, nous nous intéressons à apprécier si oui, comment et quand la gestion financière est un levier stratégique pour un hôpital public ou encore de juger de l'importance de la gestion financière sur la stratégie d'un hôpital;
2. Apprécier l'influence des dynamiques financières-stratégiques sur les résultats produits;
3. Comprendre l'influence de l'environnement externe sur les dynamiques financières-stratégiques retenues.

Afin de rencontrer les objectifs de la recherche, le cadre conceptuel s'inspire de l'approche contextualiste de Pettigrew (1985, 1990, 1992). Cette approche relie le contenu, les contextes, interne et externe à l'organisation, et les processus de la dynamique financière-stratégique aux résultats de cette même dynamique. La recherche a comme objet de décrire, de comprendre et, de façon exploratoire, d'expliquer différentes dynamiques financières-stratégiques. L'approche contextualiste est dite historique et longitudinale, c'est-à-dire qu'elle nécessite la collecte de données pour plusieurs années afin de répondre adéquatement aux objectifs de la recherche.

La figure 1 présente le cadre conceptuel adopté pour cette recherche. Cette figure comprend cinq (5) composantes que nous énumérons brièvement : le contexte

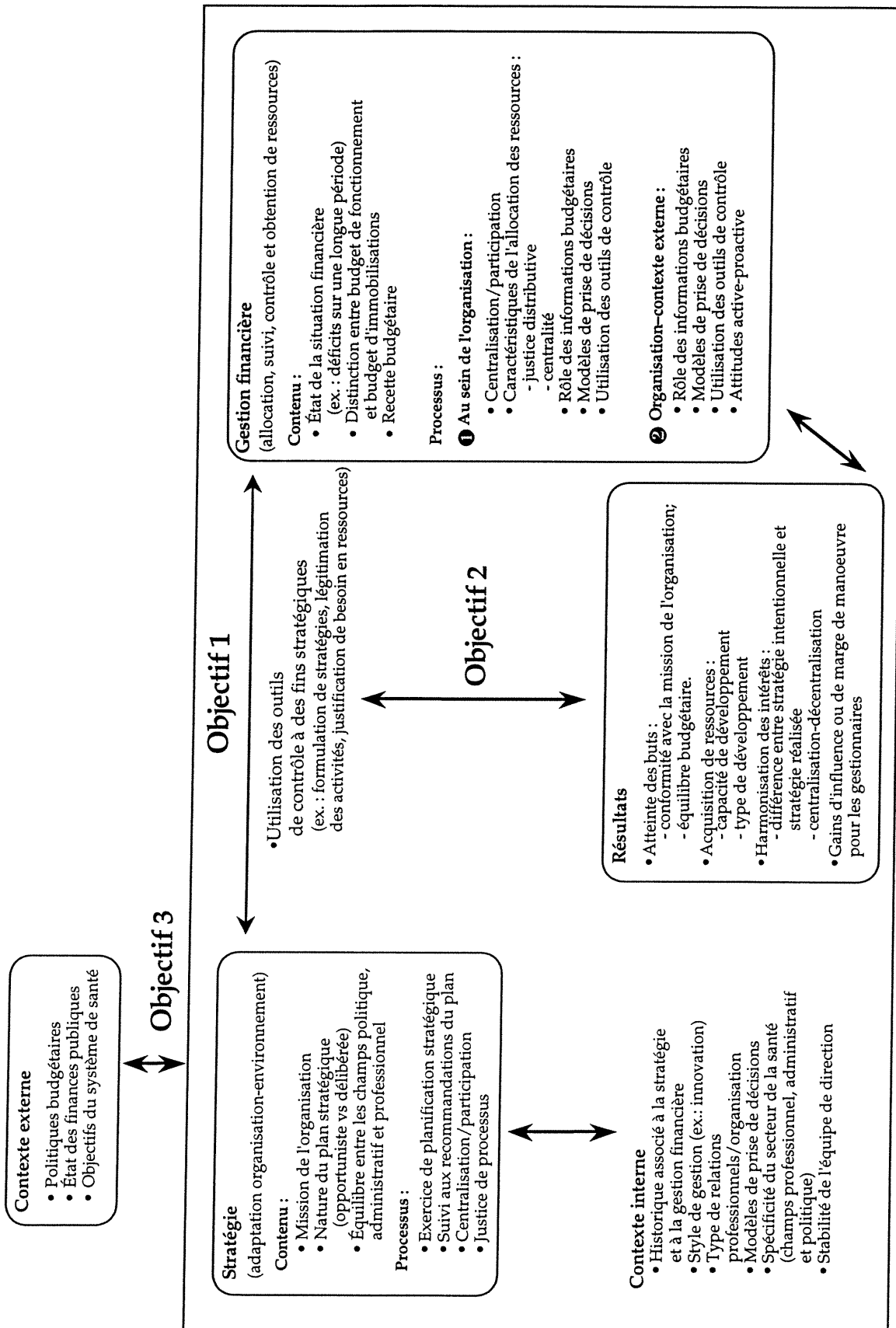
---

interne, le contexte externe, la stratégie, la gestion financière et les résultats. Tel que le montre la figure 1, les relations entre la gestion financière et la stratégie – également appelée dynamique financière-stratégique – sont indiquées par la flèche entre la composante de la "stratégie" et celle de la "gestion financière". Le premier objectif de la recherche consiste d'ailleurs à comprendre les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques. Ainsi la dynamique financière-stratégique peut se refléter dans l'utilisation d'outils de contrôle à des fins stratégiques, la gestion financière pouvant contribuer, entre autres, à la formulation de stratégies, à la légitimation des activités et à la justification de besoins en ressources au sein de l'organisation et l'organisation vis-à-vis l'environnement externe.

Certains auteurs (Daft & Macintosh, 1984; Simons 1990, 1991a, 1991b, 1995) suggèrent que les outils de contrôle contribuent non seulement, tel que le suggère la vision traditionnelle, à la fonction diagnostic du contrôle de gestion – c'est-à-dire au monitoring des résultats organisationnels et à la correction des écarts quant aux standards de performance définis dont l'atteinte de l'équilibre budgétaire et le degré d'implantation de stratégies – mais également au processus d'émergence et de formulation continue de stratégie. De même, la volonté d'actualiser la stratégie intentionnelle de l'organisation peut contribuer au développement et à l'utilisation de ces mêmes outils (ex.: le développement des activités prévu lors de l'adoption de budget).

La compréhension des relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques comporte, dans une perspective appelée "processus de décisions stratégiques" (Hardy, 1990), les éléments interreliés suivants: 1. le(s) contenu(s) entourant la dynamique financière-stratégique; 2. le(s) processus associés à cette dynamique; 3. les contextes, c'est-à-dire les environnements interne et externe; et 4. les résultats. Le défi de la recherche consiste à relier le(s) contenu(s), les contextes et le(s) processus des dynamiques financières-stratégiques retenus aux résultats (Hardy, 1990, 1992; Pettigrew, 1985, 1990, 1992; Pettigrew et al., 1989).

Figure 1. Cadre conceptuel de la dynamique financière-stratégique



---

Le contexte interne comprend, entre autres, les aspects de la structure organisationnelle (ex: bureaucratie professionnelle), de la culture organisationnelle, de l'historique associée à la dynamique financière-stratégique, des modèles de prise de décisions au sein de l'organisation ainsi que des comportements des groupes d'intéressés (ex.: style de leadership, stabilité de l'équipe de direction) révélant la nature du contexte interne (Hardy, 1990; Pettigrew et al., 1989). Certains de ces éléments sont inclus dans la composante du contexte interne de la figure 1.

Le contenu inclut les caractéristiques de la gestion financière et les pratiques stratégiques tels les éléments de la stratégie (ex.: mission de l'hôpital, objectifs poursuivis), éléments provenant ou non d'exercice de planification stratégique, l'état de la situation financière de l'hôpital (ex.: surplus, déficit) et la distinction entre le budget des activités de fonctionnement et le budget des immobilisations. Selon Pettigrew et collaborateurs (1989, p. 122; voir aussi Côté et al., 1996), le contenu inclut également la "logique dominante", opérationnalisée sous les appellations de "recettes budgétaires" ou de façons de faire habituelles, laquelle influence les comportements de l'organisation puis, de là, sa performance. Cette recette budgétaire, et l'application de celle-ci, sont influencées, d'une part, par l'héritage administratif et, d'autre part, par les contextes interne et externe de l'organisation. Certains des éléments de contenu sont inclus dans les composantes de la "stratégie" et de la "gestion financière".

Un processus se définit comme la séquence d'actions et d'événements, lesquels sont interdépendants et continus, séquence permettant d'expliquer l'origine, le maintien et les résultats d'un phénomène (Pettigrew, 1985, p. 66; Pettigrew et al., 1989, p. 117), ici des dynamiques financières-stratégiques. La tenue d'exercice de planification stratégique et les processus annuels de budgétisation en sont des exemples. Certains des éléments de processus sont également inclus dans les composantes de la "stratégie" et de la "gestion financière".

Par ailleurs, l'une des composantes du cadre conceptuel comprend les résultats. Certains de ces résultats peuvent s'exprimer sous la forme d'indicateurs de performance. Ainsi, alors que les organisations développent des stratégies en vue



---

d'atteindre des objectifs, la performance réfère au degré d'atteinte des objectifs fixés (Hrebiniak et al., 1989). Puisque la performance est un construit multidimensionnel et paradoxal reflétant les activités des organisations (Cameron, 1986; Sicotte et al., 1998), différentes facettes de ce construit sont ici considérées et associées à des modèles de performance (Cameron, 1984, 1986). Le second objectif de la recherche, tel que le montre la figure 1, consiste à apprécier l'influence des dynamiques financières-stratégiques sur les résultats produits.

Nous avons retenu trois (3) modèles de performance, chaque modèle représentant une vision différente de l'appréciation de ce construit. Pour le modèle de l'atteinte des buts, la performance est définie et évaluée en fonction du degré d'atteinte des buts de l'organisation. Étant donné les données disponibles, nous n'avons pu tenir compte des résultats de santé, buts ultimes de la production de soins. Nous reviendrons sur cet aspect à la section 4.3, lors de l'analyse transversale des cas. La conformité de l'organisation avec sa mission et l'équilibre budgétaire sont des indicateurs de performance liés à ce modèle.

Dans un second temps, le modèle d'acquisition des ressources valorise la capacité de l'organisation à exploiter son environnement. L'évaluation de la performance repose ici davantage sur les pré-requis à l'atteinte des résultats, c'est-à-dire les ressources (Pineault, 1991). La capacité de développement et le type de développement produit (ex. planifié, émergent) constituent des indicateurs de performance associés à ce modèle. Enfin le modèle d'harmonisation des intérêts se centre sur la satisfaction des besoins de l'organisation et de ceux des membres qui y oeuvrent. L'écart entre la stratégie intentionnelle de l'hôpital et celle effectivement réalisée est un indicateur retenu pour ce modèle de performance. Un autre résultat est associé à l'allocation des responsabilités budgétaires et que nous résumons par les notions de centralisation et de décentralisation.

Par ailleurs, les gains d'influence ou de marge de manoeuvre constituent un autre indicateur de résultat des dynamiques financières-stratégiques. Ce résultat est cependant de nature plus microscopique, c'est-à-dire qu'il s'applique davantage à certains acteurs, dans notre cas aux gardiens et aux trésoriers, qu'à l'organisation dans son ensemble. Ces gains se reflètent par la présence accrue d'une sphère

---

d'influence au sein de l'organisation pour ces acteurs (Colignon & Covaleski, 1988, p. 570; Hardy et al., 1984; Hopwood, 1974, p. 53). Un tel résultat peut contribuer, par ailleurs, à consolider le contrôle bureaucratique et, de là, favoriser une plus forte convergence entre la gestion financière et la stratégie intentionnelle.

Finalement, le contexte externe comporte les dimensions des environnements économique, social, juridique, etc, relatives au secteur socio-sanitaire (ex.: politiques budgétaires, objectifs du système de santé, état des finances publiques). Ce contexte influence les dynamiques financières-stratégiques locales. C'est d'ailleurs, et tel que l'indique également la figure 1, le troisième objectif de la recherche de comprendre l'influence de l'environnement externe sur les dynamiques financières-stratégiques retenues.

---

### **Chapitre 3 : Cadre méthodologique**

L'intérêt principal du projet de thèse est de contribuer à la compréhension de la relation – ou encore de l'articulation, de l'influence ou du dialogue – entre la gestion financière et les pratiques stratégiques dans des conditions complexes et ambiguës associées aux hôpitaux publics (Hafsi, 1985, 1989). L'objectif principal consiste donc à mieux comprendre les enjeux associés aux pratiques financières et stratégiques dans leur contexte organisationnel et ce, sur une longue période. Le cadre conceptuel choisi, et explicité à la section 2.4.2, s'inspire de l'approche contextualiste de Pettigrew (1985, 1990, p. 268, 1992; Pettigrew et al., 1989) et est assimilable à une théorie de la méthode. Ce cadre relie les contenus, les contextes, interne et externe à l'organisation, et les processus des dynamiques financières-stratégiques aux résultats de ces dynamiques.

En ce qui a trait aux cibles possibles de recherche proposées par Miller et Crabtree (1992, p. 6), à savoir la description, la compréhension, l'explication et l'évaluation d'un phénomène, nous privilégions une démarche exploratoire visant la compréhension ou la reconstruction la plus plausible de ce phénomène (Giroux, 1990, p. 73; Ragin, 1992; White, 1992). Ainsi, nous nous intéressons davantage à décrire et à comprendre les dynamiques financières-stratégiques retenues de même que la variabilité de ces dynamiques qu'à expliquer le pourquoi de celles-ci.

Bien que cette compréhension puisse inclure une comparaison des cas – appelée plus loin analyse transversale ou parallèle –, cette comparaison ne correspond pas à une évaluation normative des pratiques des hôpitaux, mais plutôt à l'identification de différences et de similitudes de ces hôpitaux en présence d'un même environnement externe et, de là, à des préoccupations de la généralisation des résultats obtenus (Barley, 1990, p. 226). Comme l'indiquent Miles et Huberman (1994, p. 254), la comparaison permet, en quelque sorte, d'identifier "facilement" des différences entre les cas, différences pouvant faciliter l'élaboration et la vérification de conclusions. Par ailleurs, la méthodologie et les outils de recherche mis en place dans ce projet ne permettent pas d'évaluer ces pratiques en fonction de critères ou de paramètres de "bonne gestion".

---

Ce chapitre comprend deux (2) sections principales. Dans un premier temps, nous présentons le devis de recherche de l'étude de cas en explicitant le choix des cas et les critères de rigueur. Par la suite, la section appelée "approche d'analyse des organisations" comprend la description des sources de données ainsi que des méthodes d'analyse retenues dans le cadre de cette recherche.

### **3.1 Devis de recherche : étude de cas**

Le problème de recherche défini – la présente recherche cherche à comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et à étudier les relations entre deux (2) fonctions de gestion, la gestion financière et la stratégie et ce, sur une longue période – est relativement complexe. Dans ce cas, une stratégie de recherche appropriée est le devis de l'étude de cas (Yin, 1989). Ce devis s'inscrit dans une démarche de recherche synthétique (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1990), à l'opposé de la recherche expérimentale, puisqu'elle n'implique pas de manipulation invoquée ou provoquée d'une variable indépendante. Nous ne nous intéressons donc pas, dans ce qui pourrait être associé à une démarche explicative d'un phénomène, à apprécier le niveau de probabilité de relations causales entre variables. D'ailleurs et tel qu'il sera présenté plus loin, la notion de variable perd une partie de sa pertinence dans le cas des études longitudinales.

Le devis de recherche de l'étude de cas peut permettre de saisir la réalité de phénomènes complexes. Dans ce devis, l'observation se fait à l'intérieur du cas alors que la puissance explicative s'articule par rapport à la cohérence de la structure des relations entre les composantes du cas, dans notre projet le cadre conceptuel contextualiste, et sur la profondeur de l'analyse assimilée à une immersion à l'intérieur de chaque cas (Contandriopoulos et al., 1990; Yin, 1989).

Fait à noter, l'emploi de l'étude de cas pour l'analyse de phénomènes associés à la gestion financière a été proposé (Covaleski & Dirsmith, 1990; Hägg & Hedlund, 1979; Huff & Reger, 1987; Humphrey & Scapens, 1996; Otley & Berry, 1994; Scapens, 1990) et utilisé dans les écrits (entre autres: Ansari & Bell, 1991; Boland & Pondy, 1983; Covaleski & Dirsmith, 1983, 1986; Ezzamel, 1994; Jönsson & Macintosh, 1997). Plusieurs auteurs ont ainsi suggéré d'étudier les pratiques

---

financières au sein des organisations afin de changer la tendance à n'étudier que les aspects techniques de ces pratiques (Hägg & Hedlund, 1979; Huff & Reger, 1987; Robert & Scapens, 1985).

Cette tendance contribue à une faible prise en compte du contexte organisationnel dans les études empiriques (Boland & Pondy, 1983, p. 225; Colignon & Covaleski, 1991, p. 150; Hopwood 1974, 1980; Humphrey & Scapens, 1996; Macintosh & Scapens, 1990; Otley & Berry, 1994; Robert & Scapens, 1985; Scapens, 1990; Wildavsky, 1975) et à une faible propension à analyser les relations entre la gestion financière et d'autres fonctions des organisations telle la stratégie (Robert & Scapens, 1985).

Le devis de recherche retenu est la recherche synthétique de cas multiples – en fait, deux (2) cas ont été retenus – avec niveaux d'analyse imbriqués. Nous reviendrons à la section suivante sur la sélection des cas. La définition des niveaux d'analyse, ou des niveaux d'explication d'un phénomène, doit être faite à la lumière de la théorie sous-jacente à la recherche (Contandriopoulos et al., 1990, p. 37-38; Yin, 1989). L'adoption d'un cadre conceptuel et méthodologique s'inspirant de l'approche contextualiste implique le recours aux niveaux d'analyse dits vertical et horizontal. Alors que le niveau vertical réfère à l'interdépendance entre différents niveaux d'analyse pour expliquer un phénomène à un certain moment dans le temps, le niveau horizontal correspond à l'impact des phénomènes dans le temps, par exemple à l'influence d'un événement au temps  $x$  pour le temps  $x+1$  (pour un exemple d'application voir Côté, Langley, & Pasquero, 1996). Par exemple, les indicateurs de résultats pour une dynamique financière-stratégique ne constituent pas qu'un résultat pour cette phase, mais aussi un intrant pour la phase suivante.

Ainsi, l'approche contextualiste demande de considérer non seulement l'évolution des dynamiques financières-stratégiques pour différents niveaux d'analyse (niveau vertical) mais aussi leurs influences dans le temps (niveau horizontal). La citation suivante résume la distinction entre ces niveaux d'analyse :

(...) The vertical level refers to the interdependences between higher or lower levels of analysis upon phenomena to be explained

---

at some further level; for example, the impact of a changing socioeconomic context on features of intraorganisational context and interest-group behaviour. The horizontal level refers to the sequential interconnectedness among phenomena in historical, present and future time. (...) (Pettigrew, 1990, p. 269, 1985, p. 66).

Dans le cadre de ce projet de thèse, les unités d'analyse correspondent aux deux (2) cas retenus. Cependant le design de la recherche a permis d'identifier des phases discrètes pour chaque cas – en fait, quatre (4) phases par hôpital – d'où l'ajout d'une unité d'analyse supplémentaire servant de point d'ancrage pour la reprise de l'étude. Les niveaux imbriqués d'analyse retenus sont les initiatives et les hôpitaux.

### *3.1.1 Sélection des cas*

Puisque l'un des objectifs consiste à observer de la variabilité au niveau des contenus, des contextes, des processus et des résultats de dynamiques financières-stratégiques, la sélection des cas n'est pas aléatoire. L'échantillonnage doit ainsi permettre l'observation de contrastes. De là, les hôpitaux choisis sont considérés des cas révélateurs ou extrêmes (Yin, 1989). L'étude en profondeur de deux (2) cas ou unités d'analyse a été retenue alors que trois (3) cas était prévu au départ. Cependant deux (2) cas est un arbitrage satisfaisant entre la richesse des enseignements obtenus et le souci de pragmatisme associé à la faisabilité du projet. C'est, en effet, l'une des caractéristiques des recherches longitudinales (voir Leonard-Barton, 1990, p. 255-263) de consommer beaucoup de temps des chercheurs; c'est en quelque sorte un troc où l'on sacrifie une certaine efficacité, particulièrement lors de la collecte de données, en échange de la richesse des données.

En effet, les données recueillies pour chaque cas s'étale sur quatorze exercices financiers (1983-84 à 1996-97) auxquelles s'ajoutent d'autres données sur, entre autres, l'évolution du contexte externe (ex. opération des révisions des bases budgétaires (1977-1985), remboursement des déficits en 1999) et des contextes internes des hôpitaux (ex. documents administratifs et rapports annuels produits avant 1983-84 et après 1996-97). Par ailleurs, le suivi des différentes données financières et statistiques sur une période de quatorze ans passe par la

compréhension minimale d'une "tonne" de données administratives dont le rapport financier annuel qui compte minimalement 200 pages réparties en plusieurs sections – sections ayant de plus changé dans le temps – dont le fonds d'exploitation, pour les activités principales et pour les activités accessoires, le fonds d'immobilisations, les différents bilans incluant les détails pour l'actif et le passif, en plus des données sur les différents centres d'activités.

La sélection des cas provient d'un événement jugé significatif du contexte externe, l'opération Blitz. L'opération Blitz est un événement traceur pour les dynamiques financières-stratégiques. En effet, certaines hôpitaux ont expérimenté lors de cette opération une révision de leur base budgétaire en 1986-87. L'un des hôpitaux à l'étude a connu une révision (à la hausse) de sa base budgétaire lors de l'opération Blitz et l'autre non. Puis suite à cette opération, les autorités mettent fin (du moins durant presque 15 ans) à l'épongement des hôpitaux déficitaires. Le respect de l'équilibre budgétaire a, par la suite, été une condition nécessaire à l'obtention de certaines enveloppes budgétaires dont celle pour le développement.

À partir des critères de l'événement de l'opération Blitz et de l'indicateur de performance de l'équilibre budgétaire pour les activités principales, quatre (4) scénarios de dynamiques financières-stratégiques sont possibles tel que l'indique le tableau ci-dessous.

**Tableau I. Présentation de scénarios en fonction de critères retenus**

AVANT L'OPÉRATION BLITZ	APRÈS L'OPÉRATION BLITZ	
	Équilibre budgétaire	Non équilibre budgétaire
Équilibre budgétaire	Scénario 1	Scénario 2
Non équilibre budgétaire	Scénario 3	Scénario 4

Les deux (2) hôpitaux retenus correspondent cependant à trois (3) des scénarios. En effet, l'un des hôpitaux, l'hôpital mère-enfant, est assimilable à la situation du scénario 1 puisque ses états financiers affichent pour l'ensemble des années de la période étudiée, ou presque, une situation d'équilibre budgétaire. Dès le début du projet, le scénario 2 caractérisé par un revirement de la situation budgétaire, c'est-à-dire par le respect de l'enveloppe budgétaire avant l'opération Blitz suivi d'une

---

situation déficitaire, n'a pas été retenu. Ce scénario avait été jugé peu probable puisqu'il allait à l'encontre de la transformation des règles du contexte externe. L'autre hôpital de l'étude semble en tension entre le scénario 3 et le scénario 4. Avant l'opération Blitz, cet hôpital affiche des résultats déficitaires conformément aux scénarios 3 et 4. Puis l'hôpital connaît un certain réaligement vers l'équilibre budgétaire (scénario 3) mais pas pour l'ensemble des années considérées (scénario 4).

Ainsi les hôpitaux choisis correspondent à des scénarios différents : l'un affiche à tous les ans, ou presque, l'équilibre budgétaire et, de là, s'éloigne du comportement "habituel" dans le réseau des hôpitaux québécois (voir Champagne et al., 1997) – du moins lorsqu'on observe les résultats financiers sur une longue période – alors que l'autre hôpital semble suivre davantage l'air du temps ce qui se reflète par des cycles d'équilibres budgétaires suivis de déficits. Le graphique 1 montre d'ailleurs les résultats (surplus, équilibres ou déficits pour les activités principales), exprimés en pourcentage de leurs revenus, pour les hôpitaux à l'étude sur la période considérée dans le cadre de la thèse.

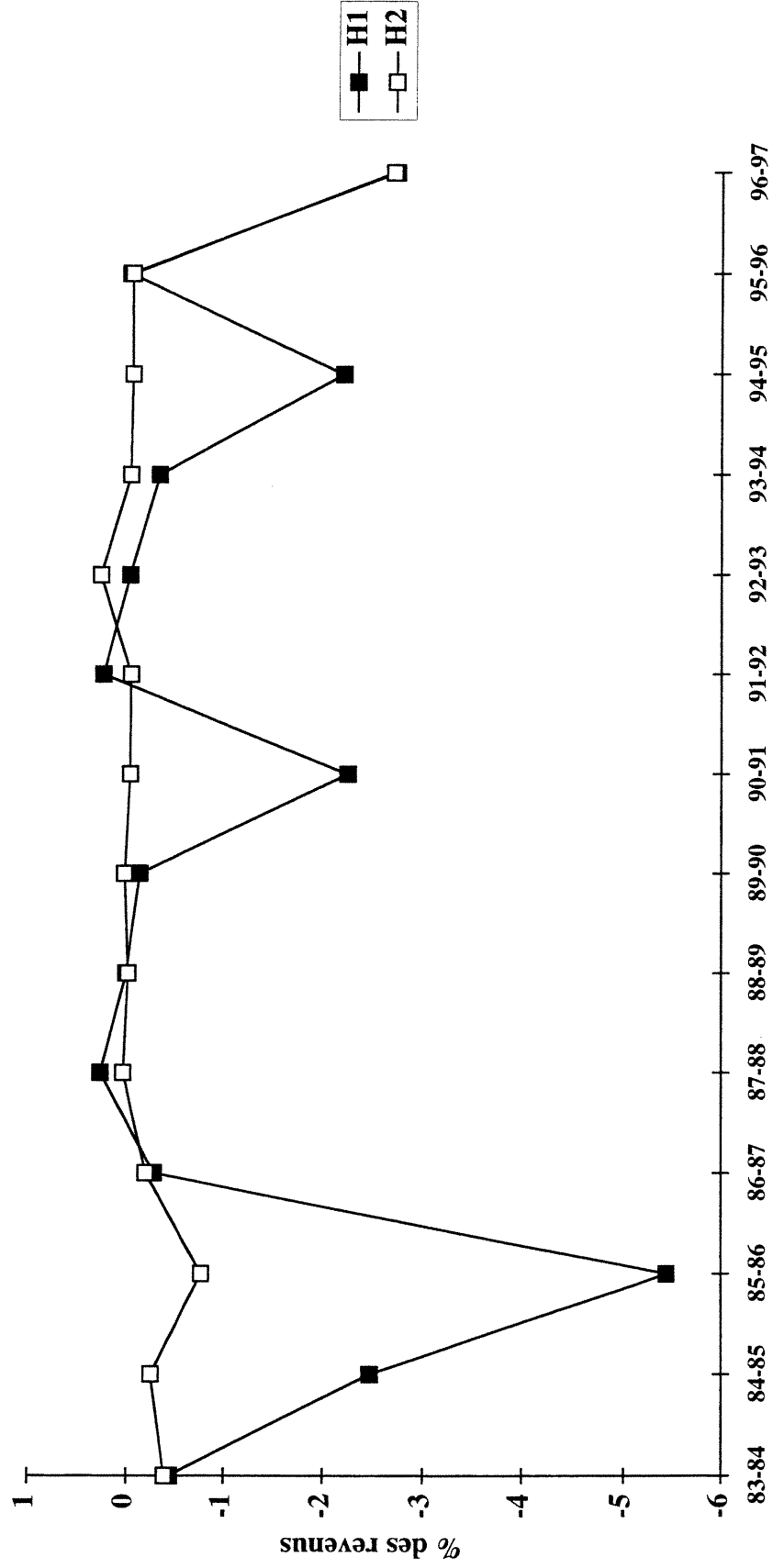
### *3.1.2 Critères de rigueur de l'étude de cas*

Dans toutes démarches scientifiques, incluant celles des recherches en terrain organisationnel, le souci de répondre aux exigences de rigueur est incontournable. Cependant il n'est pas facile, voire pour certains il ne convient pas, de transposer les critères de rigueur d'un paradigme de recherche à un autre, par exemple du paradigme positiviste au paradigme constructiviste. Un paradigme représente une vision de la réalité, une façon différente de voir et d'appréhender les organisations et les phénomènes organisationnels (Morgan, 1989). Un paradigme comprend un ensemble d'hypothèses concernant la réalité (ontologie), la connaissance de cette réalité (épistémologie) ainsi que les façons de connaître cette réalité (méthodologie) (Guba, 1990 dans Miller & Crabtree, 1992, p. 8).

Dans une démarche positiviste, le processus de recherche aboutit ultimement au développement d'hypothèses testables et/ou d'une théorie généralisable à plusieurs contextes. Cependant Eisenhardt (1989a, p. 543-546; voir aussi Mintzberg &



Graphique 1. Evolution des résultats pour les activités principales exprimés en pourcentage des revenus



Source: Les données proviennent des rapports financiers annuels.

---

Waters, 1982) est d'avis que des concepts (ex. stratégie émergente et stratégie délibérée), un cadre conceptuel ou des propositions constituent également des produits finaux des études de cas. Selon cette auteure, ces produits finaux de la recherche s'inscrivent dans la tradition de recherche positiviste de test d'hypothèses même si la recherche n'inclut pas l'application de tests statistiques. En ce sens, ce projet de thèse adhère à la tradition positiviste. Par ailleurs, le rôle et la position adoptés sur les terrains d'enquête s'assimilent davantage à celui d'observatrice qu'à celui de participante (Jaccoud & Mayer, 1997, p. 220-224), la partie historique de la collecte de données expliquant, en partie du moins, le choix de cette position.

Les produits finaux de la recherche peuvent s'inscrire sous plusieurs visions potentiellement complémentaires des phénomènes organisationnels, visions qualifiées parfois de métaphores (Friedberg, 1993; Morgan, 1989; Scott, 1987). Ce projet adopte deux (2) visions pour comprendre les pratiques financières et stratégiques dans leur contexte organisationnel, l'une dite traditionnelle et l'autre dite émergente. Alors que la vision traditionnelle suggère que les pratiques doivent refléter et promouvoir la rationalité de la prise de décision, dans la vision émergente ces pratiques sont des phénomènes socialement construits (Covaleski et al., 1985).

Pour juger de la rigueur ou de la qualité d'un devis de recherche adoptant une démarche positiviste, Yin propose (1989; voir aussi Laperrière, 1997) de répondre aux impératifs de la validité de construit (ou fidélité interne), de la validité interne (crédibilité), de la validité externe (généralisabilité ou transférabilité) et de la fiabilité (objectivité). La terminologie mise entre parenthèses correspond à celle proposée pour les études s'inscrivant dans une démarche constructiviste (Pourtois & Desmet, 1989). Les sous-sections suivantes définissent les critères de rigueur retenus et les activités mises en place pour répondre adéquatement à ces critères.

- ***Validité de construit (fidélité interne)***

La validité de construit réfère à l'opérationnalisation adéquate des construits, concepts, variables ou événements à l'étude (Yin, 1989). Dans une étude qualitative, la définition et la mesure des construits peuvent cependant émerger du

---

processus d'analyse des données plutôt que d'une spécification a priori (Eisenhardt, 1989a, p. 542; Vaughan, 1992). Yin (1981, 1989 voir aussi Jick, 1979; Strauss & Corbin, 1990) propose plusieurs activités pour répondre convenablement aux impératifs de validité de construit dont la triangulation des sources de données qualitatives (non-numériques) et quantitatives, le développement d'une chaîne d'évidence (Yin, 1989, p. 96), c'est-à-dire la rédaction de cas en tentant d'explicitier les liens entre les questions de recherche, les données recueillies et les conclusions, ainsi que la révision de la rédaction de cas par des acteurs organisationnels. Dans ce projet, la validité de construit est assurée convenablement par ces activités; le développement de la chaîne d'évidence s'est fait au moyen de la notion d'initiatives ayant servi de point d'ancrage à la structuration des cas. Nous reviendrons sur cet aspect plus loin.

- ***Validité interne (crédibilité)***

La validité interne a comme objet de s'assurer que les relations observées empiriquement sont expliquées par les variables ou les facteurs pris en considération par le devis de recherche. Le critère de rigueur de la validité interne amène le chercheur à vérifier s'il observe vraiment ce qu'il veut observer, la préoccupation centrale étant celle de l'authenticité de la représentation de l'objet (Denzin, 1978 dans Giroux, 1990, p. 78).

La force principale de l'approche qualitative réside d'ailleurs dans la validité interne des résultats obtenus, celle-ci provenant de l'immersion et de la profondeur d'analyse. L'appréciation de cette validité repose, d'une part, sur la qualité, la complexité et l'exhaustivité théorique sur laquelle s'appuie l'étude et, d'autre part, sur l'adéquation entre le mode d'analyse choisi et le modèle théorique – dans notre projet le cadre conceptuel – à mettre à l'épreuve (Contandriopoulos et al., 1990).

Le mode d'analyse se définit comme l'approche retenue pour s'assurer d'un test suffisamment rigoureux du modèle théorique par rapport à la réalité empirique. Des trois (3) modèles d'analyse proposés par Yin (1989), l'appariement à un modèle, la construction d'une explication et les séries chronologiques, la démarche adoptée est celle de la construction d'une explication. Ce mode d'analyse vise à générer, dans une démarche principalement inductive, des pistes

---

théoriques (Contandriopoulos et al., 1990) par exemple des concepts, un cadre conceptuel ou des propositions théoriques (Eisenhardt, 1989a, p. 545). Tel que proposé par Eisenhardt (1989a), l'étude de cas fondée sur une démarche inductive gagne à s'appuyer sur une définition précise de certains construits guidant la lecture des processus empiriques et qui ultimement composeront la théorie.

Dans le cadre ce projet, l'approche contextualiste de Pettigrew (1985, 1990, 1992), particulièrement le cadre conceptuel qu'il propose a été adoptée pour guider, en quelque sorte, la lecture a priori des pratiques financière-stratégiques sur le terrain. Par ailleurs, la collecte et l'analyse de données suivent un processus itératif "observation-vérification-validation" (Eisenhardt, 1989a; Pettigrew, 1990) également appelé "collecte-analyse-collecte" (Miller & Crabtree, 1992) voire encore ce que Miles et Huberman (1994, p. 12) assimilent à un processus itératif "collecte-réduction des données-présentation des données et conclusions" (élaboration et vérification). Un tel processus itératif s'inscrit bien dans le mode d'analyse retenu.

- ***Validité externe (généralisabilité ou transférabilité)***

La validité externe est la capacité de la stratégie de recherche retenue à fournir des résultats généralisables à d'autres contextes que ceux étudiés (Contandriopoulos et al., 1990; Yin, 1989). La préoccupation de la validité externe force le chercheur à préciser les champs d'application (ex. contextes, populations, situations) des résultats obtenus. Toutes choses égales, la validité externe peut être limitée par le nombre de cas étudiés et par la spécificité du contexte de chaque cas (Denzin, 1978 dans Giroux, 1990, p. 78). La triangulation des données, des théories et des méthodes (Denzin, 1978 dans Giroux, 1990; Jick, 1979; Strauss & Corbin, 1990) sont des techniques suggérées pour répondre aux préoccupations de validité externe.

Dans le cadre de ce projet nous ne prétendons pas à une forte validité externe puisque, nous l'espérons du moins, nous nous sommes fortement immergée dans les cas retenus. En fait, la généralisabilité des résultats est limitée par des facteurs dont le cadre public régulant les pratiques financières et stratégiques des hôpitaux et l'évolution des environnements interne et externe des hôpitaux choisis.

---

Cependant le recours au devis de l'étude de cas multiple – des cas choisis parce que jugés révélateurs de modes de gestion financière – renforce la qualité de la recherche quant au critère de la validité externe. De même, l'emphase portée à la théorisation, le produit final de la recherche étant des propositions, contribue à la transférabilité des résultats (Eisendhardt, 1989, p. 545). Cet aspect est repris plus loin à la section des méthodes d'analyse des données processuelles.

- ***Fiabilité (objectivité)***

Le critère de la fiabilité vise à s'assurer que les résultats obtenus ne sont pas liés à des circonstances accidentelles et que d'autres chercheurs, en employant les mêmes procédés auprès de populations similaires, arriveraient aux mêmes conclusions (Laperrière, 1997). La fiabilité fait référence à la notion de neutralité; c'est la qualité de la méthodologie choisie à produire, pour un même objet d'étude, les mêmes conclusions lorsqu'elle est appliquée par une autre personne (fiabilité inter-juges). C'est en quelque sorte la recherche de l'indépendance des analyses en rapport à l'idéologie des chercheurs (Pourtois & Desmet, 1989, p. 25). Il s'agit donc pour le chercheur de faciliter la réplique potentielle de son expérience de terrain. Yin (1989) propose les activités de l'emploi d'un protocole détaillé pour la réalisation de l'étude de cas et de la même stratégie analytique pour faciliter l'atteinte de ce critère de rigueur.

La réplique de notre projet est facilitée, entre autres, par l'adoption : du même cadre conceptuel, des mêmes initiatives ayant servi de point d'ancrage pour les entretiens non directifs auprès des acteurs et pour structurer la rédaction des cas et de la même stratégie analytique pour l'analyse des données (ex. stratégie graphique et décomposition temporelle).

### **3.2 Approche d'analyse des organisations**

Cette section comprend la description des sources de données, dont la contribution des acteurs, ainsi que des méthodes d'analyse des données processuelles retenues dans le cadre de cette recherche.

### *3.2.1 Collecte et analyse des données*

Le cadre conceptuel choisi s'inspire de l'approche contextualiste de Pettigrew (1985, 1990). Selon Pettigrew, le contextualisme est assimilable à une théorie de la méthode. Ainsi le cadre conceptuel aide à expliciter les informations à recueillir. L'approche contextualiste est dite longitudinale puisqu'elle explore les contextes, les contenus, les processus, les résultats et leurs interrelations à travers le temps des dynamiques financières-stratégiques retenues (Pettigrew, 1990, p. 268-269). Cette dimension longitudinale implique le recours à différents niveaux d'analyse pour la compréhension d'un phénomène (Pettigrew, 1990, p. 277) et pourrait tenir compte de la nature pluraliste de la réalité telle que perçue par les acteurs bien que notre projet ne s'intéresse pas à dévoiler cet aspect.

Afin de répondre aux objectifs de la recherche, la collecte et l'analyse de données suivent, tel qu'explicité antérieurement, un processus itératif "observation-vérification-validation" (Eisenhardt, 1989a; Miller & Crabtree, 1992; Pettigrew, 1990). Selon Deslauriers et Kérisit (1997, p. 106), la recherche qualitative présente un caractère itératif et rétroactif : on peut y rencontrer simultanément de la collecte de données, de l'analyse et de l'élaboration continue de la question de recherche. La recherche qualitative s'éloigne ainsi de la réalisation d'une série de procédés linéairement consécutifs au cours desquels une étape de la recherche doit obligatoirement être terminée avant que l'étape suivante ne débute.

Cependant en plus d'observer et de comprendre les événements "critiques", c'est-à-dire ceux associés aux questions de recherche, il faut consacrer du temps aux événements "non critiques" ce qui inclut bâtir et maintenir une relation de coopération "efficace" avec des acteurs sur le terrain. Et c'est d'ailleurs à cause de ces relations de coopération que des données utiles pour la compréhension de phénomènes émergent, par exemple lors de conversations informelles. Par ailleurs, l'analyse des données requiert, selon Leonard-Barton (1990, p. 263), un haut degré de tolérance pour l'ambiguïté (...) as one iterates toward clarity (...). Ce sont des méthodes nécessitant des efforts sur une longue période.

Les sources de données doivent ainsi contribuer à la description, à la compréhension voire à l'explication des dynamiques financières-stratégiques

---

retenues. Dans un souci de triangulation (Jick, 1979), ces données sont à la fois quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives contribuent principalement à valider et à appuyer les données qualitatives; ce type de triangulation étant particulièrement synergique selon Eisenhardt (1989a). Les données quantitatives permettent, en quelque sorte, de confronter les informations provenant des données qualitatives; cela contribue à construire une représentation plus adéquate du phénomène étudié (Van der Maren, n.d, p. 10). La variété recherchée au niveau des acteurs contribue également à cette représentation de la réalité (Van der Maren, n.d., p. 10). L'analyse des données est toutefois de nature qualitative puisque le problème de recherche s'y prête mieux; en effet, la démarche qualitative s'intéresse davantage aux contextes et aux processus associés aux phénomènes organisationnels (Bryman, 1989, p. 139-141).

Les sources de données retenues incluent des documents administratifs et internes des hôpitaux (ex. exercices de planification stratégique, planifications budgétaires annuelles, correspondance, procès-verbaux des séances du conseil d'administration), des rapports financiers et statistiques que les hôpitaux doivent transmettre aux autorités, d'entretiens non directifs auprès d'acteurs des hôpitaux et de documents provenant des autorités (ex. politiques gouvernementales, transmission des budgets aux hôpitaux). En plus des entretiens auprès d'une quarantaine d'acteurs, la compréhension de documents administratifs, financiers et statistiques a été facilitée par l'accès à des personnes, généralement des professionnels oeuvrant à la direction des finances, qui ont gentiment accepté de nous aider. En plus d'acteurs ayant oeuvré ou oeuvrant au sein des hôpitaux à l'étude, la validation de quelques sections du contexte de l'environnement budgétaire, particulièrement les description de l'opération Blitz et des dépenses des immobilisations, a été faite par des personnes externes à ces organisations (Côté, 1995; Demers, 1997; Forest, 1995). Nous tenons à les remercier sincèrement.

La compréhension du contexte interne des hôpitaux à l'étude a aussi été facilitée par l'accès à deux (2) autres sources, d'une part, des documents issus de la thèse de doctorat d'un des directeurs de recherche de ce projet (Langley, 1986) – ces documents ont été consultés suite à l'approbation d'un gestionnaire oeuvrant au

---

sein de cet hôpital – et, d'autre part, d'un travail dirigé menant à l'obtention d'une maîtrise en gestion des services de santé (Ayotte, 1995).

L'auteure a également assisté à quelques réunions de comités budgétaires des deux (2) hôpitaux et à des séances publiques des conseils d'administration. Le conseil d'administration étant responsable de la saine gestion des fonds alloués, chaque séance ou presque des conseils fait l'objet d'une discussion, plus ou moins longue, sur les résultats budgétaires de(s) période(s) de l'année budgétaire – il y a 13 périodes de 4 semaines par année – et/ou de dépôt de différents documents financiers ou budgétaires pour approbation (ex. plan de redressement, planification budgétaire annuelle).

### ***3.2.1.1 Entretiens et contributions des acteurs***

Les entretiens auprès d'acteurs-clef des deux (2) hôpitaux ont été précédés de l'analyse de documents internes (ex. planification budgétaire annuelle) et publics (ex. procès-verbaux de séances du conseil d'administration, évolution de l'environnement externe). Cette analyse préalable a permis de s'imprégner de chaque cas – oserions-nous dire de s'en immerger –, d'identifier ce qui nous semblait être des phases de ceux-ci ainsi que des initiatives jugées potentiellement révélatrices des dynamiques financières-stratégiques. Quatre phases ont été identifiées pour chaque cas. Nous avons choisi d'identifier trois (3) initiatives par phase puis nous les avons proposées aux acteurs dans le cadre des entretiens. Les initiatives ont servi de point d'ancrage aux entretiens et ont permis d'éviter les discussions sur des généralités et/ou sur l'état actuel du réseau de la santé. Les entretiens visaient donc à enrichir et à valider notre première compréhension de la description des dynamiques financières-stratégiques retenues.

La sollicitation auprès des acteurs incluait une lettre de présentation, un résumé du projet de thèse et ce qui avait été appelé la préparation à l'entretien, c'est-à-dire les douze initiatives proposées – trois initiatives pour chacune des phases – et un résumé de l'approche budgétaire de l'Hôpital. Ces documents sont inclus à l'annexe 1. Chaque acteur était invité à discuter d'une, de plusieurs voire de la totalité des phases. De façon spécifique, on demandait à l'acteur d'élaborer sur chacune des initiatives connues, particulièrement sur l'émergence ou la



---

provenance de celle-ci, sur le rôle et la participation de différents acteurs dans son émergence et sa mise en oeuvre ainsi que sur son évolution. Puis il était questionné sur les impacts de l'initiative sur, par exemple, la maîtrise de la gestion financière de l'établissement et la maîtrise de la gestion de la stratégie. Enfin, l'acteur était également invité à élaborer sur les impacts de l'initiative sur les relations de l'Hôpital avec les autorités (ex. Ministère de la Santé et des Services sociaux). Fait à noter, les acteurs étaient également invités à ajouter d'autres initiatives à celles proposées.

La durée des entretiens a varié d'une demie-heure à deux (2) heures avec une moyenne d'environ une heure. La grande majorité des quarante entretiens, sauf 2, a été enregistrée puis le verbatim a été retranscrit et conservé sur disquettes. Nous avons tenté d'identifier des acteurs "significatifs" pour chacune des phases ainsi que des acteurs ayant oeuvré dans le même établissement sur une longue période. En général cependant, le nombre de personnes rencontrées augmente pour les phases plus récentes des cas. C'est ce que permet de voir le tableau II.

La diversité des acteurs était également recherchée. Précisément nous voulions rencontrer des gestionnaires (ex. directeur général, directeur des finances, directeur des soins infirmiers), des médecins (ex. directeur des services professionnels, chef de département) et des membres de conseils d'administration. Nous avons également rencontré ce que nous avons appelé des conseillers; en fait ce sont des personnes ayant oeuvré longtemps à l'Hôpital 1 sans y être gestionnaire ou médecin (voir le tableau III).

Il y a eu deux (2) vagues d'entretiens : 17 acteurs ont été rencontrés pour discuter de l'Hôpital 2 (Hôpital mère-enfant), particulièrement à l'hiver et au printemps 1997, puis 23 de l'Hôpital 1 (Hôpital "général"), en grande majorité à l'hiver et au printemps 1998. Un plus grand nombre d'acteurs ont été rencontrés pour l'Hôpital 1, de façon spécifique un plus grand nombre de gestionnaires et de conseillers.

**Tableau II. Distribution des catégories d'acteurs par phase****Hôpital 1**

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	
dsp et médecin	2	4	4	3	<b>13</b>
% ligne	15,38	30,77	30,77	23,08	
% colonne	33,33	23,53	22,22	18,75	
gestionnaires	4	10	9	9	<b>32</b>
% ligne	12,50	31,25	28,13	28,13	
% colonne	66,67	58,82	50,00	56,25	
membres du c	0	2	3	3	<b>8</b>
% ligne	0,00	25,00	37,50	37,50	
% colonne	0,00	11,76	16,67	18,75	
conseillers	0	1	2	1	<b>4</b>
% ligne	0,00	25,00	50,00	25,00	
% colonne	0,00	5,88	11,11	6,25	
	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>57</b>

**Hôpital 2**

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	
dsp et médecin	1	0	2	1	<b>4</b>
% ligne	25,00	0,00	50,00	25,00	
% colonne	12,50	0,00	16,67	8,33	
gestionnaires	7	5	7	8	<b>27</b>
% ligne	25,93	18,52	25,93	29,63	
% colonne	87,50	83,33	58,33	66,67	
membres du c	0	1	3	3	<b>7</b>
% ligne	0,00	14,29	42,86	42,86	
% colonne	0,00	16,67	25,00	25,00	
conseillers	0	0	0	0	<b>0</b>
% ligne	0,00	0,00	0,00	0,00	
% colonne	0,00	0,00	0,00	0,00	
	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>38</b>

**Tableau III. Quelques caractéristiques d'acteurs rencontrés dans le cadre des entretiens**

*Distribution des acteurs selon les catégories retenues*

**Hôpital 1**

	N	%
dsp et médecins	5	21,74
gestionnaires	13	56,52
membres du c.a.	3	13,04
autres (conseillers)	2	8,70
	<b>23</b>	<b>100,00</b>

**Hôpital 2**

	N	%
dsp et médecins	4	23,53
gestionnaires	10	58,82
membres du c.a.	3	17,65
conseillers	0	0,00
	<b>17</b>	<b>100,00</b>

*Distribution des acteurs en fonction du nombre de phases interrogées*

**Hôpital 1**

	N	%
Une phase	3	13,04
Deux phases	8	34,78
Trois phases	10	43,48
Quatre phases	2	8,70
	<b>23</b>	<b>100,00</b>

**Hôpital 2**

	N	%
Une phase	7	41,18
Deux phases	4	23,53
Trois phases	1	5,88
Quatre phases	5	29,41
	<b>17</b>	<b>100,00</b>

---

Nous avons eu plus de difficulté à rencontrer des médecins, particulièrement pour l'Hôpital 2. Cependant l'accès à des documents soulevés antérieurement (Ayotte, 1995; Langley, 1986) ont contribué à la compréhension de l'influence médicale au sein des hôpitaux retenus.

Plusieurs causes pourraient expliquer ce relatif insuccès auprès de médecins dont :

1. ils ne sont pas rémunérés pour participer à ce type d'activités. Il y a donc une compétition entre le fait de participer à une recherche et le temps à consacrer aux patients;
2. le thème de la recherche est délicat "politiquement" et loin des préoccupations des soins, ces dernières intéressant davantage les médecins;
3. un "meilleur" succès pour le recrutement de médecins à l'Hôpital 1 pourrait s'expliquer également par l'expérience acquise à l'autre Hôpital – possiblement par un plus grand entêtement aussi – et peut-être également par ce qui pourrait être une rotation plus faible des médecins à l'Hôpital 1 qu'à l'Hôpital 2.

La distribution des acteurs en fonction du nombre de phases interrogées diverge également pour le deux (2) hôpitaux (voir le tableau III). Ainsi c'est à l'Hôpital 2 que la proportion d'acteurs interrogés sur les quatre (4) phases est la plus forte à savoir 29%. Ces acteurs sont par ailleurs tous des gestionnaires. Cependant c'est également à l'Hôpital 1 que la proportion de répondants ayant discuté d'une seule phase de la dynamique financière-stratégique est la plus élevée soit 41%. Par ailleurs, quatre (4) des répondants incluent les médecins interrogés.

Suite aux entretiens, la rédaction des cas a résulté en un document d'une centaine de pages. Pour chacune des phases, le document comprend une description de l'environnement externe, une brève présentation des hôpitaux, les caractéristiques de leur gestion financière, un dialogue entre la finance et la stratégie – en fait, une description des initiatives en y incluant du verbatim des entretiens – la performance ou les résultats de la phase et enfin une analyse transversale des deux (2) hôpitaux. Ce document est inclu dans la thèse à la section 4.2.

Puis la validation des différentes phases par des acteurs ayant été interrogés lors des entretiens a suivi la rédaction des cas. Dans un souci d'éthique de la recherche (Van der Maren, n.d, p. 14), la validation vise à vérifier la plausibilité de la

---

reconstruction des dynamiques financières-stratégiques, de préciser des événements et/ou encore à corriger certains termes. Un objectif de deux (2) acteurs par phase et par hôpital a été atteint. Cette validation a inclut l'envoi d'un document pour la phase à valider. Ce document a compris les éléments décrits ci-haut sauf l'analyse transversale des cas.

L'analyse transversale de chaque phase n'a pas été soumise aux acteurs pour fins de validation puisqu'elle constitue une démarche qui suit, en quelque sorte, le narratif et la description de chaque phase. Puisque l'analyse transversale permet de tirer quelques enseignements sur les dynamiques financières-stratégiques et de faire ressortir ce qui distingue les hôpitaux en présence d'un même environnement externe, il aurait également fallu faire valider la description des cas par les mêmes acteurs; cette dernière validation n'était pas possible. Dans la thèse et pour des raisons de clarté, nous avons cependant choisi de compléter chacune des phases par cette analyse transversale.

La validation des phases a permis de corriger et de préciser des termes employés. Certains acteurs ont suggéré d'ajouter du verbatim provenant des entrevues alors que d'autres ont fait la proposition inverse. Quelques acteurs ont proposé de décrire davantage l'environnement externe puisque celui-ci contraindrait fortement les initiatives des hôpitaux. Quelques acteurs ont également suggéré de remplacer le terme "recette budgétaire", jugé péjoratif, par philosophie et/ou pratiques budgétaires. Nous avons toutefois décidé de maintenir cette appellation puisqu'elle est utilisée dans la littérature. Par exemple, Pettigrew et collaborateurs (1989, p. 121,122 et 134 ) incluent dans l'élément du contenu de leur cadre conceptuel – voir la section 2.4.2 – ce qu'ils appellent les "recettes". Une recette, que l'on pourrait également traduire par "façon(s) de faire habituelle(s)" (ex. pratiques budgétaires) est le reflet de la logique dominante de l'organisation (voir aussi Côté et al., 1996; Prahalad & Bettis, 1986). En d'autres termes, des croyances et des prémisses de la philosophie organisationnelle (logique dominante) découlent les pratiques, les façons de faire habituelles dont la recette budgétaire.

---

Par ailleurs, deux (2) commentaires d'un autre ordre ont été soulevées par des acteurs. Ces commentaires pourraient être considérés comme des limites à l'étude. L'une de celle-ci découle du cadre méthodologique. En effet, il n'a pas été possible d'apprécier sur le terrain les jeux microscopiques des rôles budgétaires pour les quatorze exercices financiers retenus et pour les hôpitaux à l'étude. Cette limite est amplifiée par le fait que les documents internes des hôpitaux laissent peu de traces sur les jeux des acteurs.

L'autre commentaire consiste à ne pas avoir inclus d'indicateurs de performance clinique ou d'indicateurs de la qualité des soins dans les résultats des phases. En effet, nous n'avons pas apprécié l'évolution d'indicateurs de qualité de soins et ce, pour deux (2) motifs principaux : d'une part, parce que ceux-ci ne sont pas mesurés de façon uniforme au sein des établissements entre 1983-84 et 1996-97 et, d'autre part, parce que l'état des connaissances fait au préalable de la collecte de données nous a semblé muet sur cette question; ainsi, il ne semble pas y avoir d'association entre les pratiques budgétaires des hôpitaux et les indicateurs de qualité de soins.

### *3.2.2 Méthodes d'analyse des données processuelles*

Alors qu'on observe un intérêt croissant dans les écrits pour les études qualitatives pour une meilleure compréhension des phénomènes organisationnels, de nombreux défis guettent les chercheurs à toutes les étapes de réalisation de recherches incluant des données processuelles ou longitudinales. Van de Ven et Huber (1990, p. 216) soulèvent quelques-uns de ces défis d'ordre théorique et pratique à savoir la sélection des terrains d'étude, la collecte de données, la "prise en compte" du temps (how to deal with time), le degré d'implication du chercheur et l'analyse des données.

La distinction de Mohr (1982) entre les théories dites de variance et les théories de processus est révélatrice de quelques-uns de ces défis dont celui amené par la distinction entre les variables et les événements. Tandis que les théories de variance élaborent des explications des phénomènes en termes de relations entre variables dépendantes (ou variables à expliquer) et variables indépendantes (ou variables explicatives) – par exemple la performance financière d'hôpitaux de

---

l'Ontario s'explique par des facteurs environnementaux et des facteurs organisationnels (Narine, Pink, & Leatt, 1996) – les théories de processus mettent l'accent sur les patterns dans la séquence des événements menant à un résultat. Selon Langley (1996), les événements sont des entités fort différentes des variables et les chercheurs sont plus habitués à travailler avec les variables. La création d'une banque de données processuelles soulève donc plusieurs défis.

Les données processuelles sur lesquelles se basent les recherches prennent généralement la forme de récits d'événements ou d'activités. L'analyse de données processuelles nécessite donc de concevoir les événements, de décrire leurs caractéristiques et de détecter des patterns ou des configurations. Selon Langley (1996), ces patterns peuvent prendre plusieurs formes, la plus commune dans les écrits étant le modèle par phases, une phase représentant une période de relative stabilité en ce qui a trait au phénomène étudié (Strauss & Corbin, 1990, p. 153). Dans le cadre de la thèse, c'est le concept d'initiative critique qui a été retenu pour, d'une part, servir de point d'ancrage pour les entretiens non directifs (Daunais, 1993), et, d'autre part, pour structurer la rédaction des différentes phases des dynamiques financières-stratégiques.

Ainsi une initiative est un événement (Van de Ven, 1988, p. 334) pouvant contribuer à révéler les patterns liés aux contenus, aux contextes interne et externe, aux processus et aux résultats des dynamiques financières-stratégiques. En plus des initiatives, la distinction entre les phases provient quelquefois d'un événement jugé révélateur, par exemple la réalisation d'un déficit important, ou un changement significatif dans l'environnement externe (ex. la fin des remboursements des déficits). Le changement d'une phase à une autre se reflète en gros par un changement dans la nature de la dynamique financière-stratégique (Strauss & Corbin, 1990, p. 149) provenant de l'interne et/ou de l'externe.

Au niveau de la rédaction des cas, la stratégie narrative impliquant la construction d'une histoire organisée et chronologique des événements à partir des sources brutes est fréquemment utilisée (Langley, 1996, p. 8; Mintzberg & Waters, 1982). Pour d'autres, principalement chez ceux adoptant une perspective constructiviste, le narratif est le produit principal de la recherche. Pour d'autres, l'emploi de la

---

stratégie narrative est satisfaisant en autant qu'il soit complété par d'autres approches plus structurantes (Langley, 1996, p. 9). Ainsi bien que l'approche narrative puisse transmettre la richesse du contexte étudié, elle n'aboutit cependant pas sur une théorie explicite ou sur une contribution conceptuelle.

Dans le cas où c'est cette deuxième vision qui est adoptée, cela implique qu'il faille aller plus loin qu'une "simple" description historique du cas. La distinction de Strauss (1987) entre les notions d'histoire de cas et d'étude de cas est ici importante; ainsi alors que l'histoire de cas annonce la description d'une histoire impliquant par exemple des personnages et des événements dans une perspective temporelle, l'étude de cas est orientée vers un niveau d'analyse plus abstrait. Par ailleurs, alors que Pettigrew (1990) suggère de compléter le narratif via le développement de thèmes analytiques, Langley (1996; voir aussi Abbott, 1992; Abbott, 1992 dans Ragin, 1992, p. 12; Eisenhardt, 1989a; Mintzberg & Waters, 1982) propose l'emploi d'approches telles la stratégie de quantification, la stratégie des lectures théoriques alternatives, celle de la théorie enracinée (grounded theory), la stratégie synthétique, les stratégies graphiques et/ou matricielles (exemple: Miles & Huberman, 1994) et la stratégie de décomposition temporelle.

Dans le cadre de cette recherche, l'analyse des données inclut la rédaction d'études de cas – également appelées chronologies ou des récits d'événements – structurées principalement à partir des initiatives jugées critiques. Les stratégies choisies sont celles du narratif – structuré principalement à partir des initiatives – de la stratégie graphique et/ou matricielle et la décomposition temporelle. Par ailleurs, des propositions constituent le produit final de la recherche. En vue de répondre aux impératifs liés à la validité interne, nous avons adopté pour les différents cas un point de vue à la fois synchronique et diachronique (Barley, 1990, p. 222-225). Alors que la perspective synchronique met l'accent sur le déroulement des événements de la chronologie – ce qui se s'est passé et ce qui se passe – la perspective diachronique vise la compréhension du déroulement des événements. Il importe donc de développer des stratégies pour analyser l'évidence à l'intérieur de chaque cas, ce que Yin (1981, p. 59) appelle le within-case evidence.



---

Par ailleurs, l'analyse parallèle ou transversale (Barley, 1990) vise essentiellement à vérifier la réplique ou non des résultats entre les différents cas (Contandriopoulos et al., 1990; Eisenhardt, 1989a; McPhee, 1990; Yin, 1981), en quelque sorte de répondre aux préoccupations de validité externe (between-case evidence). Dans le cas de l'adoption de l'approche contextualiste, l'analyse parallèle ou transversale permet d'apprécier la variabilité des contenus, des contextes internes, des processus et les résultats de dynamiques financières-stratégiques. Alors que les deux (2) premiers types d'analyse sont nécessaires à la compréhension des phénomènes étudiés, l'analyse parallèle contribue à généraliser les résultats obtenus à d'autres cas. C'est ce que suggère cette citation : (...) By conducting parallel studies in several hospitals one could more easily identify each organization's cultural and structural idiosyncracies as well as pinpoint their commonalities. (...) (Barley, 1990, p. 224)

Pour l'élaboration de propositions, Eisenhardt (1989a, p. 541-542; voir aussi Miles & Huberman, 1994, p.9) suggère, dans un premier temps, de définir et d'établir l'évidence de construits. Ces construits émergent du processus itératif d'analyse – via des tableaux et des matrices par exemple – plus qu'il n'est spécifié a priori. Ce processus est assimilable à l'établissement de la validité de construit. Dans un second temps, Eisenhardt suggère de vérifier l'adéquation (le "fit") de chaque relation émergente avec l'évidence de chaque cas. Ce processus de vérification est similaire au test d'hypothèse bien qu'en l'absence de tests statistiques permettant de vérifier "rapidement" la plausibilité des relations, les chercheurs vérifient cette adéquation à partir de leur jugement. Ce processus de vérification s'appuie donc sur une logique de réplique ("replication"), les cas qui confirment les relations émergentes augmentant, en quelque sorte, la confiance dans la validité des relations. Cette recherche de la validité, interne et externe, des relations s'appuie sur les données recueillies et sur les théories sous-jacentes à l'existence de ces relations.

---

## **Chapitre 4 : Résultats**

Ce chapitre sur les résultats de la thèse se divise en trois (3) parties. Dans un premier temps, le contexte de l'environnement budgétaire des hôpitaux est présenté. Puis l'analyse de données sous forme d'études de cas constitue la deuxième partie des résultats. Enfin, les résultats finaux de la thèse sont présentés sous forme de propositions.

### **4.1 Contexte de l'environnement budgétaire des hôpitaux**

Cette première partie des résultats porte sur la description du contexte de l'environnement budgétaire des hôpitaux québécois. Cette section permet d'apprécier l'influence de l'environnement institutionnel sur les dynamiques financières-stratégiques. Elle se divise en trois (3) sections. La première section dresse un bref historique du financement des hôpitaux et inclut des expériences pour tenter de contrôler la croissance des coûts de ces organisations. Par la suite, des caractéristiques de la gestion financière inhérentes aux hôpitaux pour l'ensemble de la période étudiée sont explicitées. Les hôpitaux québécois étant financés en grande partie à même les fonds publics, le maintien du financement passe par le respect de ces caractéristiques. En conclusion de cette première section, nous identifions des leviers stratégiques pouvant être associés à la gestion financière des hôpitaux.

#### ***4.1.1 Expériences pour contrôler l'évolution des coûts des hôpitaux***

L'objectif principal de cette section consiste à dresser un bref historique du financement des hôpitaux depuis l'instauration de l'assurance-hospitalisation. Il en découle la démonstration de pressions fortes des autorités sur les ressources des hôpitaux. Puisque la budgétisation est l'instrument principal de financement des hôpitaux, les modes de budgétisation ayant eu cours depuis l'instauration de l'assurance-hospitalisation sont présentés. La figure 2 résume l'historique de la budgétisation des hôpitaux de 1960-61 jusqu'en 1996-97 alors que la figure 3 présente succinctement les époques et des mouvements différents dans le contrôle des coûts des hôpitaux. Les deux (2) époques correspondent à l'application des modes de budgétisation du budget détaillé et du budget global.

**Figure 2. Historique de la budgétisation des hôpitaux**

Année budgétaire	
1960-1961	Assurance-hospitalisation  Règlement de fin d'année (1960-61 à 1973-74): le MAS comble à chaque fin d'année les déficits et récupère les surplus.
1961-1962	
1962-1963	
1963-1964	
1964-1965	
1965-1966	
1966-1967	
1967-1968	Assurance-maladie
1968-1969	
1969-1970	
1970-1971	
1971-1972	
1972-1973	Opération "objectifs de réduction des coûts" (1972-73 à 1976-77)
1973-1974	
1974-1975	
1975-1976	
1976-1977	
1977-1978	
1978-1979	
1979-1980	Opération "Méthode de révision des bases budgétaires" ou MRBB (1977-78 à 1985-86)
1980-1981	
1981-1982	
1982-1983	
1983-1984	
1984-1985	
1985-1986	
1986-1987	
1987-1988	
1988-1989	
1989-1990	1980 : Implantation de la politique de libération des surplus  1983 : Épongement des déficits accumulés (dans un premier temps, pour les années 1974-75 à 1979-80 puis pour 1980-81 et 81-82) 1983: instauration de la "règle de 1%" : les hôpitaux sont imputables du premier 1% du déficit, l'excédent dépendant de leur productivité. [les surplus deviennent libérables suite à l'analyse des autorités.] Opération Blitz; Épongement des déficits accumulés (1982-83 à 1985-86) Introduction du "coût de système"  Le "coût de système" et le développement de projets particuliers sont conditionnés par l'atteinte de l'équilibre budgétaire Opération "Objectif de réduction des coûts" (efforts de rationalisation) ex. indexation partielle de différents postes budgétaires
1990-1991	
1991-1992	
1992-1993	
1993 -1994	
1994 -1995	
1995-1996	
1996-1997	
1997-1998	
1998-1999	
1999-2000	Défi Qualité-Performance et début de l'allocation des compressions interrégionales basées sur le "per capita corrigé" Début des dépôt des plans régionaux d'organisation des services (à Montréal, c'est un plan sur 3 ans : 1995-96, 1996-97 et 1997-98) Non financement de coûts de transition associés aux plans régionaux d'organisation des services
2000-2001	
2001-2002	

Figure 3. Époques et mouvements de contrôle des coûts

	<b>Dimension 1:</b>	<b>Dimension 2 : critères d'allocation des ressources</b>	
	<b>Contrôle administratif</b>	<b>Performance économique</b>	<b>États de santé</b>
<b>Époque 1 :</b> <b>Budget détaillé</b> (1960-61 - 1971-72)	X	N.S.P.	N.S.P.
<b>Époque 2 :</b> <b>Budget global</b> (1972-73 - ...)			
<b>Mouvement 1 :</b> <b>- opération 1 : objectifs de réduction des coûts</b> (1972-73 - 1976-77)	X	X (productivité)	N.S.P.
<b>- opération 2 : MRBB</b> (1977-78 - 1985-86)	X	X (productivité)	N.S.P.
<b>Mouvement 2 :</b> <b>- Blitz et suite</b> (1986-87 - 1993-94)	X (équilibre budgétaire)	N.S.P.	N.S.P.
<b>Mouvement 3 :</b> <b>- Défi qualité performance et politique de santé et de bien-être</b> (1994-95-...)	X (équilibre budgétaire)	X (DRG, NIRU)	X (besoins)

Légende : N.S.P. : ne s'applique pas; X : s'applique.

---

En vue d'apprécier ces mouvements, les dimensions du contrôle administratif et de critères d'allocation des ressources associés à la performance ont été retenues. Alors que le contrôle administratif est une notion relativement claire en référence aux règles émises par les autorités centrale, par exemple l'atteinte de l'équilibre budgétaire, la performance est un concept plus difficile à circonscrire. La performance est une notion fondamentale et incontournable auquel on fait référence pour prendre des décisions de différentes natures. Toutefois, il n'y a pas de consensus sur la définition même de performance (Cameron, 1986; Champagne, 1991; Sicotte et al., 1998).

Par exemple, Cameron (1984, 1986) présente huit (8) modèles de performance organisationnelle, modèles pouvant représenter différentes conceptions des organisations. Ces modèles peuvent se concentrer sur les buts de l'organisation, les ressources, l'harmonisation des intérêts internes, les ententes stratégiques, les valeurs précédentes posées en compétition, la légitimité de l'activité, les erreurs produisant l'inefficacité et la comparaison de performance. Dans le cadre de cette section, les modèles de performance organisationnelle retenus sont le modèle de l'atteinte des buts et le modèle de comparaison de performance.

Dans le modèle de l'atteinte des buts, la performance est définie et évaluée en fonction du degré d'atteinte des buts de l'organisation. Du moment que la performance se définit relativement à des buts, il s'ensuit que l'explicitation de ces derniers est cruciale. Étant donné l'incertitude et l'ambiguïté liée à la production des services de santé (Ojha, 1992), il est particulièrement difficile de circonscrire des buts mesurables pour les hôpitaux. L'évaluation de la performance demeure donc problématique. Cependant, ce modèle est le modèle dominant (Champagne, 1991) étant donné la forte adhésion à la conception rationnelle de l'organisation (Scott, 1987). L'adhésion à la perspective rationnelle des organisations résulte en l'adoption des buts suivants pour les hôpitaux : performance économique (efficacité technique) et amélioration de l'état de santé (efficacité de l'intervention) (MSSS 1991b, 1993a, 1994a, 1994b).

Ainsi, un hôpital sera considéré performant s'il réussit en fonction des ressources investies à optimiser le niveau de services (performance économique) et de

---

résultats (états de santé). Le second modèle retenu, le modèle de comparaison, favorise une approche comparative entre les hôpitaux pour l'évaluation de la performance (Cameron, 1986). Les indicateurs de performance sont alors fonction du modèle de performance choisi, dans notre cas du modèle de l'atteinte des buts. Les sections suivantes présente l'évolution de l'influence de l'environnement institutionnel en deux (2) époques en y associant les dimensions du contrôle administratif et de la performance (performance économique et des états de santé). La seconde époque prévaut toujours et se divise en plusieurs mouvements distincts.

#### ***4.1.1.1 Première époque : mode de budgétisation du budget détaillé***

Avec l'adhésion du Québec à la loi fédérale de l'assurance-hospitalisation, le financement des hôpitaux provient principalement des autorités centrales. Le mode de budgétisation adopté pendant 12 ans (1960-61 à 1971-72) est le budget détaillé. C'est une méthode de planification budgétaire dans laquelle toutes les rubriques de dépenses doivent recevoir l'autorisation au préalable du central (Dao, 1995; Lecours, 1993).

Le budget détaillé est l'objet de plusieurs critiques (Dao, 1995; Tilquin & Vanderstraeten, 1987). D'une part, cette méthode de budgétisation est contraignante et peu flexible. Par exemple, une demande d'autorisation au Ministère devait précéder la permutation des dépenses d'une rubrique vers une autre rubrique. D'autre part, ce mode de financement donne une illusion de contrôle administratif de par l'adoption ligne par ligne alors que simultanément il laisse place à des excès de ressources puisqu'aucun incitatif réel à ne pas dépasser le budget n'est mis en place.

En effet, à la fin de chaque année financière, l'opération appelée "Règlement de fin d'année" permet la comparaison des revenus prévus et des revenus réels des hôpitaux. En présence d'un déficit, le Ministère comble ce dernier alors qu'en situation de surplus, le Ministère le récupère. Cette pratique du "Règlement de fin d'année", ayant eu cours dans une période de prospérité économique, a été abolie en 1973-74.

---

#### ***4.1.1.2 Seconde époque : mode de budgétisation du budget global***

Pour corriger les faiblesses du budget détaillé et suite à une expérimentation pilote par une vingtaine d'établissements, le mode de budgétisation du budget global est adopté en 1972-73 (DesRochers, 1985; Tilquin & Vanderstraeten, 1987). Ce mode de budgétisation est toujours en vigueur (Rhéault, 1995). Le budget global consiste en la réception d'une seule enveloppe budgétaire par hôpital déterminée selon une méthode historique d'allocation des budgets. L'année financière 1970-71 a été choisie comme année de base pour l'allocation budgétaire des hôpitaux en 1972-73. Pour la détermination de l'enveloppe budgétaire accordée à chaque hôpital, les autorités centrales n'ont donc pas considéré l'apport d'indicateurs associés à l'emploi des ressources (ex. efficience) ou à l'efficacité des services (DesRochers, 1987). Il s'ensuit que lors de l'instauration du budget global, la performance organisationnelle n'a pas été retenue comme dimension pour l'allocation de ressources.

Ce mode de budgétisation suit une approche d'actualisation de la base budgétaire. Le Manuel de gestion financière du Ministère (MSSS, 1991a, 1993b) décrit le processus incrémentaliste de la budgétisation : le budget de l'hôpital étant la reconduction du budget indexé de l'année précédente (Bégin et al., 1987; DesRochers, 1987; Lefebvre, 1989; Tilquin & Vanderstraeten, 1987). L'allocation budgétaire suit une structure par catégorie d'établissement (ex. : hôpital, CLSC).

Il existe deux (2) processus différents d'allocation et d'indexation des ressources, l'un pour le budget de fonctionnement et l'autre pour les budgets de développement et d'immobilisations (Bégin et al., 1987; DesRochers, 1987). Cette section tient compte spécifiquement du budget de fonctionnement. Les composantes principales du budget global sont au nombre de trois (3) (Tilquin & Vanderstraeten, 1987). Tout d'abord, la composante globale représente environ 80% du budget et vise les frais d'opération, c'est-à-dire les activités cliniques, administratives et de soutien. L'administration peut transférer les crédits d'un centre d'activités à un autre en fonction des priorités de l'hôpital. Un taux global d'accroissement identique est assigné à cette composante pour l'ensemble des établissements d'une même catégorie.

---

La seconde composante, la composante détaillée, représente environ 20% du budget et est assignée, entre autres, à la santé communautaire et à des postes budgétaires spécifiques aux cadres (Lefebvre, 1989). Dans le cas de la composition détaillée, l'approbation ligne par ligne a été maintenue et la progression annuelle suit des critères ad hoc et de cas par cas. La dernière composante, celle dite de développement, consiste en l'ajout de nouveaux services (Lefebvre, 1989) ou encore de la croissance de services nécessitant une approbation spécifique pour une année financière donnée. Pour les années financières subséquentes, les coûts d'opération associés à ces nouveaux services sont intégrés dans le budget de fonctionnement de l'hôpital.

L'adoption du mode d'allocation incrémental de la base budgétaire peut s'expliquer par : 1. la rationalité limitée des acteurs conduisant à ce qui est appelé des décisions satisfaisantes, par exemple la reconduction des budgets d'une année à l'autre (Morgan, 1989); 2. la volonté de simplifier l'exigence en termes de données nécessaires à la budgétisation (Bégin et al., 1987; Bélanger, 1994); 3. la volonté de diminuer l'incertitude entourant le processus d'allocation des ressources (Hopwood, 1980; Wildavsky, 1975); et 4. le désir d'éviter la remise en question relativement à l'allocation des ressources, exercice difficile et complexe (Lioukas & Chambers, 1981).

Le mode de budgétisation globale a cependant de nombreux avantages pour les participants au processus budgétaire (Bégin et al., 1987; Bélanger, 1994; Tilquin & Vanderstraeten, 1987). Pour les hôpitaux, le principal avantage est l'autonomie de gestion; la prise de décisions est facilitée et davantage flexible. Il en est de même pour la priorisation des hôpitaux. À un niveau plus macroscopique, ce mode de budgétisation a contribué aux objectifs de contrôle du volume de production des établissements (DesRochers, 1987; Lance, 1991) et de contrôle de l'évolution des coûts (Angus et al., 1995; Rhéault, 1995).

Les désavantages de ce mode de budgétisation sont cependant nombreux. D'une part, la relation entre le budget d'un établissement et le niveau de ses activités n'est pas explicite (Bélanger, 1994; DesRochers, 1979). Cela pourrait expliquer, en partie du moins, la tactique des hôpitaux de réduire le niveau d'activités (ex. :



---

fermeture de lits) pour atteindre l'équilibre budgétaire. Par ailleurs, le budget global n'est pas un outil contribuant à définir explicitement des objectifs précis de santé de même que l'efficacité des services.

Comme troisième préoccupation demeure la questionnement entourant l'iniquité présumée de l'allocation des ressources entre les hôpitaux lors de l'adoption du budget global. Ainsi, il est difficile de soutenir que l'année de base choisie (1970-71) constitue une juste répartition des ressources entre les hôpitaux. Enfin, on s'interroge également sur la sensibilité insuffisante du budget global à tenir compte de l'évolution des populations et de leurs besoins. C'est la préoccupation d'accessibilité et d'équité interrégionale de l'accès aux soins de santé (MSSS, 1994b; Pampalon et al., 1995).

Pour les gestionnaires des hôpitaux, le mode de budgétisation globale n'est pas neutre quant au maintien d'une forme de contrôle administratif sur les activités. Ainsi le budget global a permis de regrouper les services indexables dans la composante globale mais aussi de maintenir une composante détaillée (Lecours, 1993). La référence suivante, tirée du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESS, 1988), résume bien les contraintes véhiculées par les hôpitaux et associées à la dimension du contrôle administratif de l'environnement institutionnel :

(...) En plus du budget détaillé annuel et, le cas échéant, du plan d'équilibre budgétaire, les centres hospitaliers sont tenus de produire un rapport mensuel, un rapport trimestriel, de même que des états financiers annuels. Directives et contrôles se multiplient, et l'on glisse tranquillement vers le budget «itemisé» de 1971, bien qu'on continue toujours à parler d'un budget global. D'un projet essentiellement fondé sur l'autonomie et la responsabilisation des établissements dans l'administration de leur budget, la décentralisation et la flexibilité ont fait place à la centralisation et à la rigidité. (...) (CESS, 1988, p. 177)

Par ailleurs, les mécanismes utilisés lors des opérations d'épongement des déficits en 1982 et 1986 ne tiennent pas compte de la performance relative des établissements. Il s'ensuit que le budget global ne suffit pas pour inciter les établissements à produire les services avec efficience, c'est-à-dire au meilleur coût unitaire possible.

---

#### 4.1.1.2.1 *Premier mouvement : performance économique*

La section suivante présente brièvement les deux opérations spécifiques mises en place par le Ministère en vue de contrôler les coûts des hôpitaux. Ces opérations constituent les premières tentatives des autorités centrales, dans le cadre du mode de budgétisation du budget global, de tenir compte de la performance économique (efficacité technique) des hôpitaux.

La première opération, appelée "Objectifs de réduction des coûts", se déroule sur une période de cinq (5) ans, entre 1972-73 à 1976-77. Sur une base volontaire, chaque hôpital est invité à se comparer à un groupe de référence et de là, à se fixer un objectif de réduction de l'écart entre ses coûts moyens pour un certain nombre de centres d'activités et les coûts moyens de son groupe de référence. Cet exercice correspond donc à des comparaisons interhospitalières relativement à leur productivité.

Pour permettre le déroulement de cette opération, le Ministère met en place un système d'informations financières et opérationnelles et un système d'incitations. Ainsi l'hôpital dont les dépenses réelles sont inférieures à son budget global approuvé, abstraction faite de ses objectifs de réduction des coûts, se voit autoriser à conserver 10% de son économie. Cette dernière n'affecte pas sa base budgétaire pour les années subséquentes. De plus, tout établissement qui dépasse ses objectifs de réduction des coûts reçoit, à titre d'incitation, 50% de ce dépassement. Cependant sa base budgétaire pour l'année subséquente est calculée en soustrayant le surpassement de l'objectif de sa base budgétaire (Tilquin & Vanderstraeten, 1987).

Bien que la pratique des règlements de fin d'année prend fin en 1973-74, les rectificatifs post-budgétaires cachent souvent des règlements de fin d'année, c'est-à-dire des comblements de déficits. Le système d'incitations a, par ailleurs, peu d'impact sur le caractère approprié de l'allocation des ressources entre les hôpitaux étant donné le caractère volontaire de l'opération. Enfin rien n'indique que cette opération ait résultée en une correction des disparités interétablissements en rectifiant la base budgétaire des hôpitaux surbudgétés.

---

La seconde opération de réduction des coûts se déroule sur une période de neuf (9) ans, entre 1977-78 à 1985-86 (DesRochers, 1987; Tilquin & Vanderstraeten, 1987). La Méthode de Révision des Bases Budgétaires (MRBB) constitue un raffinement du système de regroupement des hôpitaux utilisé lors de l'opération précédente. Cette opération est toutefois obligatoire pour l'ensemble des hôpitaux. La MRBB compte deux (2) périodes.

Lors de la première période d'une durée de quatre (4) années, de 1977-78 à 1980-81, une procédure itérative de regroupement des centres hospitaliers généraux a permis l'identification de sept (7) groupes d'hôpitaux sur la base de la similitude de leur produit. À défaut de pouvoir représenter ce produit en termes de résultats d'état de santé, l'indicateur intermédiaire "diagnostic principal à la sortie" est utilisé. Cette méthode s'inscrit également dans une logique de comparaison de la productivité de centres d'activité des hôpitaux.

Un indicateur de productivité des hôpitaux est calculé à partir de la sélection de onze centres d'activités représentant environ 80% du budget global. Deux situations sont possibles pour un hôpital : d'une part, la situation "surplus de ressources" et, d'autre part, la situation "économie de ressources". Un hôpital est en surplus de ressources lorsque ses coûts globaux sont supérieurs aux coûts moyens de son groupe de référence. Dans la situation inverse, l'hôpital est jugé en économie de ressources.

Lors de la seconde période, de 1981-82 à 1985-86, les sept (7) groupes de comparaison de la période antérieure font place à l'identification d'un groupe de comparaison particulier pour chaque hôpital. Pour l'identification des groupes, neuf (9) variables sont ajoutées à la structure de diagnostics dont la structure d'âge des clients, les dépenses en recherche et les volumes annuels de jours d'hospitalisation en soins de courte et de longue durée. Puis, une procédure de normalisation et de pondération des indices est appliquée à chaque établissement afin d'obtenir l'indice global de ressemblance de l'hôpital avec tous les autres hôpitaux. Par ailleurs, le calcul des économies et des surplus de ressources provient de ratios de productivité, obtenus de régressions non linéaires, en tenant

---

compte dorénavant de 24 centres d'activités recouvrant environ 90% du montant de la composante globale.

Suite à l'identification des hôpitaux en "surplus de ressources" (ou excédent de ressources) et en "économie de ressources", l'étape suivante consiste à confronter la performance économique à la situation budgétaire de l'hôpital (DesRochers, 1979, 1986). Dans une optique de normalisation des bases budgétaires, chaque hôpital peut expérimenter une diminution, un maintien ou encore une augmentation de sa base budgétaire. Par exemple, la situation "économie de ressources" peut être associée soit à une surbudgétisation de l'hôpital soit à une productivité supérieure. En cas d'équilibre budgétaire, il n'y a pas lieu de réduire la base budgétaire. Toutefois en cas de surplus, celui-ci sera récupéré à moins que ce surplus soit libérable, c'est-à-dire s'il provient d'une amélioration de productivité (voir la figure 4).

Si par ailleurs un hôpital performant est en déficit, c'est qu'il est sousbudgétisé et les autorités devraient accroître sa base budgétaire plutôt que de la diminuer. À l'inverse, la situation du "surplus de ressources" est associée à des coûts supérieurs pour l'hôpital relativement à son groupe de référence. Pour un hôpital en surplus budgétaire, le Ministère défalque les excédents de ressources des dépenses pour ramener sa base budgétaire au niveau des coûts moyens de son groupe de comparaison. Toutefois un hôpital en déficit pourrait voir augmenter sa base budgétaire en cas de démonstration d'une budgétisation insuffisante.

Malgré la sophistication apportée à la MRBB, les résultats de la révision des bases budgétaires ne sont pas en général bien accueillis par les hôpitaux. Les acteurs soulèvent la préoccupation de la fiabilité des données, le caractère imparfait des regroupements créés pour les fins de comparaison, l'absence d'incitatifs suffisants – en effet, les autorités ne remettent aux hôpitaux en "économie de ressources" qu'une partie du montant associée à une productivité supérieure – de même que l'approche rétrospective de la MRBB alors que la budgétisation est prospective (Dao, 1995).

**Figure 4. Résultats de la performance et de la situation financière (1979 à 1985)**

Performance	Situation financière		Surplus		Déficit	
		surplus > excédent	surplus < excédent	excédent > déficit	excédent < déficit	
Excédent de ressources	Diminution de la base budgétaire	Diminution de la base budgétaire	Diminution de la base budgétaire	Augmentation possible de la base budgétaire	Diminution de la base budgétaire	
Economie de ressources	surplus > économie	surplus < économie	surplus < économie	excédent > déficit	excédent < déficit	Augmentation de la base budgétaire

Source: DesRochers, 1979.

Ainsi après avoir fait l'objet de quatre (4) versions en neuf (9) années, la MRBB n'a su recueillir l'adhésion des hôpitaux. Selon des analystes du système de santé (Bélanger, 1994; DesRochers, 1987), la MRBB a servi surtout d'instrument de répartition des contraintes financières que comme un moyen d'améliorer l'équité et l'efficacité dans la répartition de l'enveloppe financière accordée aux hôpitaux. En effet, l'application de la MRBB se déroule dans un contexte de décroissance budgétaire (Villeneuve, 1985, 1986), le Québec connaissant une crise économique majeure au début des années 1980. Villeneuve (1985, 1986) estime à 20M\$ la compression nette pour les hôpitaux de Montréal entre 1977-78 à 1983-84. L'emploi de la MRBB permet alors d'éviter l'allocation de compressions paramétriques aux hôpitaux.

Cette opération de contrôle de l'évolution des coûts hospitaliers s'est déroulée, par ailleurs, avec le maintien de la pratique ad hoc d'éponger les déficits de certains hôpitaux. Ainsi pour un hôpital, la stratégie d'afficher un déficit peut être considérée rentable puisque l'évaluation du risque de sanction est jugée faible (Villeneuve, 1985, 1986). Par ailleurs, les déficits accumulés du réseau de la santé et des services sociaux ont été renfloués en 1983 pour un montant de 450M\$ (Bégin, 1991, p. 52; Bégin et al., 1987) en deux (2) vagues, tout d'abord, pour les années financières allant de 1974-75 à 1979-80 puis pour les années 1980-81 et 1981-82. En 1986, les autorités renflouent de nouveau les déficits accumulés des établissements (1982-83 à 1985-96) pour un montant de 279M\$.

Il y a abandon de la MRBB en 1985-86 et simultanément du recours au construit de la performance dans la budgétisation des hôpitaux. Cette situation peut constituer un pas en arrière dans la mesure où aucune méthode de budgétisation comportant des critères rationnels d'allocation de ressources, à saveur statistique et/ou économique, n'est proposée (DesRochers, 1986). Il y aura un retour de l'emploi de la performance pour l'allocation de ressources, particulièrement pour l'allocation de compressions, vers le milieu des années 1990.

#### *4.1.1.2.2 Second mouvement : Opération Blitz et suite*

L'opération Blitz s'étale sur une période d'environ deux (2) ans, de 1984 à 1986. Opération de révision financière ad hoc conduite par de hauts fonctionnaires du

---

Ministère, les objectifs de cette opération consistent, d'une part, à analyser la dynamique de l'évolution des coûts du réseau et, d'autre part, à responsabiliser les hôpitaux, particulièrement les conseils d'administration, sur l'évolution des coûts et le respect budgétaire. En effet, l'évolution structurelle des hôpitaux jumelée à des compressions budgétaires au début des années 1980 expliquent, en partie du moins, l'occurrence de déficits annuels au sein de plusieurs hôpitaux (Bégin, 1989; Bégin et al., 1987).

Des représentants d'une soixantaine d'hôpitaux de courte durée et d'hôpitaux psychiatriques en situation de déficit d'opération sont reçus au Ministère. En préparation à cette rencontre, les hôpitaux préparent un dossier visant à expliquer leur situation financière et à documenter les discussions pour une éventuelle correction (réajustement à la hausse) de leur base budgétaire. Ce dossier pouvait comprendre: 1. le profil financier de l'hôpital; 2. le profil de l'hôpital (spécificité (ex.: enseignement, recherche, mission), données opérationnelles et statistiques, modifications de services dispensés par l'hôpital); 3. un volet de la performance et de la productivité de l'hôpital ainsi que les facteurs pouvant influencer la productivité et la performance; 4. la description du processus budgétaire de l'hôpital; 5. les orientations stratégiques de l'hôpital; et 6. la proposition d'un plan d'intervention.

Deux (2) résultats principaux sont issus de l'opération Blitz. Tout d'abord, elle a permis une addition de ressources au niveau des bases budgétaires de certains hôpitaux. En effet, chaque hôpital reçu au Ministère a expérimenté soit un maintien soit une augmentation de sa base budgétaire. Ainsi les hôpitaux déficitaires n'ont pas été sanctionnés sur la base de leur performance. Cette augmentation de la base budgétaire a été appliquée à partir de l'année budgétaire 1986-87. Simultanément à cet ajustement, il y a eu prise en charge des déficits accumulés des hôpitaux de 1982-83 à 1985-86 et ce, pour l'ensemble des hôpitaux au Québec.

Le deuxième résultat de l'opération Blitz est l'instauration d'une politique d'ajustement budgétaire annuel appelé "coût de système santé" à compter de 1986-87. Cet ajustement budgétaire tient compte des facteurs d'augmentation des coûts

---

autres que l'inflation pouvant affecter la situation financière de l'hôpital, à savoir l'évolution de la clientèle (ex. vieillissement), le développement technologique et la croissance des effectifs médicaux. L'implantation du coût de système fait suite également à une étude portant sur les causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers (Comité interministériel sur l'évolution des coûts hospitaliers, 1985). Dans un premier temps, un cadre normatif s'appliquait à l'ensemble des hôpitaux. Puis, un taux uniforme de majoration appliqué à la composante globale de l'hôpital selon sa classe d'appartenance (ex.: hôpital de courte durée, hôpital de longue durée) a été mis en place en 1989-90.

Suite à l'opération Blitz, l'État n'a plus eu recours à des opérations structurées de réduction des coûts. Depuis l'année financière 1990-91 (Dao, 1995), le Ministère privilégie plutôt la réduction du taux d'indexation des différentes composantes du budget des hôpitaux. Ces composantes ou postes budgétaires sont (Lefebvre, 1989) : la masse salariale des syndiqués, les charges sociales de l'employeur, les dépenses non salariales (le facteur d'actualisation étant l'indice des prix des fournitures) et la masse salariale des cadres.

De plus, le Ministère ne comble plus les déficits des hôpitaux et ne récupère plus leurs surplus. La non récupération des surplus, sous contrainte du maintien du volume d'activités, s'explique par la non-surbudgétisation présumée des hôpitaux suite aux opérations de réduction des coûts, de la MRBB et de l'opération Blitz (Lecours dans Dao, 1995). Cette non récupération des surplus est un incitatif puisque ceux-ci peuvent être transférés au fonds d'immobilisations. Ainsi les surplus sont associés à une productivité accrue des hôpitaux (Lefebvre, 1989).

Les hôpitaux sont également responsables de leur déficit. La totalité du déficit est imputable à l'hôpital bien que dans certains cas une partie de celui-ci peut être comblée par le Ministère en cas de démonstration de productivité accrue (Côté, 1995). La tactique du déficit, auparavant rentable pour un hôpital, peut maintenant résulter en un problème de légitimité et de crédibilité relativement à l'environnement institutionnel ainsi qu'en des difficultés accrues d'obtention de ressources additionnelles. Par exemple, le développement immobilier et la composante du budget de développement sont conditionnés par l'équilibre



---

budgétaire à partir de 1990. De même, l'obtention de l'enveloppe du "coût de système santé" est assujettie à l'obligation de l'atteinte de l'équilibre budgétaire à partir de 1989-90.

Depuis l'opération Blitz, le Ministère n'a plus eu recours à des opérations structurées de révision des bases budgétaires bien que le Ministère ait augmenté la base budgétaire de certains hôpitaux de façon ad hoc (Dao, 1995). Le "coût de système santé" est demeuré en vigueur jusqu'en 1995-96. Alors qu'au début de son application, une enveloppe paramétrique est allouée aux hôpitaux, il y a diminution puis disparition (en 1991-92) de la partie paramétrique; le coût de système santé est alors alloué à des besoins dits prioritaires. À partir de 1995-96, le coût de système santé est en quelque sorte remplacé, du moins dans la région de Montréal, par un "Fonds d'équilibre régional", lequel s'inscrit dans le Plan régional d'organisation des services de la région. Des montants sont disponibles pour les hôpitaux et associés à l'accès de certains services ultrasécialisés (ex. cardiologie tertiaire et transplantations d'organes).

#### *4.1.1.2.3 Troisième mouvement : défi qualité performance et politique de santé et de bien-être*

Ce troisième et dernier mouvement débute après la réforme administrative et législative qu'a connue le système de soins québécois au début des années 1990. Ce mouvement se traduit par une complexité accrue dans les relations entre les hôpitaux et les autorités centrales, complexité se traduisant dans la présence simultanée de deux (2) toiles de fond interdépendantes. La première toile de fond est l'adoption d'une politique de santé et de bien-être (MSSS, 1992). Cette politique propose 19 objectifs de résultats en vue de maximiser les impacts positifs des soins sur la santé de la population tout en cherchant à réduire les écarts de santé entre les populations régionales. Le Québec compte, pour une population d'environ sept millions d'habitants, 18 régions sanitaires calquées sur les régions administratives. Il existe, par ailleurs, certaines disparités de santé entre les régions du Québec (Pampalon, 1994).

La seconde toile de fond est constituée du contexte de crise des finances publiques, contexte découlant de la détérioration de la situation budgétaire et

---

financière du gouvernement du Québec associée à une conjoncture économique instable. Selon Bélanger (1994), le secteur de la santé et des services sociaux ne peut à la fois totaliser une part importante des dépenses gouvernementales sans en sentir les contraintes globales. De là, le document ministériel "Défi qualité performance" (MSSS, 1993a) comprend des propositions en vue de "répondre" aux "exigences" des toiles de fond. Ce document comprend trois orientations : 1. la consolidation de la Réforme administrative et législative; 2. l'amélioration des conditions de santé et de bien-être ainsi que la qualité des soins en conformité avec la politique de santé et de bien-être; et 3. l'annonce d'importantes compressions budgétaires. Au départ, les compressions budgétaires triennales, appliquées à partir de 1994-95, avaient été estimées à 750M\$ alors que Turgeon et Sabourin (1996) estiment les compressions budgétaires à 1,4 milliard de dollars pour la période 1995-98. Selon l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ, 1998), les établissements à vocation hospitalière ont absorbé environ 80% de l'ensemble des compressions.

Au niveau de l'environnement institutionnel, ces deux (2) toiles de fond se traduisent par l'ajout de deux (2) critères d'allocation des ressources pour les hôpitaux : d'une part, le critère de la performance économique (efficacité technique) et, d'autre part, celui des états de santé. Fait à noter, le contrôle administratif mesuré, entre autres, en termes de l'atteinte de l'équilibre budgétaire, demeure présent voire s'accroît. En effet, aux compressions budgétaires s'ajoutent des contraintes associées, entre autres, à la réforme du système de soins (ex. non financement de coûts de transition associés aux fermetures d'établissements) (RRSSSM-C, 1997b, p. 3).

Le critère des "états de santé" s'opérationnalise dans un discours réaffirmant la nécessité d'allouer les ressources entre les régions du Québec en fonction des besoins de la population. La préoccupation d'équité interrégionale constitue une valeur centrale à l'instauration du système de santé (Angus et al., 1995; L.R.Q., chapitre S-4.2, 1995). Au niveau macroscopique, cette norme, quasi incontournable, est fondée sur la volonté reprise dans la politique de santé et de bien-être de réduire les écarts des régions du Québec du point de vue de la santé et

---

du bien-être, de l'accès aux services et de la disponibilité des ressources (Pampalon et al., 1995, p. 330).

À cette fin, une méthode fondée sur le per capita corrigé a été développée. Cette méthode établit un ratio entre les ressources et la population de chaque région, ratio modulé par les différences régionales dans les coûts de services et les besoins de la population. Dans un contexte d'allocation de ressources, la relation entre les besoins et les ressources est considérée linéaire (Pampalon et al., 1995, p. 328), un écart de 10% entre les besoins de deux (2) régions correspondant à une différence de 10% dans les ressources à allouer.

Des indicateurs de besoins pour chacun des huit (8) programmes-clientèles et des 18 régions du Québec ont été calculés. L'emploi de plusieurs sources de données est nécessaire à la construction de ces indicateurs dont des données socio-démographiques, des données provenant d'enquêtes sociales ou de santé et des données d'utilisation de services. Depuis 1994-95 (Lemay, 1997, p. 6), le Ministère, dans son mandat de favoriser l'équité interrégionale, utilise la méthode des indicateurs de besoins dans la répartition des contraintes régionales. Cela nous amène à poser l'hypothèse d'une complexification de l'allocation des ressources mais cette fois-ci entre les autorités centrales et régionales : l'enjeu pour chaque Régie régionale étant d'essayer d'obtenir la plus petite compression possible du Ministère, compression qui, par la suite, est absorbée par les établissements principalement par les hôpitaux.

Le second critère d'allocation de ressources, celui de la performance économique, refait surface après son retrait lors de l'opération Blitz. L'efficacité technique consiste dans le rapport entre un coût unitaire observé de l'hôpital et un coût de référence. Deux méthodes ont été proposées au Québec pour établir ce coût unitaire de référence : le regroupement d'hôpitaux homogènes et l'élaboration d'un modèle économétrique. La méthode du regroupement d'hôpitaux avait été retenue lors de l'application de la MRBB puis abandonnée après avoir fait l'objet de plusieurs critiques.

---

La méthode retenue par le comité tripartite "Association des hôpitaux du Québec, Ministère et conférence des Régies régionales" (MSSS, 1994b) est celle du modèle économétrique. L'une des variables explicatives du modèle est le niveau d'intensité des ressources utilisées (NIRU). Calculé à partir des DRG (diagnostic-related group), le NIRU est un complément de mesure de l'activité hospitalière (DesRochers, 1986, 1987; MSSS, 1994b). Le DRG consiste en la classification des séjours hospitaliers des patients en groupes homogènes contenant des pathologies de même nature et des traitements équivalents en termes de coûts et de durée de séjour. Les morbidités associées à un même DRG sont des catégories de diagnostics iso-ressources (DesRochers, 1986).

Les autres variables explicatives du modèle se rapportent au processus de production des hôpitaux : les dépenses concernant le soutien direct et le soutien indirect liées à l'enseignement, le nombre annuel de cas traités (économies d'échelle) et les dépenses relatives aux services ambulatoires exprimées en pourcentage du total des dépenses des cas hospitalisés (MSSS, 1994b). L'étude du ratio du coût moyen observé des hospitalisations par hôpital et le coût attendu selon le modèle économétrique permet de juger de la performance relative des hôpitaux. Un ratio inférieur à 100 laisse présumer un hôpital performant alors que l'inverse pourrait indiquer la possibilité de gains potentiels d'efficience.

En tenant compte des coûts de production des services et de la lourdeur des cas, l'allocation des ressources pourrait résulter en une plus grande équité entre les hôpitaux. Pour le comité tripartite (MSSS, 1994b), les discussions entourant l'équité des bases budgétaires doivent s'inscrire dans la tentative de répondre à la fois aux objectifs d'équité d'accès aux ressources et de performance économique. En effet, ne tenir compte que de l'objectif d'équité interrégionale comporte un danger significatif à savoir cautionner un manque d'efficience et pénaliser l'efficience. L'emploi du NIRU dans l'allocation des ressources, ou des compressions budgétaires, n'est pas encore fréquent (Lemay, 1997, p. 6 et 11). L'allocation de compressions intrarégionales peut cependant inclure l'emploi de DRG. C'est le cas pour la région de Montréal-Centre où certaines contraintes ont été octroyées, du moins en 1994-95 et en 1996-97, en utilisant ce critère (par exemple: RRSSSM-C, 1996a).

---

En conclusion, cette section montre bien les efforts des autorités pour contrôler l'évolution des coûts des hôpitaux. Dans un cadre de budget détaillé et dans un contexte de prospérité économique, ce souci de contrôle est moins apparent. Toutefois, l'adoption du budget global et l'introduction de notions liées à la performance économique s'inscrivent dans un souci de contrôle accru. Alors que la première démarche d'opération de réduction des coûts est de nature volontaire, les opérations suivantes sont obligatoires et s'appliquent dans un contexte de contraintes financières plus fortes. Enfin, la cessation du comblement des déficits des hôpitaux en 1986, suite à l'opération Blitz, et le développement de nouvelles activités et de services conditionnels à l'équilibre budgétaire indiquent la fin de la rentabilité de la stratégie de déficit pour les hôpitaux.

À partir de 1990-91, la non-indexation totale des composantes budgétaires crée un stress financier pour les hôpitaux puisque leur marge de manoeuvre est limitée quant à l'évolution des prix de facteurs de production (Angus et al., 1995, p. 40). Puis les compressions substantielles du Défi qualité performance auxquelles se sont ajoutées d'autres contraintes, dont certaines sont associées à la réforme dans l'organisation régionale des services (ex. non financement pour les coûts de transition associés aux fermetures d'hôpitaux), contribuent à la détérioration rapide de la situation financière des hôpitaux. L'allocation des ressources et des compressions se complexifie pour les hôpitaux avec l'ajout de nouveaux critères dont le retour de la performance économique (ex. NIRU) et les "états de santé" (ex. per capita corrigé).

Suite à une vague de contraintes et de compressions budgétaires significatives jumelée à une réforme du système de soins, il y a une détérioration rapide de la situation financière des hôpitaux. Et alors que jusqu'en 1990-91, la situation financière collective des établissements membres de l'AHQ affiche un surplus, à partir de 1991-92 c'est la situation inverse qui prévaut. Les déficits accumulés des membres de l'AHQ sont passés de près de 137 millions de \$ en 1996-97 à 580 millions de \$ pour 1998-99, selon des prévisions établies à l'automne 1998 (AHQ, 1997, 1998).

---

À l'hiver 1999, et suite à la divulgation d'un budget équilibré pour le gouvernement du Québec, le discours de la Ministre de la Santé (MSSS, 1999), annonce le remboursement de la dette accumulée du réseau de la santé ainsi que les conditions liées au versement des 700 millions de \$ prévus. Il n'y avait pas eu de tel remboursement depuis presque 15 ans, le dernier remontant en 1986. Préalablement à l'obtention d'une partie du remboursement de leur dette, les établissements devront cependant élaborer et faire approuver un plan d'équilibre budgétaire. Ce plan devra prévoir le retour à un budget équilibré sur un maximum de trois (3) ans. Par ailleurs, les versements subséquents seront effectués en fonction des résultats effectifs des établissements dans l'atteinte de leur équilibre budgétaire tout en faisant l'objet d'une entente de gestion entre le Ministère, la Régie régionale et l'établissement. À l'instar des épongements des déficits de 1983 et de 1986, les mécanismes utilisés lors de l'épongement annoncé en 1999 ne tiennent pas compte de la performance relative des établissements.

#### ***4.1.2 Caractéristiques de la gestion financière provenant de l'environnement externe***

La présente section constitue une brève description – nous n'avons pas ici la prétention d'être exhaustif – de caractéristiques de la gestion financière inhérentes aux hôpitaux québécois pour l'ensemble de la période à l'étude. Ces caractéristiques sont celles transmises (et obligatoires) par les autorités centrales et communes à l'ensemble des hôpitaux. Le respect de ces caractéristiques est nécessaire pour assurer la poursuite du financement public des hôpitaux.

Les hôpitaux québécois sont financés, en grande partie, à même les fonds publics. Dans le cadre d'un système public, il est possible de distinguer deux (2) aspects au financement (DesRochers, 1987). Le premier a trait au niveau de financement, c'est-à-dire à la couverture des soins assurés par l'État lequel puise ses revenus à même les impôts et taxes. Dans un système démocratique comme le nôtre, la décision du niveau de financement est éminemment politique. Ce n'est pas de cette réalité dont il sera question ici mais du second aspect du financement à savoir les mécanismes d'allocation des ressources.

---

La budgétisation est l'instrument principal de financement pour les dépenses de fonctionnement des hôpitaux (DesRochers, 1987). Si la budgétisation constitue une façon de compenser un établissement pour les dépenses encourues, c'est-à-dire une modalité selon laquelle l'État attribue des fonds, le financement est un terme plus général s'appliquant aux sources de financement de l'établissement. Plusieurs sources de financement peuvent être sollicitées par un même établissement dont : le Ministère de la Santé et des services sociaux (depuis 1993-94, la Régie régionale), d'autres établissements (ex. : ventes de services), la fondation de l'hôpital voire d'autres fondations (ex. : recherche sur maladies infantiles, cancer), les usagers de l'établissement (ex. : chambres privées, stationnement), d'autres Ministères ou instances gouvernementales dans le cadre de projets spécifiques (ex. : gouvernement fédéral), etc.

Au Québec, il existe une dichotomie entre le financement, et les règles de financement, des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'immobilisations. En effet, l'un des principes directeurs décrits dans le Manuel de gestion financière (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap. 1) est celui de la comptabilité par fonds. Les fonds de fonctionnement, également appelées dépenses d'exploitation, et d'immobilisations sont les deux (2) fonds principaux. Ceux-ci sont donc présentés de façon distincte. Les interrelations entre les fonds seront abordés plus loin. L'emploi de ces interrelations est l'un des indicateurs de l'utilisation de la gestion financière en tant que levier stratégique pour les hôpitaux.

#### *4.1.2.1 Dépenses de fonctionnement (ou d'exploitation)*

Les dépenses de fonctionnement, que l'on retrouve dans le fonds d'exploitation du manuel de gestion financière des établissements (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 1, p. 4), regroupent les activités courantes de fonctionnement, c'est-à-dire les activités principales et les activités accessoires (voir le tableau IV). Le financement pour ces deux (2) types d'activités diffère. Les activités principales sont les activités effectuées pour produire les services et les soins aux patients hospitalisés et aux personnes qui utilisent les services sur une base ambulatoire. Ces services et soins engendrent diverses dépenses salariales, à l'exclusion des

Tableau IV. Composantes du budget de fonctionnement (exploitation)

<u>Activités principales</u>		<u>Activités accessoires</u>	
<b>B U D G E T</b>	1. composante globale	<b>B U D G E T</b>	1. activités complémentaires
	2. composante détaillée		2. activités commerciales
	3. composante "Autres" (coût de système, développement, etc.)		
<b>G L O B A L</b>		<b>A C T I V I T É S</b>	
		<b>A C C E S S O I R E S</b>	
<u>Financement</u>		<u>Financement</u>	
1. Public (MSSS, RRSSS)		1. Public (MSSS, RRSSS)	
2. Autres publics (CSST, SAAQ, etc.)		2. Public et parapublic (RAMQ, CSST, enseignement, recherche, etc.)	
3. Usagers		3. Usagers	
4. Autres établissements		4. Fondations	
5. Etc. (ex. Fondation)		5. Secteur privé (ex. : montage financier)	
		6. Etc.	



---

honoraires médicaux facturés par les médecins à la Régie de l'Assurance-maladie du Québec (RAMQ), des dépenses pour l'achat de fournitures médicales et non médicales, de médicaments, etc.

Les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend dans la limite de sa mission et qu'il dispense en sus de la prestation de services. Ces activités se divisent en deux (2) grandes catégories. Tout d'abord, les activités dites complémentaires comprennent les activités associées à la vocation universitaire de certains hôpitaux (enseignement et recherche), à la présence de projets pilotes, à la santé au travail (CSST), etc. L'appellation "activités commerciales" correspond à la seconde catégorie d'activités accessoires. Le parc de stationnement de l'hôpital, les cantines et casse-croûte, la location de téléviseurs sont quelques-unes de ces activités.

#### *4.1.2.1.1 Budget de fonctionnement : activités principales*

Avec l'adhésion du Québec à la loi fédérale de l'assurance-hospitalisation, le financement des activités principales des hôpitaux provient principalement des autorités centrales. Le mode de budgétisation adopté pendant 12 ans (1960-61 à 1971-72) est le budget détaillé. C'est une méthode de planification budgétaire dans laquelle toutes les rubriques de dépenses doivent recevoir l'autorisation au préalable du central (Dao, 1995; Lecours, 1993). Reflet d'un contrôle administratif élevé, le budget détaillé nécessite l'approbation ligne par ligne des différents postes budgétaires. Dans le cas des hôpitaux, ces postes (ou catégories) représentent des facteurs de production (ex. masse salariale) également appelés intrants.

Pour corriger les faiblesses du budget détaillé, particulièrement le peu de flexibilité et d'autonomie de gestion, et suite à une expérimentation pilote par une vingtaine d'établissements, le mode de budgétisation du budget global est adopté en 1972-73 (DesRochers, 1985; Tilquin & Vanderstraeten, 1987). Ce mode de budgétisation est toujours en vigueur (Rhéault, 1995). Le budget global consiste en la réception d'une seule enveloppe budgétaire par établissement, déterminée selon une méthode historique d'allocation des budgets entre les établissements.

---

L'année financière 1970-71 a été choisie comme année de base pour l'allocation budgétaire des hôpitaux en 1972-73.

Ce mode de budgétisation suit une approche d'actualisation de la base budgétaire. Le Manuel de gestion financière du Ministère (MSSS, 1991a, 1993b) décrit le processus incrémentaliste de la budgétisation : le budget de l'hôpital étant la reconduction du budget indexé de l'année précédente (Bégin et al., 1987; DesRochers, 1987; Lefebvre, 1989; Tilquin & Vanderstraeten, 1987). Différents taux d'indexation s'appliquent aux différents postes du budget (Lefebvre, 1989, p. 18 et suivantes). Le tableau V présente quelques-uns des facteurs d'actualisation associés à différents postes budgétaires ou intrants.

Les facteurs d'actualisation excluent tout effet de variation de volume ou de services, ces effets étant couverts par les ressources allouées pour le développement et par d'autres politiques d'ajustements budgétaires (ex. : coût de système "santé", personnes âgées en perte d'autonomie et ajout de nouveaux services). Enfin, et tel que rapporté par un document du Ministère (Lefebvre, 1989, p. 20), l'actualisation accordée dans les budgets approuvés est dépendante du montant de ressources alloué à cette fin par le gouvernement. Dans le contexte actuel de crise des finances publiques, l'actualisation du budget ne suit plus le rythme de croissance des coûts des facteurs de production depuis 1990-91. Cela ne va pas sans créer un stress financier pour les établissements puisque ceux-ci doivent engager leurs dépenses en incluant les hausses des coûts (ex. : augmentation des charges sociales) alors que leur marge de manoeuvre est limitée quant à l'évolution des prix de facteurs de production (Angus et al., 1995, p. 40).

Les composantes principales du budget global sont au nombre de trois (3) (Tilquin & Vanderstraeten, 1987). Tout d'abord, la composante globale (voir le tableau IV) représente environ 80% du budget et vise les frais d'opération, c'est-à-dire les activités cliniques, administratives et de soutien. L'administration peut transférer les crédits d'un centre d'activités à un autre en fonction des priorités de l'hôpital. Un taux global d'accroissement identique est assigné à cette composante pour l'ensemble des établissements d'une même catégorie.

**Tableau V. Facteurs d'actualisation (d'indexation) pour les différents intrants du budget de fonctionnement**

<b><u>Intrants</u></b>	<b><u>Facteurs d'actualisation</u></b>
Masses salariales des syndiqués	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux du coût de système salarial;</li> <li>• Taux d'indexation des échelles salariales;</li> <li>• Taux d'augmentation relié aux versements forfaitaires (s'il y a lieu) aux employés.</li> </ul>
Charges sociales de l'employeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variation des taux moyens (effet des taux de cotisation et des maximums de gains cotisables) pour les contributions de l'employeur relativement à :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- la CSST;</li> <li>- l'assurance-chômage;</li> <li>- la RRQ;</li> <li>- la RAMQ.</li> </ul> </li> </ul>
Dépenses non salariales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'augmentation de l'indice du prix des fournitures (I.P.F.)</li> </ul>
Masse salariale des cadres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'augmentation des échelles salariales;</li> <li>• Pourcentage du coût de la politique pour contribution exceptionnelle.</li> </ul>

Source : Lefebvre, 1989, pp : 19-20.

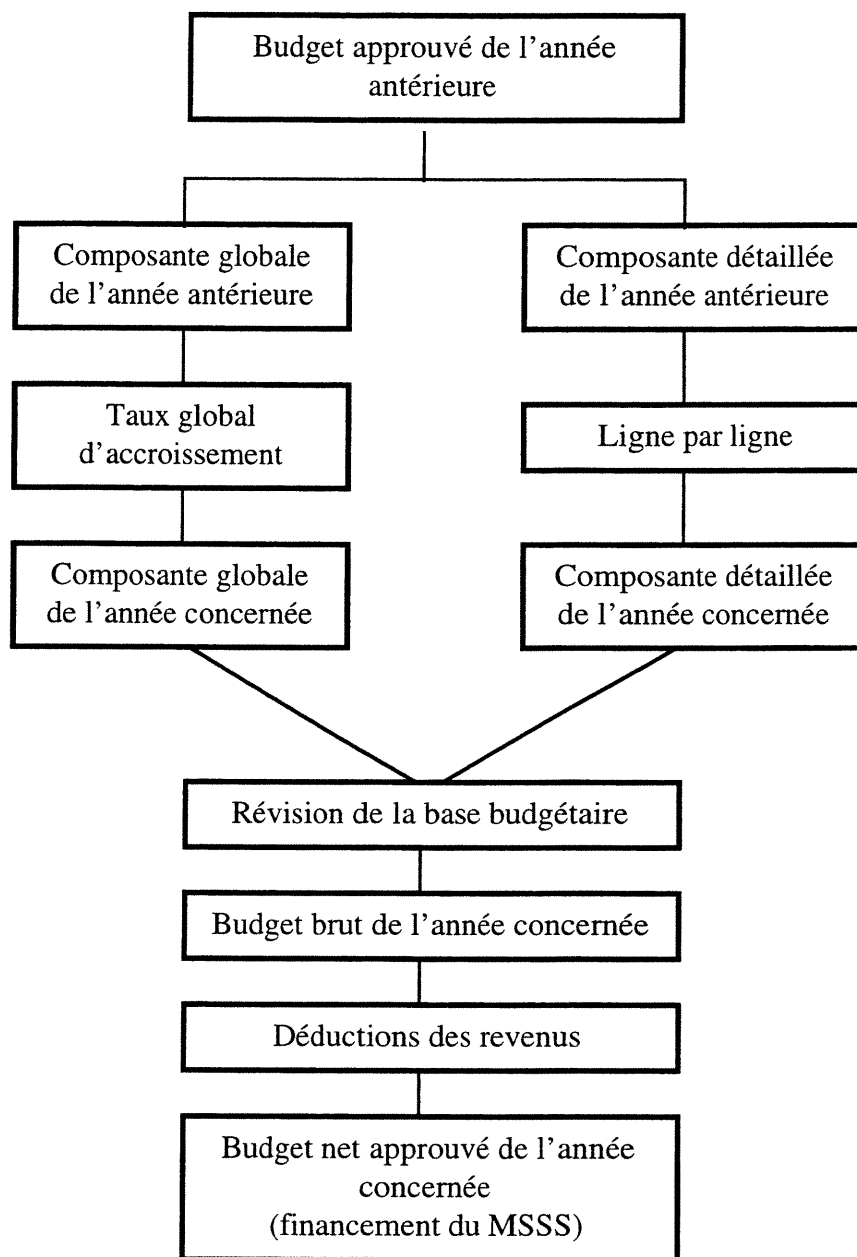
La seconde composante, la composante détaillée, représente environ 20% du budget et est assignée, entre autres, aux cadres, aux services à domicile et à la santé communautaire (Lefebvre, 1989). Dans le cas de la composition détaillée, l'approbation ligne par ligne a été maintenue et la progression annuelle suit des critères ad hoc et de cas par cas. La dernière composante, celle dite de développement, consiste en l'ajout de nouveaux services (Lefebvre, 1989), de la croissance de services nécessitant une approbation spécifique pour une année financière donnée ou encore de l'allocation du "coût de système santé". Toutefois, pour l'année financière suivant l'approbation les coûts d'opération associés à ce nouveau service sont intégrés dans la composante globale du budget de fonctionnement de l'établissement. L'ajustement "coût de système santé" n'est cependant pas acquis d'une année à l'autre (Lecours, 1993, p. 29). Comme nous le verrons à la section sur les immobilisations, l'acquisition de nouvelles technologies peut également résulter en un accroissement du budget de fonctionnement; c'est ce qui est appelé le développement obligatoire.

#### 4.1.2.1.1.1 *Financement net*

Quelle est la partie des dépenses des activités principales financée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux et, plus récemment, par les Régies régionales? Question d'apparence simple qui nécessite cependant une réponse exhaustive (voir la figure 5). Voici, dans un premier temps, la définition du financement également appelé financement net approuvé, budget net approuvé, budget net de fonctionnement ou budget net agréé.

$\text{Financement} = \text{Dépenses brutes (ou admissibles)} - \text{Revenus déductibles (ou autonomes)}$
--

Selon le manuel de gestion financière (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 2, p. 3), on entend par dépenses admissibles, toutes les dépenses qui permettent la réalisation des activités principales d'un établissement. Celles-ci incluent principalement les dépenses courantes d'exploitation faites pour la prestation de services, dépenses ayant été au préalable indexées selon leur taux d'accroissement (accroissement positif ou nul), ainsi que les dépenses reliées aux ventes de services et aux projets

**Figure 5. Détermination du budget par les autorités**

Source : DesRochers, Gilles (1987). Financement et budgétisation des hôpitaux. Québec : Les Publications du Québec, Annexe 1.

---

d'investissements autofinancés. Les composantes globale et détaillée expérimentent des taux différents d'indexation. La composante globale est la portion du budget qui s'ajuste annuellement suivant un taux unique pour tous les établissements d'une même catégorie (ex. : hôpitaux de courte durée, CLSC) (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 2, p. 4). Fait à noter, l'allocation de compressions budgétaires est intégrée à la composante globale du budget des hôpitaux.

La composante détaillée comprend les postes budgétaires dont le montant a été isolé pour de multiples raisons dont la volonté de suivre les montants reliés à certains programmes (ex. : santé communautaire, SIDA, cadres). Il est ainsi possible d'appliquer des taux d'indexation différents pour les différents postes. Les sommes prévues pour ces activités ne peuvent faire l'objet de permutation budgétaire contrairement aux postes de la composante globale.

Suite à la détermination des composantes globale et détaillée de l'année concernée s'additionne ou se soustrait, lorsque cela s'applique, la révision de la base budgétaire de l'hôpital. La révision de la base budgétaire est abordée à la sous-section suivante. Le résultat intermédiaire obtenu est le "budget brut". Puis, les revenus déductibles sont défalqués du budget brut (ou des dépenses brutes). Également appelés revenus autonomes, ces revenus découlent des dispositions de l'article 30 du Règlement sur la gestion financière (Lefebvre, 1989) et incluent les revenus suivants (voir aussi MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 2, p. 6) :

1. les revenus de suppléments de chambres privées et semi-privées dans un établissement et les revenus provenant des contributions imposées aux bénéficiaires non-résidents et aux tiers responsables;
2. les revenus provenant de la location d'un espace ou de la vente d'un service à un autre établissement, à un conseil régional (ou une régie régionale) ou à un organisme sans but lucratif; et
3. les revenus ayant un traitement budgétaire équivalant à celui des ventes de services, c'est-à-dire que la prévision des charges doit égaler celle des revenus. Dans cette troisième catégorie, il y a les contributions de la CSST pour les services à domicile, les contributions de la SAAQ pour la réadaptation sociale

---

des victimes d'un traumatisme couvertes par la Loi sur l'assurance-automobile, etc.

En pratique, les revenus déductibles découlant des activités principales se répartissent en deux groupes, selon qu'ils soient établis de façon définitive au budget approuvé, ceux-ci sont appelés les revenus non rectifiables, ou selon qu'ils sont établis d'après le coût réel confirmé au rapport financier, c'est-à-dire les revenus rectifiables (voir le tableau VI) (Lefebvre, 1989, p. 33).

Le montant des revenus de ventes de services est établi en reportant celui qui apparaît au budget de l'année précédente et en l'indexant au besoin, alors que celui des autres revenus divers des établissements est estimé au budget et ajusté selon le réel lors du dépôt du rapport financier de l'établissement (Lefebvre, 1989, p. 35). Lefebvre (1989, p. 43) évalue les revenus autonomes à environ 6,4% du total des revenus. Le budget net agréé, également appelé financement, provient donc de la soustraction des revenus déductibles du total des dépenses brutes.

En général, les hôpitaux sont informés du montant de leur budget net agréé en début d'année financière courante sinon un quart du budget de l'exercice financier précédent est reconduit au début de chaque trimestre et demeure en vigueur jusqu'à ce qu'il soit remplacé par le montant des sommes qui sont affectées au budget de l'exercice financier visé (L.R.Q., chapitre S-4.2, 1995, article 287). Ce budget fait alors habituellement l'objet de versements périodiques à l'hôpital. Selon un principe directeur inscrit dans le Manuel de gestion financière, l'exercice financier d'un établissement débute le 1er avril d'une année pour se terminer le 31 mars de l'année suivante : par exemple, l'exercice 1995-96 a débuté le 1er avril 1995 pour prendre fin le 31 mars 1996.

#### *4.1.2.1.1.2 Révision de la base budgétaire*

Cette opération consiste à augmenter ou à diminuer, s'il y a lieu, le budget des dépenses brutes d'un établissement. Cette révision est effectuée en tenant compte des disponibilités des ressources financières mises à la disposition du Ministère, puis par la suite des régies régionales, et des règles budgétaires applicables

**Tableau VI. Détermination du budget :**  
**Liste des revenus non rectifiables et rectifiables**

**Déduction des revenus (déductibles ou autonomes)**

<b>1. Revenus non rectifiables</b> (établis de façon définitive au budget approuvé, c'est-à-dire lors de la réception du budget de de l'année financière courante)	<b>2. Revenus rectifiables</b> (établis de façon définitive d'après le coût réel, donc en fin d'année financière, confirmé au rapport financier)
1.1 ventes de services et revenus similaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>- CSST à contrat et RAAQ</li> <li>- CSST : physiothérapie et ergothérapie</li> <li>- CSST : services à domicile</li> <li>- CSST : réserve de lits</li> <li>- RAAQ : réadaptation sociale</li> <li>- CSST : réserve de lits</li> <li>- ventes des services</li> </ul>	2.1 suppléments de chambres  2.2 contribution de bénéficiaires relativement à la tierce responsabilité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- CSST (autres cas)</li> <li>- gouvernement fédéral</li> <li>- non-résidents du Québec (autres provinces canadiennes, autres pays)</li> <li>- services non assurés</li> </ul>
1.2 autres revenus divers des établissements de services sociaux	2.3 médicaments spéciaux  2.4 adultes hébergés (CH, CA, pavillons)  2.5 Autres revenus provenant de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- locataires hébergés</li> <li>- locations d'espaces</li> </ul>

Source : Lefebvre, 1989, pp : 33-35.



---

(MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 2, p. 4). Cette révision, lorsque confirmée, devient récurrente pour les années subséquentes. La révision de la base budgétaire d'un hôpital tient compte de la productivité des hôpitaux, des indices de besoins de la population à desservir et de la richesse relative des régions.

Les ajustements à la base budgétaire récurrente d'un hôpital peuvent résulter de réductions ou d'abandons d'activités vers une autre organisation, d'augmentations ou de nouvelles activités provenant d'un transfert d'une autre organisation, de changements de vocation de l'établissement, de la prise en charge définitive d'activités financées auparavant par des transferts provenant de fonds affectés (subventions provenant exclusivement du Ministère ou de la régie régionale reliées à des programmes ou services précisément définis et ne pouvant être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées; ex. : hormone de croissance), etc. (Lefebvre, 1989, p. 15).

Pour un hôpital, l'obtention d'une augmentation de sa base budgétaire constitue un levier stratégique significatif. Une telle révision peut permettre, entre autres, le financement de nouvelles activités. Elle peut également confirmer une augmentation de la productivité de l'hôpital, liée par exemple à l'augmentation de la demande, augmentation qui jusqu'alors ne s'était pas traduite par une hausse de financement; on dit alors de la révision de la base budgétaire qu'elle vise le maintien de services existants.

Une révision de la base budgétaire d'un hôpital peut être effectuée suite à sa demande. Il arrive également que les autorités fassent des opérations pan réseau pour réviser celles-ci. L'application de la Méthode de Révision des Bases Budgétaires (MRBB), de 1977-78 à 1985-86, et l'Opération Blitz constituent deux (2) façons différentes de réviser les bases budgétaires d'hôpitaux. Lors de la MRBB, les hôpitaux pouvaient expérimenter une révision, à la hausse ou à la baisse, de leur base budgétaire lors de la confrontation de leur performance économique et de leur situation budgétaire. Plusieurs situations étaient alors envisageables. Par exemple, la présence d'un déficit des activités principales dans un contexte de croissance du niveau d'activités pouvait résulter en une révision à la hausse de la base budgétaire d'un hôpital. De même, un surplus budgétaire

---

pouvait résulter soit en une hausse (ex. en cas d'une augmentation de la productivité) soit en une baisse (ex. en situation d'abandon de certaines activités) de la base budgétaire d'un hôpital.

L'Opération Blitz, tel que déjà décrite antérieurement, est une opération de révision financière ad hoc conduite par le Ministère entre 1984 et 1986. Chaque établissement révisé – les établissements reçus au Ministère affichaient un déficit supérieur à 1% de leur budget d'opération en 1984-85 – a expérimenté le maintien ou une augmentation de sa base budgétaire. Les établissements déficitaires n'ont donc pas été sanctionnés sur la base de leur performance financière. Les hôpitaux affichant des résultats équilibrés ont-ils été pénalisés, plus que les hôpitaux déficitaires, lors de révision de leur base budgétaire? C'est du moins ce que certains ont prétendu lors de l'opération Blitz. Il n'y a pas eu de révision pan réseau des bases budgétaires des hôpitaux depuis. Le Ministère aurait cependant augmenté la base budgétaire de certains établissements de façon ad hoc (Dao, 1995).

#### *4.1.2.1.2 Budget de fonctionnement : activités accessoires*

Les hôpitaux ont la responsabilité de s'assurer du financement des dépenses n'apparaissant pas au budget approuvé, c'est-à-dire celles des activités accessoires. Les activités accessoires doivent donc s'autofinancer tout en étant classifiées selon les normes du MSSS (1993b, Vol. 01, chap 3, p. 15). En conséquence, aucune activité ne peut être entreprise ni aucun service rendu sans que l'hôpital ait prévu des revenus d'activités accessoires pour en prévoir les coûts. Les sources de revenus des activités accessoires sont au nombre de trois (3) : le financement public et parapublic, les revenus commerciaux et les revenus d'autres sources.

Le manuel de gestion financière identifie la présence de sept (7) bailleurs de fonds possibles dans la catégorie "financement public et parapublic" : le Conseil régional ou la Régie régionale (projets pilotes, etc.), le Fonds de la recherche en santé du Québec, la RAMQ (rémunération des résidents en médecine, aides techniques), les établissements d'enseignement (enseignement et bibliothèque), la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) (santé au travail, aide technique), la Société de l'assurance-automobile du Québec (aides techniques,

etc.) et d'autres établissements (ex. : consultations externes). Le financement public peut également être alloué pour le paiement d'intérêts sur les emprunts (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 3, p. 17).

Les revenus commerciaux proviennent exclusivement de l'opération d'activités commerciales dont la cantine et casse-croûte et la location de téléviseurs. Les revenus d'autres sources peuvent provenir de fondations, d'entreprises privées, d'organismes subventionnaires pour les activités de recherche, etc. Enfin, l'avoir propre de l'hôpital peut être utilisé pour financer, en cas de déficit, les activités accessoires. L'avoir propre est constitué (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 1, p. 6) des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère (ou par la Régie) et des sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions sans condition rattachée.

Selon Lefebvre (1989, p. 39), les établissements disposent d'une grande latitude pour générer les revenus des activités accessoires. Les acteurs des établissements pourraient sûrement nuancer quelque peu cette affirmation. En effet, les hôpitaux sont en situation de relative compétition avec d'autres organisations pour l'obtention de revenus d'activités accessoires, si l'on en juge, entre autres, par la diminution des subventions en recherche, la hausse du nombre de fondations et la diminution du nombre de résidents en médecine.

#### *4.1.2.1.3 Encadrement général du budget*

Chaque hôpital est responsable de la saine gestion des sommes qui lui sont allouées. Ainsi, pour assurer les opérations relatives à la prestation des services qu'il est appelé à fournir et essentiels à la réalisation de sa mission, l'article 284 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2, 1995) – avant la révision de cette Loi, consultez l'article 178 – mentionne l'obligation de l'équilibre entre les prévisions budgétaires des dépenses et des revenus.

D'autres articles de cette loi permettent de tracer un bref survol de l'encadrement général du budget. C'est au conseil d'administration à s'assurer (article 284) que

---

l'hôpital prépare les prévisions budgétaires en fonction des paramètres que le MSSS (ou la Régie régionale), lui a fait connaître. Depuis la réforme administrative du début des années 1990, les paramètres budgétaires régionaux sont déterminés en conformité avec ceux transmis par le ministre.

La divulgation du budget de fonctionnement (ou du budget net agréé) se fait habituellement en début d'année financière. Du moins, selon les articles 285 et 286, cette divulgation a lieu le 1er avril, premier jour de la nouvelle année financière. Dans l'éventualité où l'hôpital n'a pas été informé du montant de son budget, un quart du budget de l'exercice financier précédent est reconduit (article 287). Le budget transmis est composé du budget brut de l'année concernée, des revenus autonomes devant contribuer au financement du montant des dépenses du budget brut ainsi que de la subvention qui vient combler le solde du montant des dépenses qui est admissible aux subventions et non pourvu par les revenus autonomes (Lefebvre, 1989, p. 3-4).

Aussi et conformément à la réglementation en vigueur, les établissements doivent, trente jours après la réception de leur budget, transmettre au Ministère, maintenant à la Régie régionale (article 286), un budget détaillé et, le cas échéant, dans un délai de soixante jours (article 286), transmettre un plan d'équilibre budgétaire si ce budget n'est pas en équilibre (Lefebvre, 1989, p. 4).

La préparation du budget détaillé se fait en tenant compte de l'évolution du coût des activités et de paramètres associés aux charges (salaires, avantages sociaux, heures rémunérées, etc.) et aux revenus (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 2, p. 8). Cependant, c'est à l'hôpital d'établir les règles et modalités de répartition des ressources financières mises à sa disposition, entre les différents postes budgétaires suivant les besoins propres à son plan d'organisation (article 282).

Lorsque le budget détaillé prévoit un déficit, le conseil d'administration a la responsabilité de voir à l'élaboration d'un plan d'équilibre budgétaire (articles 285 et 286). Ce plan doit être adopté par le conseil et transmis, auparavant au Ministère, à la Régie régionale (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 2, p. 9). Ce plan d'équilibre budgétaire indique les mesures d'économies à appliquer pour respecter

---

le budget en distinguant celles n'affectant pas les services directs à la clientèle de celles susceptibles de les affecter.

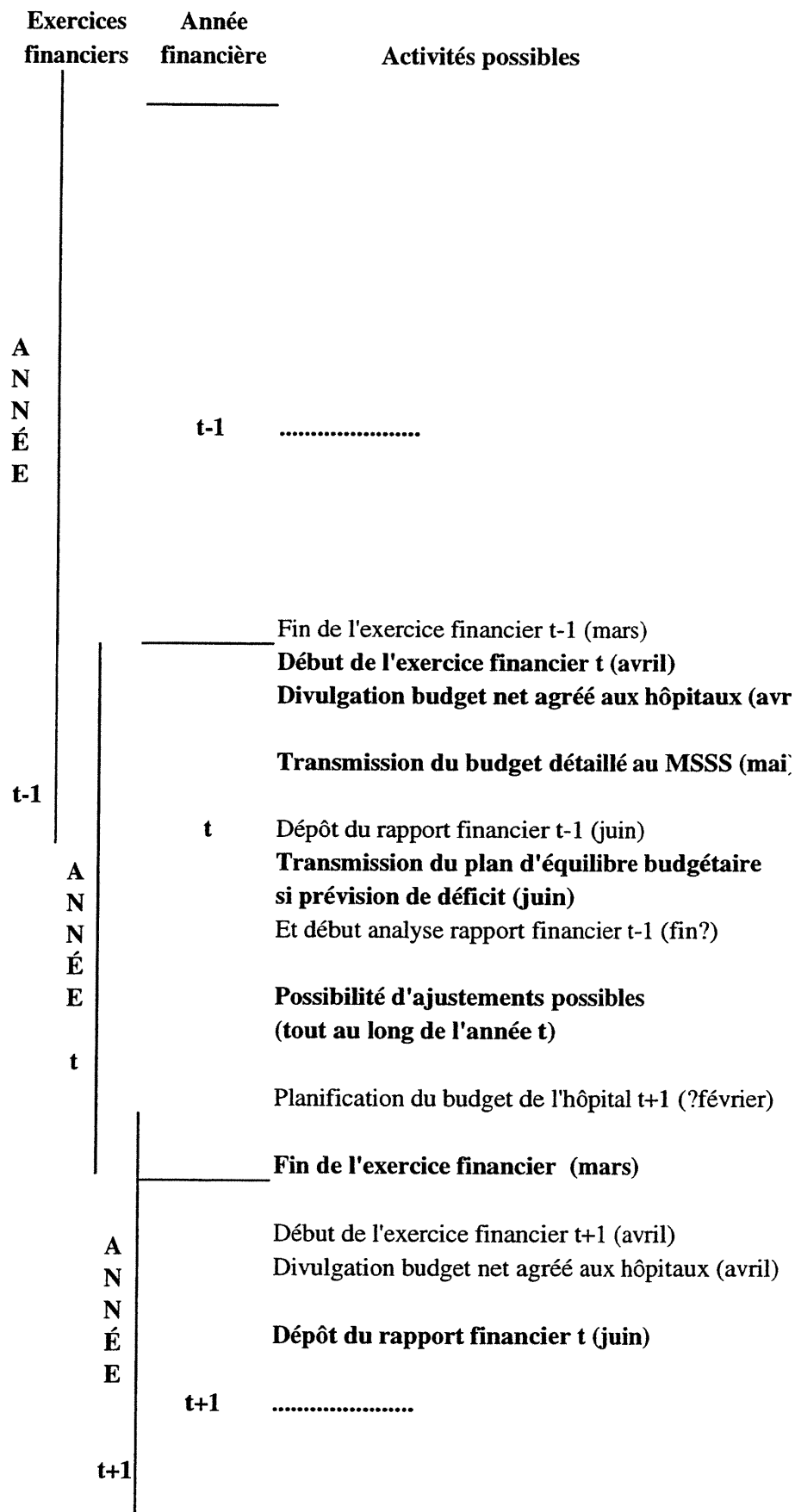
Le financement total que l'hôpital reçoit du MSSS (ou de la Régie) pour une année financière n'est pas nécessairement celui du budget net agréé. En effet, même si le budget est divulgué dès le début de l'exercice financier, il doit ensuite être ajusté pour y intégrer des éléments relatifs aux dépenses qui n'étaient pas statuées ou connues avec exactitude lorsqu'il a été transmis pour la première fois (Lefebvre, 1989, p. 5) tel une révision de la base budgétaire. C'est le cas pour certains facteurs d'actualisation ou d'indexation, des ajustements particuliers à certains établissements, notamment ceux reliés à l'ajout de nouveaux services, et l'application de la politique sur les rectificatifs postbudgétaires qui a lieu après le dépôt du rapport financier annuel. Suite à cette analyse, des corrections, à la hausse ou à la baisse, au budget de l'hôpital sont possibles (Lecours, 1993, p. 23).

C'est donc dire la complexité du processus budgétaire des hôpitaux, et les pressions institutionnelles pour l'atteinte de l'équilibre – la section 3.1 de l'état des connaissances aborde également cette question et rapporte, entre autres, des critiques formulées par les établissements envers les autorités sur les modalités entourant ce processus –, puisque la gestion de l'agenda de trois (3) exercices financiers est minimalement à faire de façon simultanée : celui de l'exercice courant, celui de l'exercice précédent pour l'analyse des résultats financiers – c'est ce que montre la sous-section suivante – et celui de l'exercice suivant lequel correspond à l'année de planification de l'hôpital (voir la figure 6).

#### *4.1.2.1.3.1 Les résultats annuels des opérations*

L'un des indicateurs d'une saine gestion des fonds alloués aux hôpitaux est sans contredit celui de l'atteinte de l'équilibre budgétaire (AHQ, 1993; Bégin et al., 1987). Pour un même hôpital et pour la même année financière, deux (2) résultats sont disponibles : l'un pour les activités principales et l'autre pour les activités accessoires. Différents combinaisons sont possibles. Ainsi l'hôpital peut avoir un déficit pour ses activités principales et un surplus pour ses activités accessoires. Le traitement des résultats pour les deux (2) types d'activités n'est cependant pas identique (voir le tableau VII).

Figure 6. Les cycles budgétaires concomittants



---

**Tableau VII. Résultats des activités du budget de fonctionnement (exploitation)**

**Activités principales**

1. Déficit : imputable à l'avoir propre (c'est-à-dire diminution)

Note : Avant 1986-87, le déficit était imputé au solde des activités principales. Cela avait comme résultat de ne pas diminuer l'avoir propre, d'où une plus grande possibilité de transfert au fonds d'immobilisations.

2. Surplus : (a) libérable suite à l'analyse du MSSS :  
imputable à l'avoir propre (augmentation)

(b) non libérable suite à l'analyse du MSSS :  
récupération du surplus par le MSSS

**Activités accessoires**

1. Déficit : imputable à l'avoir propre (c'est-à-dire diminution)

2. Surplus : imputable à l'avoir propre (c'est-à-dire augmentation)

Note : Il est intéressant pour un hôpital d'augmenter son avoir propre. En effet, il est possible de transférer une partie de l'avoir propre dans le fonds d'immobilisations.

---

L'excédent des revenus sur les charges des activités accessoires ou des charges sur les revenus est imputé directement à l'avoir propre (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 3, p. 19). L'hôpital peut utiliser une partie des fonds de l'avoir propre pour le transférer à son fonds d'immobilisations. Le résultat des opérations des activités principales est d'une plus grande complexité. En cas de surplus, celui-ci est présenté au solde des activités principales jusqu'au moment où le Ministère (ou la Régie) le libère à l'hôpital ou le récupère (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 3, p. 15).

Après analyse du Ministère (ou de la Régie), le surplus est libérable et transférable à l'avoir propre de l'établissement s'il ne résulte pas d'une baisse significative du volume d'activités, autrement il est récupérable par le MSSS. En cas de libération, l'hôpital l'impute à son avoir propre; par la suite, l'hôpital peut en récupérer une partie pour l'affecter à son fonds d'immobilisations. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un déficit, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre depuis 1986-87. Auparavant, l'imputation du déficit se faisait au solde du fonds des activités principales. Cette politique des surplus et déficits mise en place par le Ministère en 1983 reconnaît, selon Lefebvre (1989, p. 17), l'utilisation judicieuse des ressources des établissements.

#### *4.1.2.2 Dépenses d'immobilisations*

Dans cette section, différents aspects des dépenses d'immobilisations, dépenses qui sont comptabilisées dans un fonds distinct des dépenses d'exploitation, sont abordés. Dans un premier temps, la définition et les sources de financement des immobilisations sont présentés. Par la suite, la politique de décentralisation administrative est explicitée en incluant les responsabilités des différents acteurs.

##### *4.1.2.2.1 Définition et sources de financement*

Les dépenses pour l'achat d'équipement, la construction et les réparations majeures sont financées par des règles différentes de celles qui s'appliquent aux dépenses de fonctionnement. La dépense jugée capitalisable doit répondre à une définition opératoire à cet effet et à des fins de contrôle, le Ministère a imposé la notion de fonds d'immobilisations qui malgré son nom est plutôt un fonds de financement des immobilisations (Lecours, 1993, p. 31). Le manuel de gestion



---

financière indique que la Régie régionale doit également pouvoir distinguer les sources de financement des acquisitions (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 5, p. 47).

Le fonds d'immobilisations (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 1, p. 4) est le fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Autres principes directeurs du Manuel de gestion financière, les immobilisations sont comptabilisées au coût dans le fonds d'immobilisation et ne sont pas amorties. En cas d'aliénation, le montant du gain ou de la perte résultant de la différence entre le coût des immobilisations et le produit de l'aliénation est directement imputé au solde du fonds d'immobilisations (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 1, p. 7).

Un nombre relativement élevé de sources de financement est disponible pour les hôpitaux, chaque source ayant par ailleurs ses modalités d'allocation. L'étude du solde de fonds d'immobilisations du rapport financier annuel permet l'identification des sources de financement (voir le tableau VIII) que nous divisons ici en trois (3) catégories : 1. le financement public; 2. le financement relié à la réalisation de différentes missions de l'hôpital; et 3. les autres sources de financement.

Le financement public provient du Ministère et des conseils régionaux, maintenant les régies régionales. La seconde catégorie de financement, celle appelée "réalisation de missions de l'établissement", peut être assimilée à des leviers financiers utilisés à des fins stratégiques par l'hôpital. Cette seconde catégorie provient de la possibilité pour les hôpitaux de transférer des montants d'un fonds à un autre. Par exemple au niveau du fonds d'exploitation, les surplus à l'avoir propre et/ou encore les économies relatives aux projets autofinancés peuvent être transférés au fonds d'immobilisations de l'hôpital. La sous-section suivante aborde le cas particulier de la source "économie sur projets autofinancés".

**Tableau VIII. Sources de financement du fonds d'immobilisations**

	<b>Objets/ assignments</b>	
<b><u>Catégorie 1 : financement public</u></b>		
• Ministère de la Santé et des Services sociaux	Construction Immobilisations Emprunts	
• Conseil régional de la santé et des services sociaux (ou Régie régionale ...)	Immobilisations Construction	
<b><u>Catégorie 2 : réalisation de missions de l'établissement</u></b>		
<b>Transferts interfonds*</b>	• Avoir propre de l'établissement (fonds d'exploitation)	Selon priorités de l'hôpital
	• Économies sur projets autofinancés (fonds d'exploitation)	Selon priorités de l'hôpital
	• Fondations (fonds de dotation)	Selon priorités de la Fondation
	• Immobilisation financés par projets de recherche (fonds d'exploitation)	Immobilisations
<b><u>Catégorie 3 : autres sources de financement</u></b>		
• Intérêts et dividendes	Selon priorités de l'hôpital	
• Autres :		
- Corporation d'hébergement du québec	Selon priorités de l'hôpital	
- Gouvernement fédéral	Selon priorités de la source de financement	
- autres dons		
- montage privé/public		

\*Transferts interfonds : il est possible, en suivant certaines modalités,  
de transférer des montants d'un fonds à un autre.

Note : Ces sources sont énumérées dans le rapport annuel financier des  
hôpitaux (As-471).

---

Les fondations peuvent également contribuer au financement des immobilisations en respectant les modalités inscrites à l'article 262 de la Loi (L.R.Q., chapitre S-4.2, 1995). La contribution des fondations peut être allouée pour différents éléments de la mission de l'hôpital : immeuble (achat, construction, etc.), immobilisations, activités de recherche, amélioration de la qualité de vie des usagers, etc. Alors que certaines fondations ont leur mission jumelée à celle d'un hôpital, d'autres définissent leur contribution relativement à des problématiques sociosanitaires (ex. : Fondation québécoise pour les cancers, LEUCAN). Enfin, les subventions, publiques ou privées, de projets de recherche menés au sein des hôpitaux peuvent en partie être utilisées au financement d'immobilisations. La dernière catégorie de sources de financement, celle des autres sources, peut provenir d'intérêts et de dividendes ou encore d'autres organismes, publics ou non (ex. : Corporation d'hébergement du Québec, gouvernement fédéral).

#### *4.1.2.2.1.1 Projet autofinancé*

Un hôpital peut entreprendre des travaux ou acheter des équipements qui entraînent des économies de dépense de fonctionnement. Ces économies, gérées comme des bénéfices, année après année, doivent servir à rembourser l'emprunt temporaire pris en charge par le fonds d'immobilisations. Ces projets sont appelés des projets autofinancés. Une fois l'emprunt remboursé, l'hôpital conserve à son fonds d'exploitation le bénéfice récurrent ainsi généré par ses investissements (Lecours, 1993, p. 31).

Un projet d'investissement autofinancé vise certaines dépenses en immobilisations (telles que immeubles, mobiliers, équipements) pouvant être financées par le budget de fonctionnement d'un hôpital, via un transfert au fonds d'immobilisations. Ceci permet de favoriser une meilleure utilisation des ressources de l'hôpital (MSSS, 1993b, Vol. 01, chap 1, p. 11). Par autofinancement, on entend le financement de certaines dépenses par la réduction de dépenses de fonctionnement existantes ou par des revenus générés par le projet.

La réalisation d'un projet autofinancé est conditionnel au respect de cinq (5) règles. Dans un premier temps, le projet doit obtenir l'autorisation préalable de la Régie régionale qui apprécie les faisabilités technique et financière du projet.

---

L'hôpital peut financer son projet soit par voie d'emprunt, et alors suivre la démarche prévue à la circulaire "Politique de financement temporaire par voie d'emprunts", soit à même ses ressources financières existantes. La seconde règle concerne la période d'autofinancement du projet qui, règle générale, ne doit pas excéder cinq (5) ans (voir "Politique de financement temporaire par voie d'emprunts" – Circulaire Vol. 03, chap 01, sujet 52, document 02, 1993).

De plus, le coût de l'investissement doit être recouvert sur la période d'autofinancement. La quatrième règle stipule que le projet ne doit pas engendrer de suppléments budgétaires. Enfin, la réalisation d'un projet d'investissement autofinancé (article 296, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1995) ne peut amener l'établissement à se soustraire à tout autre disposition légale, réglementaire ou à des directives administratives émises par le Ministère ou les régies concernant l'acquisition d'immobilisations. Par exemple, il ne peut se soucrire à l'autorisation écrite du ministre dans le cas d'acquisition d'équipements ultraspécialisés (article 113, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1995) ni à l'autorisation de la régie régionale dans le cas de travaux (article 263, L.R.Q., chapitre S-4.2, 1995).

#### *4.1.2.2 Politique de décentralisation*

La gestion des immobilisations est marquée par une décentralisation régionale depuis 1975-76 (RRSSSM-C, 1996c, p. 1). Cependant le processus pour les différents types d'immobilisations n'est pas identique. Dans cette section, nous présenterons à la fois un bref historique du secteur des immobilisations et des responsabilités de chacun des acteurs (Ministère, Régie et établissements). Par exemple, au niveau régional les responsabilités peuvent comprendre l'autorisation d'un projet, sa recommandation auprès du Ministère, son financement (partiel ou total) et le contrôle de la réalisation de celui-ci (RRSSSM-C, 1996c, p. 2). Ce dernier mandat porte sur les exigences spécifiques (engagements de professionnels, etc.) auxquels sont astreints les établissements publics au cours de la réalisation des projets en vue d'assurer le respect des lois et règlements et l'utilisation adéquate des fonds publics (RRSSSM-C, 1996c, p. 2).

---

Les dépenses d'immobilisations ont été financées suite à l'adhésion du Québec à l'assurance-hospitalisation (1961), et jusqu'en 1967, au moyen de crédits accordés par le Ministère de la Santé (DesRochers, 1987). Puis de 1967 à 1976, ces dépenses ont été financées directement au moyen de crédits prévus à cet effet (DesRochers, 1987). Une nouvelle politique de financement des immobilisations entre en vigueur le 1er avril 1976. Celle-ci vise une plus grande décentralisation au niveau des CRSSS et des établissements. Ainsi pour les projets dont le coût est d'au plus 1 million de \$, les hôpitaux sont autorisés, avec les CRSSS, à engager des dépenses de même qu'à les financer. Les projets touchés par cette politique sont les suivants : l'achat d'équipements spécialisés, l'achat d'équipements ordinaires et les projets de construction et de réaménagement.

La responsabilité de l'autorisation des dépenses ne relève pas nécessairement des mêmes acteurs : le Conseil régional (dorénavant la Régie régionale) pour l'achat d'équipement spécialisé et de construction et les établissements pour les priorités de dépenses d'achat et de financement des dépenses d'équipements ordinaires (voir le tableau IX). Pour les projets de plus d'1 million, l'autorisation et le financement des dépenses de construction et de réaménagement passent par le Ministère (DesRochers, 1987, p. 13-14). Ainsi compte tenu des impacts inhérents aux investissements d'infrastructures sur la nature et les niveaux de services dispensés, les autorisations de projets doivent être requises par les établissements, en général auprès de la Régie régionale, indépendamment de la source de financement (RRSSSM-C, 1996c, p. 1).

De 1976 à 1985, le financement des dépenses des projets de moins de 1 million de \$ provient des revenus tirés des suppléments exigés des patients pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privée, cette occupation n'étant pas assurée à même les fonds publics. Cette politique est abandonnée et le Ministère verse aux conseils régionaux et aux hôpitaux des crédits équivalants aux revenus des suppléments de chambres privées et semi-privées qu'il récupère. Selon DesRochers (1987, p. 40), ces fonds étaient insuffisants puisque la source de revenu est limitée par deux paramètres, le nombre de chambre privées et semi-privées d'une part et, d'autre part, le barème des tarifs de suppléments fixé par le gouvernement.

**Tableau IX. Identification des autorités responsables pour les immobilisations**

	<b>Recommandation</b>	<b>Autorisation</b>	<b>Modes d'allocation</b>	<b>Financement</b>
<b>Développement des actifs</b>	Priorités régionales		Priorités ministérielles	
1. Construction majeure	Régie régionale (coût > 1 M\$)	MSSS	Idem	Financement par projet spécifique*
2. Haute technologie (et développement d'équipement)	Régie régionale	MSSS	Idem	Idem
3. Péréquation MSSS	Régie	MSSS	Idem	Idem
<b>Maintien des actifs</b> (enveloppes régionales)	Priorités des établissements	Régie régionale (coût < 1 M\$)		Enveloppe région : répartition interrégionale
1. Construction santé				Financement par projet spécifique*
• répartition : 32 ch			• Statutaire récurrent selon critères	
• urgences et expertises			• Selon critères	
• transformation réseau			• Priorités régionales	
2. Équipement santé	Priorités des établissements	Régie régionale		Enveloppe région : répartition interrégionale
• médical ordinaire			• Statutaire récurrent selon critères	Financement par projet spécifique*
• médical spécialisé :			• Statutaire récurrent selon critères	
- répartition : 21 ch			• Priorités régionales	
- transformation réseau			• Selon critères	
- hors répartition				

\* Le financement par projet spécifique peut représenter différentes combinaisons : fonds public, fonds de l'hôpital et secteur privé.

Source : Fait à partir des informations contenues dans RRSSM-C, 1996c.

---

Depuis 1985, les immobilisations sont financées par des emprunts réalisés par les régies régionales (RRSSSM-C, 1996c, p. 4). Le partage des responsabilités est différent selon que l'on parle de maintien des actifs et de développement des actifs (RRSSSM-C, 1996c, p. 4). Ainsi un décret gouvernemental accorde aux régies régionales des enveloppes récurrentes destinées au maintien des actifs (RRSSSM-C, 1996c, p 1). Par maintien des actifs, on entend le maintien d'un immeuble dans un bon état physique ou encore le remplacement du mobilier ou de l'équipement devenu désuet par un autre de même nature (RRSSSM-C, 1996c, p. 4). Une autre enveloppe, celle du développement des actifs (voir le tableau IX), est associée à la création d'un nouveau service ou d'un nouvel établissement nécessitant des dépenses supplémentaires de fonctionnement. La construction d'un hôpital est financé par l'émission d'obligations garanties par l'État provincial et le service de la dette s'effectue au moyen de subventions versées à l'établissement (DesRochers, 1987, p. iv). Le MSSS est responsable de l'autorisation du développement des actifs bien que la régie puisse faire des recommandations au Ministère.

Le Ministère, après consultation des régies quant aux critères de distribution, détermine les enveloppes interrégionales de maintien des actifs. La répartition intrarégionale de ces mêmes enveloppes s'effectue selon les modalités déterminées par chaque régie. Par ailleurs, le Ministère précise ses orientations générales et détermine, en fonction des besoins et priorités des régions, les éléments qui constituent les enveloppes de développement d'actifs conformément à la programmation approuvée par le Conseil du Trésor (Circulaire Vol. 03, chap 02, sujet 30, document 01 – Modalités de gestion, de financement et de comptabilisation des enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements, 1991). Au niveau du développement des actifs, le Ministère produit un plan annuel d'immobilisation (PAI). Ce PAI ne sert pas seulement qu'à allouer des ressources au niveau des régies mais également à des fins d'allocation de ressources entre les différents ministères par le Conseil du Trésor (Bégin et al., 1987, p. 60).

---

#### *4.1.2.2.1 Services nécessitant l'autorisation du Ministre et équipements ultraspécialisés*

Malgré la présence d'une décentralisation administrative aux régies régionales et aux établissements, l'autorisation du ministre est nécessaire dans le cas de certains services et pour l'acquisition de certains équipements ultraspécialisés. Les régies peuvent cependant recommander au ministre l'ajout de ces services et/ou de ces technologies. Le tableau X présente les cas pour lesquels l'autorisation du ministre est nécessaire.

#### *4.1.2.2.2 Cas particulier : Régie régionale de Montréal-Centre*

Dans une optique de décentralisation, chaque région est appelée à définir les façons par lesquelles elle entend remplir ses mandats pour les immobilisations et équipements. Chaque région détermine les modalités particulières d'allocation des enveloppes en fonction des besoins des établissements (RRSSSM-C, 1996c, p. 4) et dispose, par ailleurs, de quatre (4) enveloppes distinctes étanches les unes relativement aux autres : construction santé, construction social, équipement santé et équipement social (voir le tableau IX).

Au plan administratif, les subventions sont attribuées à l'intérieur de programme de projets (RRSSSM-C, 1996c, p. 6) permettant un traitement global des demandes des établissements en fonction des politiques régionales. Par programmes de projets, la Régie entend un ensemble sélectionné de demandes des établissements, tels les programmes "construction santé" sécurité, vétusté ou rénovation fonctionnelle (RRSSSM-C, 1996c, p. 12). Puisque les demandes des établissements excèdent le montant disponible au niveau régional, les programmes permettent de cibler les investissements prioritaires.

Cette section présente le processus administratif de la Régie régionale de Montréal-Centre puisque les hôpitaux retenus pour l'étude font partie de cette région. C'est la région la plus peuplée du Québec et, conséquemment, celle qui se voit allouer la plus grande proportion des budgets pour la santé. La Régie régionale de Montréal-Centre a mis en place, en concertation avec les établissements, un ensemble de politiques et un processus administratif axé sur un cycle annuel d'activités (RRSSSM-C, 1996c, p. 1).



**Tableau X. Identification des services pour lesquels l'autorisation du Ministre est nécessaire**

**Services ultraspécialisés (article 112)**

Après consultation auprès de la Régie et en vue de favoriser l'intégration des services, le ministre peut :

1. déterminer la vocation suprarégionale d'un établissement à l'égard de certains services ultraspécialisés qu'il offre;
2. limiter à certains établissements la fonction d'offrir des services ultraspécialisés ou certains médicaments.

**Services équipements ultraspécialisés (article 113)**

Le ministre consulte la régie régionale avant d'accorder à un établissement certaines autorisations :

1. offrir de nouveaux services dont la nature nécessite des ressources professionnelles ou des équipements ultraspécialisés déterminés par le ministre;
2. acquérir les équipements ultraspécialisés déterminés par le ministre.

**Nouveaux services\* :**

1. chirurgie cardiaque;
2. chirurgie néonatale;
3. neurochirurgie;
4. transplantation d'organe et greffe de la moelle osseuse;
5. unités de soins intensifs périnataux et pour les grands brûlés;
6. hémodialyse;
7. unités de grossesses à risques élevés;
8. radiothérapie;
9. tomodensitométrie, résonance magnétique, tomographie par émission de positrons ou de photons;
10. lithotritie extra-corporelle.

**Haute technologie\* :**

1. techniques diagnostiques ou de visualisation;
2. radioisotopes et automatisation des laboratoires;
3. appareillage de surveillance électronique pour les bénéficiaires;
4. radiothérapie;
5. anesthésie et réanimation;
6. hémodialyse;
7. implantation de stimulateurs cardiaques.

\*Source : La liste des "nouveaux services" est explicitée dans le Décret 1822-88 (voir RRSSMC-1996c, p. A18) et celle de la "Haute technologie" à l'article 36, paragraphe 3, du Règlement sur la gestion financière des établissements.

---

Le résumé de ce processus à cinq (5) étapes est inclus à la figure 7 ci-jointe. La première étape consiste dans le dépôt des demandes des établissements publics selon l'ordre de priorités de chacun des établissements. En général, l'échéance pour le dépôt des établissements est le 31 janvier. La Régie juge souhaitable de respecter les priorités assignées par les établissements et ce, dans le contexte de maintien des actifs. Les établissements seraient plus à même d'identifier les situations les plus urgentes (RRSSSM-C, 1996c, p. 12), la Régie pouvant également identifier des secteurs d'investissements jugés prioritaires en présence d'une problématique généralisée (ex. : sécurité-vétusté).

À la seconde étape "Budgets et programmes d'exercice" les demandes sont étudiées par plusieurs comités au sein de la Régie. Les décisions sur les immobilisations sont également adoptées par le conseil d'administration de la Régie. La troisième étape est celle des versements des subventions d'équipement ordinaire (renouvellement). Les projets individuels des programmes et projets et demandes ad hoc des établissements font également l'objet d'étude au sein d'un comité de la Régie au préalable à leur autorisation. Enfin, et c'est la cinquième étape, il peut y avoir révision majeure des programmes de projets.

En plus de ce processus administratif axé sur un cycle annuel d'activités, la Régie a mis en place une planification régionale des immobilisations (RRSSSM-C, 1996c, p. 20) laquelle s'inscrit dans un horizon à moyen terme (3 à 5 ans). Les résultats de cette planification se traduisent par les choix effectués par la Régie lors du dépôt des priorités d'immobilisations au MSSS ou encore lors du dépôt des projets de haute technologie au niveau des équipements médicaux majeurs.

#### ***4.1.3 Synthèse : identification de leviers stratégiques associés à la gestion financière***

Suite à la description des budgets de fonctionnement (ou d'exploitation) et des immobilisations, il est possible d'identifier certains leviers stratégiques associés à la gestion financière des hôpitaux. Les tableaux suivants dressent un aperçu – nous n'avons pas ici la prétention d'être exhaustif – de leviers possibles d'action. Pour chaque hôpital, ces leviers sont généralement associés à l'augmentation de

**Figure 7 : Résumé du processus administratif pour l'étude des immobilisations à la RRSSM-C**

**DÉPÔT ANNUEL DES DEMANDES DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS  
SELON L'ORDRE DE PRIORITÉS**



**BUDGETS ET PROGRAMMES D'EXERCICE**

- Élaboration
- Consultation auprès des Commission/Comité
- Étude par Comité budget-réseau
- Étude par Comité d'allocation des ressources
- Adoption par le conseil d'administration



**VERSEMENTS DES SUBVENTIONS D'ÉQUIPEMENT ORDINAIRE (renouvellement)**



**PROJETS INDIVIDUELS DES PROGRAMMES  
PROJETS ET DEMANDES AD HOC DES ÉTABLISSEMENTS**

- Étude individuelle
- Dépôt et examen au Comité budget-réseau
- Décision selon le coût des projets:
 

0 à 150 000 \$:	directeur des immob. et finances-réseau
150 000 à 300 000 \$	directeur général
300 000 à 500 000 \$	comité administratif
500 000 \$ et plus	Comité d'allocation des ressources Conseil d'administration



**RÉVISION MAJEURE DES PROGRAMMES DE PROJETS (si requis)**

- Reprise du processus initial de consultation et d'approbation

---

revenus ou encore à la capacité de financer différents projets pour la réalisation de sa mission, par exemple pour l'ajout de services, pour la vocation universitaire (ex. enseignement, recherche) et pour l'acquisition d'immobilisations.

Tout dépendant des cas, l'actualisation de leviers peut nécessiter l'appui d'acteurs externes à l'hôpital ou d'acteurs internes voire une combinaison des deux. Par exemple, l'atteinte des objectifs financiers d'une campagne de financement d'une fondation interpelle les acteurs externes et internes à l'hôpital alors que le résultat de l'équilibre budgétaire nécessite la contribution des acteurs à l'interne.

Le tableau XI identifie quelques moyens pour les hôpitaux d'augmenter les revenus du budget d'exploitation et fait la distinction entre les activités principales et les activités accessoires. Au niveau des activités principales, un hôpital peut déposer des projets auprès des autorités dans la composante budgétaire "autres" afin d'ajouter de nouveaux services; en cas de réponse positive, le budget de l'hôpital est alors augmenté. Autre exemple, un hôpital peut demander une révision de sa base budgétaire. Dernier exemple, la réalisation d'un déficit ou d'un surplus budgétaire peut – tout dépendant du contexte externe – être une façon d'augmenter les revenus des hôpitaux. Alors que l'obtention de déficit budgétaire ait résulté en l'obtention de ressources supplémentaires, particulièrement au début des années 1980, la réalisation de surplus est davantage efficace par la suite. Ainsi le surplus peut être transféré, sous certaines conditions, à l'avoir propre de l'hôpital et, de là, être utilisé pour l'acquisition d'immobilisations. De même, l'atteinte de l'équilibre budgétaire est nécessaire à l'obtention d'autres enveloppes dont celle du coût de système "santé" à partir de 1989-90.

Au niveau des activités accessoires, les moyens d'augmenter les revenus passent généralement par une hausse de la contribution financière des différentes sources de financement. Ces sources comprennent différents bailleurs de fonds publics (ex. RAMQ, FRSQ), des organismes subventionnaires et les fondations voire encore des partenariats public/privé pour la recherche ou encore les usagers pour les activités commerciales de l'établissement. L'obtention d'un surplus pour les activités accessoires est également intéressant puisque son transfert à l'avoir propre de l'hôpital peut être affecté par la suite au fonds d'immobilisations.

Tableau XI. Identification de leviers d'action : budget d'exploitation

Activités principales	Activités accessoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>• composante globale</li> <li>• composante détaillée</li> <li>• composante «Autres»* (ex. : développement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• activités complémentaires</li> <li>• activités commerciales</li> </ul>
<b>Leviers possibles :</b>	
<p><b>1. Dépôt de projets dans la composante "Autres" :</b> Suite à l'approbation, les coûts sont ensuite intégrés à la composante globale du budget. (ex. : budget de développement)</p> <p><b>2. Révision de la base budgétaire</b></p> <p><b>3. Résultats des activités principales :</b></p> <p><b>3.1 déficit :</b> possibilité de l'époungement de celui-ci par le MSSS (stratégie non rentable depuis quelques années)</p> <p><b>3.2 surplus :</b> en cas de libération du surplus, transfert à l'avoir propre de l'hôpital.</p> <p><b>4. Revenus autonomes :</b></p> <p><b>4.1 revenus non rectifiables :</b> pénalité pour un hôpital s'il n'arrive pas à atteindre les revenus budgétisés en début d'année financière. ex. : ventes de services et revenus similaires</p> <p><b>4.2 revenus rectifiables :</b> possibilité de rectificatifs budgétaires à l'avantage de l'hôpital (ex. supplément de chambres). Possibilité de (longues?) discussions avec l'analyse du MSSS suite au dépôt du rapport financier.</p>	<p><b>1. Revenus activités complémentaires :</b> pour augmenter ces revenus, besoin d'ententes ad hoc avec les bailleurs de fonds suivants :</p> <p><b>1.1 Régie</b> (projets pilotes, etc);</p> <p><b>1.2 FRSQ</b> (recherche);</p> <p><b>1.3 RAMQ</b> (résidents, aide technique);</p> <p><b>1.4 établissements d'enseignement</b> (enseignement, bibliothèque);</p> <p><b>1.5 CSST</b> (santé au travail, aide technique);</p> <p><b>1.6 SAAQ</b> (aide technique);</p> <p><b>1.7 Autres établissements.</b></p> <p><b>2. MSSS - activités complémentaires :</b> financement pour paiement d'intérêts sur emprunts.</p> <p><b>3. Revenus activités commerciales :</b> revenus provenant de l'opération de ces activités (ex. : cantine, stationnement)</p> <p><b>4. Autres revenus possibles - activités accessoires :</b></p> <p><b>4.1 Fondation de l'hôpital</b> (recherche)</p> <p><b>4.2 Autres fondations</b> (recherche)</p> <p><b>4.3 Organismes subventionnaires</b> (recherche) - fédéral/provincial</p> <p><b>4.4 Montage financier</b> (recherche) (ex. : jumelage privé/public)</p> <p><b>5. Avoir propre :</b> en cas de surplus des opérations des activités commerciales, transfert à l'avoir propre de l'Hôpital.</p>

\* La composante du budget «autres» (ex. : développement) de même que l'obtention du coût de système «santé» sont conditionnels à l'atteinte de l'équilibre budgétaire depuis 1989-90.

---

De même, le tableau XII indique quelques moyens pour augmenter les revenus du budget d'immobilisations des hôpitaux. Pour un hôpital, une tactique souvent utilisée pour consolider son niveau d'immobilisations consiste à avoir une liste de projets à réaliser; l'objectif est alors d'obtenir les différentes autorisations – ce qui peut être très long – et le financement pour actualiser ces projets. Dans le cas des immobilisations, il importe d'obtenir au préalable l'approbation des autorités et ce, même si le financement des immobilisations est totalement à la charge de l'hôpital. Il en est ainsi à cause des impacts possibles sur la nature et les niveaux des services dispensés sur le budget d'exploitation suite à la réalisation de travaux ou d'achat d'immobilisations (RRSSM-C, 1996c, p. 1). Une autre tactique généralement efficace consiste à diversifier les sources de financement puisque le financement public pour les immobilisations est reconnu comme peu abondant (AHQ, 1993; DesRochers, 1987). Cette diversification de sources peut provenir, entre autres, de fondations et de partenariats public-privé.

Enfin, le tableau XIII présente quelques interrelations possibles entre les fonds. Ainsi malgré la comptabilité séparée entre les fonds d'exploitation et d'immobilisations, il est possible, conditionnellement à certaines modalités, de transférer des montants d'un fonds à l'autre. Ces interrelations constituent un indicateur de l'utilisation de la gestion financière en tant que levier stratégique pour les hôpitaux. Voici quelques exemples d'interrelations.

L'obtention d'un surplus, au niveau des activités principales et/ou des activités accessoires, peut être transféré, dans un premier temps, à l'avoir propre puis au fonds d'immobilisations de l'hôpital. Conséquemment, les surplus peuvent contribuer à l'acquisition d'immobilisations. À l'inverse, un déficit diminue l'avoir propre de l'hôpital. La réalisation de projets autofinancés est une autre façon d'augmenter le niveau du fonds d'immobilisations. C'est à chaque hôpital d'identifier des projets pouvant relever de cette catégorie – c'est souvent des projets de buanderie, de système de chauffage, etc – puis de les faire autoriser par les autorités avant d'en obtenir les bénéfices. Ce sont les économies générées dans le budget d'exploitation qui, en quelque sorte, finance l'achat d'immobilisations. Le dépôt de projets jumelant l'ajout de nouveaux services et d'immobilisations ne

**Tableau XII. Identification de leviers d'action : budget d'immobilisations**

<b>Développement des actifs :</b>	<b>Maintien des actifs :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• construction majeure</li> <li>• haute technologie (et développement d'équipement)</li> <li>• péréquation du MSSS (ex. : développement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• construction santé</li> <li>• équipement santé</li> </ul>
<b>Leviers possibles :</b>	
<p><b>1. Dépôt de projets soit à la Régie soit au MSSS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en vue de son intégration soit : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le PAI (MSSS)</li> <li>- développement obligatoire</li> <li>- priorités régionales</li> <li>- etc.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>2. Demande d'ajout de nouveaux services et/ou de haute technologie au MSSS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme fonctionnel et technique de l'hôpital</li> <li>• Développement obligatoire de l'hôpital</li> <li>• etc.</li> </ul>	<p><b>1. dépôt de projets à la Régie</b> (en lien avec priorités régionales)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chaque projet pouvant présenter différentes combinaisons de sources de financement</li> </ul> <p>Note: besoin d'approbation de la Régie même si le financement est entièrement à la charge de l'établissement</p>
<b>Sources de financements disponibles :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• public (MSSS, CRSSS)</li> <li>• hôpital (avoir propre, autofinancement, Fondations, recherche)</li> <li>• autres sources.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• public (MSSS, CRSSS)</li> <li>• hôpital (avoir propre, autofinancement, Fondations, recherche)</li> <li>• autres sources.</li> </ul>

Notes : 1) Le composante du budget "développement" et le développement immobilier sont conditionnels à l'atteinte de l'équilibre budgétaire depuis 1990-91.

2) Même si un projet est totalement autofinancé par un hôpital, il doit être approuvé par la Régie régionale.

Tableau XIII. Identification de leviers d'action : interrelation entre les budgets

	Budget d'exploitation Activités principales	Activités accessoires	Avoir propre	Budget d'immobilisations
<b>Budget d'exploitation</b>				
1. Activités principales	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Déficit imputé Surplus imputable après libération MSSS	Économies sur projets autofinancés Dépôt de projets qui à la fois jumellent des nouveaux services et des immobilisations
2. Activités accessoires	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Déficit imputé Surplus imputable	Immobilisations financés par projets de recherche
3. Avoir propre	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Fonds de l'avoir propre peut être transféré dans le budget d'immobilisations
<b>Budget Immobilisations</b>	Dépôt de projets qui à la fois jumellent des nouveaux services et des immobilisations	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Note : La lecture de ce tableau se fait comme pour une matrice classique, c'est-à-dire de la colonne de gauche vers l'une des 4 colonnes de droite.



---

constitue pas comme telle une interrelation mais plutôt une façon de favoriser la synergie entre les fonds d'exploitation et d'immobilisations. Dans l'optique où la demande est acceptée, l'hôpital obtient un budget pour financer les activités de soins, l'autorisation pour l'acquisition des immobilisations et, possiblement, une partie voire la totalité du financement pour les immobilisations.

En résumé, l'emploi des différents leviers constitue des indicateurs de la gestion financière en tant que levier stratégique pour les hôpitaux. Cette gestion est complexe. Par exemple, l'hôpital doit à la fois oeuvrer à l'atteinte de l'équilibre budgétaire, tenter d'obtenir des autorités l'ajout et le financement de nouveaux services associés à sa stratégie, ainsi que développer, lorsque cela s'applique, ses activités de recherche et d'enseignement et également augmenter les revenus de son fonds d'immobilisations. Cette gestion implique la prise en compte des différents éléments de la mission d'un hôpital et nécessite, pour la réalisation des projets, l'appui d'acteurs internes (ex. corps médical) et/ou externes à l'hôpital (ex. : Ministère, Régie, fondations). Par ailleurs, alors que l'obtention de déficit budgétaire ait résulté en l'obtention de ressources particulièrement au début des années 1980, la réalisation de surplus semble davantage efficace par la suite. Ainsi un surplus peut être transféré, sous certaines conditions, à l'avoir propre de l'hôpital. De même, l'atteinte de l'équilibre budgétaire devient une condition nécessaire à l'obtention d'enveloppes, dont celle du coût de système "santé", à partir de 1989-90.

#### ***4.1.4 Conclusions***

L'une des conclusions de cette section est la démonstration de pressions fortes des autorités sur les ressources des hôpitaux. Par exemple, le mode de budgétisation globale n'est pas neutre quant au maintien d'une forme de contrôle administratif sur les activités. Ainsi le budget global a permis de regrouper les services indexables dans la composante globale mais aussi de maintenir une composante détaillée (Lecours, 1993). En plus d'exiger l'envoi de plusieurs documents budgétaires aux autorités à chaque année dont, le cas échéant, un plan d'équilibre budgétaire, l'encadrement budgétaire des hôpitaux nécessite la prise en compte de plusieurs années budgétaires. Bégin, Labelle et Bouchard (1987) rapportent la

---

gestion simultanée d'au moins trois (3) exercices : l'exercice antérieur (au temps  $t-1$ ) faisant l'objet d'analyses, de corrections et/ou d'éléments de discussions, l'exercice de l'année courante (au temps  $t$ ) et l'exercice à planifier (au temps  $t+1$ ). De plus et étant donné l'un des principes directeurs de la comptabilité, des modalités différentes s'appliquent pour le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations.

Cette section illustre également bien les efforts des autorités pour contrôler l'évolution des coûts des hôpitaux. Dans un cadre de budget détaillé et dans un contexte de prospérité économique, ce souci de contrôle est moins apparent. Toutefois, l'adoption du budget global et l'introduction de notions liées à la performance économique s'inscrivent dans un souci de contrôle accru. Alors que la première démarche d'opération de réduction des coûts soit volontaire, les opérations suivantes sont obligatoires et s'appliquent dans un contexte de contraintes financières plus fortes. Enfin, la cessation du comblement des déficits des hôpitaux en 1986, suite à l'opération Blitz, et le développement de nouvelles activités et de services conditionnels à l'équilibre budgétaire indiquent la fin de la rentabilité de la stratégie de déficit des hôpitaux du moins pour près de quinze ans.

Par ailleurs, les facteurs d'actualisation des différents postes budgétaires excluent tout effet de variation de volume ou de services, ces effets étant couverts par les ressources allouées pour le développement et par d'autres politiques d'ajustements budgétaires (ex. coût de système "santé" et ajout de nouveaux services). L'actualisation accordée dans les budgets est dépendante du montant de ressources alloué à cette fin par le gouvernement (Lefebvre, 1989, p. 20). Dans le contexte actuel de crise des finances publiques, celle-ci ne suit plus le rythme de croissance des coûts des facteurs de production depuis 1990-91. Cela ne va pas sans créer un stress financier pour les établissements puisque ceux-ci doivent engager leurs dépenses en incluant les hausses des coûts (ex. augmentation des charges sociales) alors que leur marge de manoeuvre est limitée quant à l'évolution des prix de facteurs de production (Angus et al., 1995, p. 40).

---

Puis plus récemment les compressions substantielles du Défi qualité performance auxquelles se sont ajoutées d'autres contraintes, dont certaines sont associées à la réforme dans l'organisation régionale des services (ex. non financement pour les coûts de transition associés aux fermetures d'hôpitaux), ont contribué à la détérioration rapide de la situation financière des hôpitaux. L'allocation des ressources et des compressions s'est également complexifiée avec l'ajout de nouveaux critères dont les "états de santé" (ex. per capita corrigé) et le retour de la performance économique (ex. NIRU).

Malgré les efforts faits par les autorités pour contrôler l'évolution des coûts, il arrive que ces autorités remboursent les déficits des hôpitaux. Pour la période considérée dans le cadre de ce projet de recherche, quatre (4) remboursements ont été identifiés. Il y a eu deux (2) remboursements en 1983, le premier pour les exercices budgétaires 1974-75 à 1979-80 et l'autre pour les années 1980-81 et 1981-82. Un troisième remboursement est annoncé au printemps 1986, suite à l'opération Blitz, et s'applique aux déficits de quatre exercices (1982-83 à 1985-86). Enfin à l'hiver 1999, et suite à la divulgation d'un budget équilibré pour le Québec, on annonce le remboursement de la dette accumulée du réseau de la santé.

L'intensité des pressions institutionnelles par rapport à l'atteinte de l'équilibre semble donc varier en fonction de l'état de l'économie : elle semble plus élevée en période de rareté de ressources – par exemple le critère de l'équilibre budgétaire devient une condition pour l'obtention de ressources et l'allocation de compressions a lieu en période d'austérité budgétaire – alors qu'elle semble se relâcher quelque peu lors de retour d'une certaine abondance – c'est dans ces moments qu'ont lieu, par exemple, les remboursements des déficits –. Par ailleurs, les mécanismes utilisés lors des épongements des déficits ne tiennent pas compte de la performance relative des établissements. Le remboursement annoncé en 1999 prévoit cependant des modalités de suivis et de contrôles budgétaires des hôpitaux (ex. dépôt de plan d'équilibre budgétaire, signature d'une entente de gestion entre l'hôpital, "sa" Régie régionale et le Ministère).

Enfin qu'il y ait ou non remboursements des déficits, le recours aux leviers stratégiques associés à la gestion financière – dont certains sont explicités à la section 4.1.3 – nécessite parfois l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Par exemple un surplus peut être transféré, sous certaines conditions, à l'avoir propre de l'hôpital. De même, l'atteinte de l'équilibre budgétaire devient une condition nécessaire à l'obtention d'enveloppes, dont celle du coût de système "santé", à partir de 1989-90. Ainsi, l'hôpital doit à la fois oeuvrer à l'atteinte de l'équilibre budgétaire, tenter d'obtenir des autorités l'ajout et le financement de nouveaux services associés à sa stratégie, développer, lorsque cela s'applique, ses activités de recherche et d'enseignement et également augmenter les revenus de son fonds d'immobilisations.

#### **4.2 Les études de cas : la chronologie des dynamiques financières-stratégiques**

Cette seconde partie des résultats présente les chronologies des dynamiques financières-stratégiques retenues dans le cadre de cette recherche. Afin de faciliter la lecture, nous présentons ces chronologies en fonction des phases, de la plus ancienne à la plus récente. Chaque phase débute par une description de l'environnement externe puis est suivie de la présentation de cette phase pour l'Hôpital 1 puis pour l'Hôpital 2. Cela comprend pour chacune des phases une brève description de chaque hôpital, les caractéristiques de sa gestion financière, ce que nous avons appelé le dialogue entre la finance et la stratégie – en fait, une présentation des initiatives jugées révélatrices des dynamiques financières-stratégiques en y incluant du verbatim provenant des entretiens – puis la performance ou les résultats. Ce sont ces parties des études de cas qui ont fait l'objet d'une validation par des acteurs.

Chaque phase prend fin avec une analyse transversale; cette analyse permet d'identifier des éléments communs et distinctifs aux deux (2) hôpitaux en présence d'un même environnement externe. Nous avons également étiqueté l'environnement et les hôpitaux pour chacune des phases. Afin de ne pas alourdir la présentation, les données statistiques et financières ayant permis, entre autres, d'estimer la croissance des activités et d'apprécier l'état de la situation budgétaire

---

des hôpitaux sont comprises en annexe (voir l'annexe 2), généralement sous la forme de tableaux et de graphiques.

#### *4.2.1 Phase I*

##### *4.2.1.1 Description de l'environnement externe (1983-84 à 1985-86) : incitation à la saine gestion?*

Au début des années 1980, alors qu'une crise économique majeure traverse le Québec et que le gouvernement du Québec cherche à stabiliser les dépenses dans le réseau de la santé (Tilquin & Vanderstraeten, 1987; Villeneuve, 1986), la plupart des hôpitaux de la région de Montréal expérimentent des compressions budgétaires. Villeneuve (1985, 1986) estime à 20M\$ la compression nette pour les hôpitaux de Montréal entre 1977-78 à 1983-84. Les compressions ne sont pas paramétriques puisqu'elles peuvent varier d'un établissement à l'autre. Elles sont estimées à partir d'opérations de contrôle des coûts, telle la Méthode de Révision des Bases Budgétaires (MRBB). L'emploi de cette méthode, qui allie la performance économique – calculée à partir d'un indicateur de productivité – avec la situation budgétaire d'un hôpital, avait comme objectif de répartir équitablement les ressources. Mais son contexte d'application en est un de distribution des compressions entre les hôpitaux. Parallèlement à ces compressions, il y a 2 règlements des déficits des établissements en 1983 : un pour les années 1974-75 à 79-80 et un pour les années 1980-81 et 81-82 (Bégin et al., 1987).

La MRBB a fait l'objet de plusieurs critiques malgré les modifications de raffinement faites (Tilquin & Vanderstraeten, 1987). Par exemple, le Conseil régional de Montréal a proposé de ne pas l'utiliser dans l'allocation des compressions régionales en 1983-84 suggérant plutôt une distribution au prorata des budgets (CSSSRM, 1983). L'une des critiques est qu'elle ne considère pas adéquatement les facteurs associés à la hausse des coûts des établissements dans son analyse de la performance.

Les règles du jeu budgétaire comportent également l'étude des surplus et des déficits des établissements (MAS, 1985). La politique du "1%" est adoptée en 1983. Ainsi tout établissement est tenu responsable d'un déficit inférieur à 1% de

---

son budget. De même, un surplus inférieur à 1% est laissé à l'établissement. Cependant si le déficit excède 1% du budget d'opération, l'étude de la performance de l'établissement, au moyen de la MRBB, peut mener à deux (2) conclusions : soit une surbudgétisation soit une sousbudgétisation. En cas de sousbudgétisation, l'établissement est dit en économie de ressources et sa base budgétaire peut être rehaussée. Dans le cas contraire, l'établissement, en excédent de ressources, est tenu responsable de la totalité de son déficit. De même pour la portion supérieure à 1% du surplus, l'hôpital peut le conserver si les résultats de l'étude indiquent que le surplus provient de l'efficacité administrative. Dans le cas contraire, c'est-à-dire en présence d'une surbudgétisation, une partie du surplus peut retourner au Ministère.

L'année financière 84-85 semble marquée un tournant dans cette première phase. Est-ce que l'environnement est perçu comme plus abondant? De toute façon, on note une plus forte politisation du débat (Francoeur, 1984). L'AHQ propose aux établissements d'adopter une résolution à l'effet de refuser toutes contraintes additionnelles puisque le réseau ne serait plus capable d'absorber des contraintes sans affecter la qualité et la quantité de services à la population. Les établissements sont cependant touchés par une double contrainte en 1984-85. D'une part, il y a une compression générale pour récupérer une soi-disante surindexation du budget précédent. Cette compression est dénoncée par les établissements qui se disent sousbudgétisés. D'autre part, une compression pour l'encadrement est allouée aux hôpitaux. Cette compression tient compte de l'état de ressources de l'hôpital (ex. économie ou excédent de ressources) et d'une comparaison avec le taux moyen d'encadrement de son groupe de référence.

Suite aux critiques, le MAS mettra sur pied à l'été 1984 un comité pour l'étude de l'évolution des coûts hospitaliers. Les résultats des travaux marquent la fin de l'utilisation de la MRBB et de la notion de performance en tant que critère d'allocation des ressources (Comité interministériel sur les causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers, 1985), du moins pour plusieurs années. La MRBB est apparue déficiente, notamment en raison de l'évolution de la clientèle et du développement technologique. On recommande, entre autres, de confier à d'autres intervenants le soin de questionner l'ensemble du système de santé, sa

---

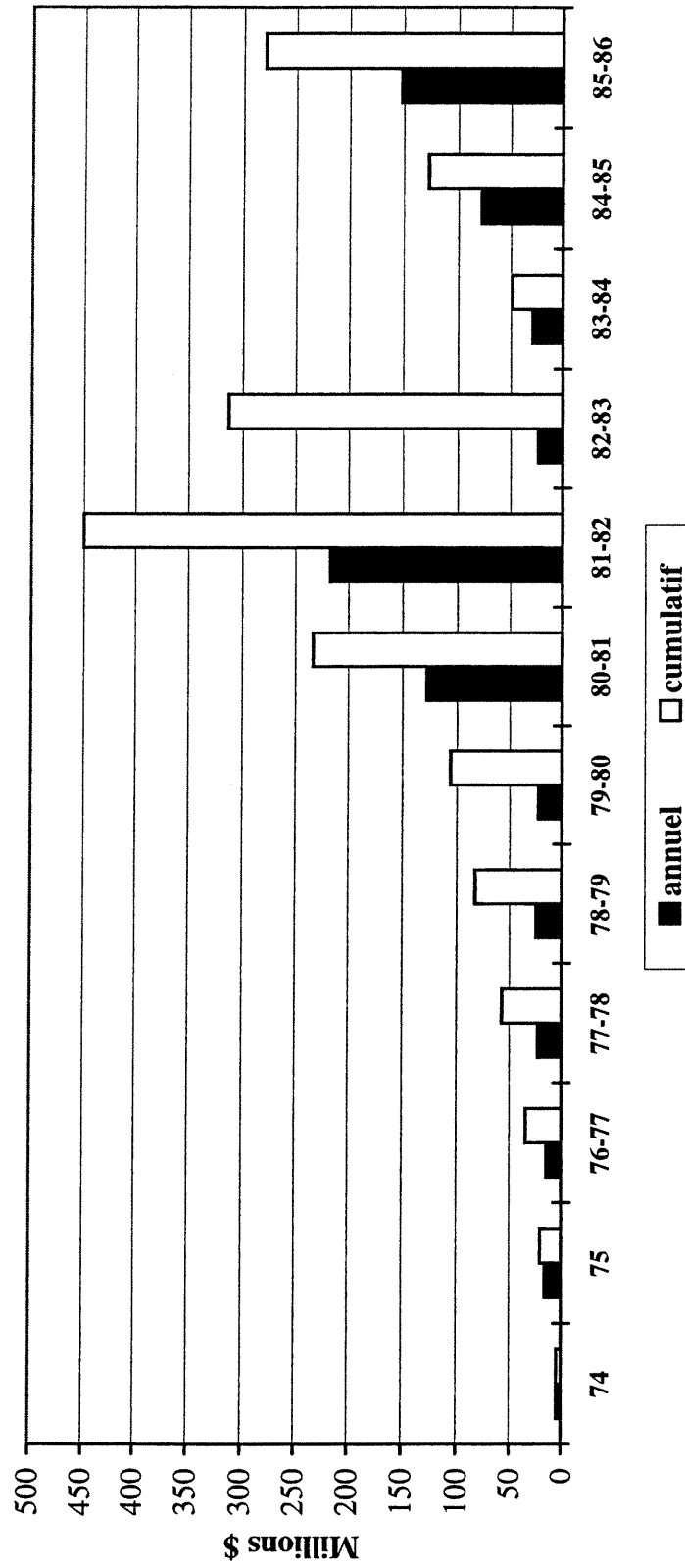
dynamique et plus particulièrement l'évolution des coûts hospitaliers. À cette fin, le souhait d'amélioration des systèmes d'information relatifs au réseau est soulevé.

Par ailleurs et toujours selon ce document (Comité interministériel sur les causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers, 1985), l'atteinte de l'équilibre budgétaire est limitée par l'absence de contrôle sur les facteurs de production des hôpitaux dont l'évolution technologique. La présence de deux (2) modes de rémunération au sein des hôpitaux est également soulevée, la rémunération des professionnels s'ajustant "automatiquement" aux activités à la différence du budget global. Par ailleurs, la demande pour les soins ne peut qu'être croissante avec le vieillissement de la population et le droit aux services qui ne souffre d'aucune réserve ou presque!

Puis à l'automne 1985, le Ministère met en place l'opération Blitz. Opération de révision financière ad hoc conduite par de hauts fonctionnaires du Ministère, elle vise à analyser la dynamique de l'évolution des coûts du réseau et à responsabiliser les établissements sur l'évolution des coûts et le respect budgétaire. Les résultats de l'exercice financier 84-85 sont "troublants" : les 180 établissements du réseau hospitalier cumulent un déficit de 80M\$. Le graphique 2, tirée de l'étude de Bégin, Labelle et Bouchard (1987) montre bien l'évolution des déficits et les consolidations de déficits en 1983.

C'est un comité formé de représentants du Ministère qui analysent les déficits des établissements afin d'octroyer, en début de la phase 2 en 1986-87, un budget mieux articulé et plus conforme à la réalité. Bien que le Ministère ait considéré l'ensemble des établissements, ceux affichant en 84-85 un déficit supérieur à 1% de leur budget d'opération ont été visités. Une soixantaine d'établissements sont dans cette situation et certains d'entre eux ont expérimenté un rehaussement de leur base budgétaire. Ainsi les hôpitaux déficitaires n'ont pas été sanctionnés sur la base de leur situation budgétaire. Le deuxième résultat est l'instauration d'une politique d'ajustement budgétaire annuel appelé "coût de système santé" à compter de 1986-87. Cet ajustement budgétaire tient compte des facteurs d'augmentation des coûts autres que l'inflation pouvant affecter la situation financière telle l'évolution technologique.

**Graphique 2. Déficit dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux  
(1974 à 1985-86)**



Source : Bégin, C. et collaborateurs (1987). "Le budget : le jeu derrière la structure", Québec, Les Publications du Québec, pp. 24 et 26.



---

En conclusion de la phase 1, la stratégie d'afficher un déficit a pu être jugée rentable – et ce fut le cas pendant quelques années – puisque l'évaluation de la sanction de la part du Ministère est jugée faible (Villeneuve, 1985). Par exemple, il y a eu 2 remboursements de déficits en 1983. Dans un contexte de décroissance budgétaire – et le fait que les hôpitaux soient fortement dépendants des fonds publics – la stratégie d'augmenter les revenus de l'établissement au moyen des déficits a été largement utilisée par les hôpitaux (Bégin et al., 1987; Tilquin & Vanderstraeten, 1987; Villeneuve 1985, 1986). L'arbitrage entre la demande et l'offre de soins au sein de l'hôpital est également facilitée. L'effet "pervers" de la stratégie des déficits d'opération est le peu d'incitation à la saine gestion interne pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire. À la limite, on peut dire que les hôpitaux étaient pénalisés en cas de saine gestion. La possibilité de récupérer une partie ou la totalité de surplus d'opération illustre ce propos.

Également lors de cette première phase, le Ministère met sur pied un comité chargé d'étudier le fonctionnement des salles d'urgence à Montréal. L'engorgement des services d'urgence de certains hôpitaux alimente (déjà) de façon cyclique la presse québécoise. Dans son allocution budgétaire 1984-85, le Ministre de la santé indique son intention d'accorder une attention particulière à l'organisation des services d'urgence. Avec le changement de gouvernement et alimenté par le rapport Spitzer (1985), une politique de désengorgement est mise en place (Lemieux, 1994, p. 113).

D'une part, des lacunes dans le fonctionnement interne des services d'urgence ont été soulevées (ex. absence de médecin-coordonnateur, délais dans la décision d'hospitalisation ou de congé). D'autre part, certains facteurs tels l'occupation de lits de courte durée par des patients de longue durée – et ce surtout depuis une directive de 1976 à l'effet que les hôpitaux de courte durée doivent réserver 10% de leur capacité en soins prolongés – et l'alourdissement de la clientèle peuvent concourir à l'explication de l'engorgement des urgences. Des mesures seront mises en place telles l'ouverture d'un nombre plus élevé de lits l'été, le développement d'unités de médecine d'un jour et de gériatrie, etc. (MSSS, 1986a).

---

#### ***4.2.1.2 Phase 1 de l'Hôpital 1 (1983-84 à 1985-86) : développement via déficits?***

La mission de l'Hôpital 1, incluse dans ses Orientations stratégiques de 1984, comprend la dispensation de soins, dont les soins ultraspecialisés, l'enseignement, la recherche et la santé communautaire. Cet Hôpital, affilié à l'Université de Montréal, entend intensifier ses rôles régional et interrégional dans la dispensation de services. La provenance géographique des patients hospitalisés indique, par ailleurs, une baisse de l'importance relative des clients des régions de Montréal et de Laval. Les activités de l'Hôpital se déroulent au sein de 2 pavillons distincts, l'un de soins généraux et spécialisés et l'autre regroupant les activités du département de psychiatrie.

L'atteinte de la mission est compromise par le nombre élevé de patients en soins prolongés. Alors que 10% des 580 lits généraux devraient leur être affectés, pourcentage que l'on ne veut pas faire augmenter malgré la pression de la clientèle, les soins prolongés monopolisent en moyenne 26% des lits. C'est le secteur de la chirurgie qui est davantage affecté puisque l'emprunt de lits est courant pour répondre aux pressions de la clientèle de soins prolongés. D'autre part, le secteur de l'urgence, l'un des plus achalandés de la région, est "hautement névralgique" avec une moyenne quotidienne de plus de 200 patients. L'Hôpital, à l'origine un sanatorium, est à préparer un projet de rénovation globale, estimé à 40M\$, pour adapter la bâtisse aux besoins. Au moment du dépôt des Orientations (en 1984), la décision à l'effet de déplacer les activités du pavillon de psychiatrie, qui compte 134 lits, sur le site du pavillon central n'a cependant pas encore été prise.

- ***Gestion de la finance et recette budgétaire de l'Hôpital***

À l'instar de la plupart des hôpitaux, l'Hôpital expérimente des contraintes budgétaires au début des années 1980. L'Hôpital suit une recette budgétaire ressemblant à un budget historique révisé. C'est un processus incrémentaliste où le budget de l'an t+1 correspond, en gros, au renouvellement du budget indexé de l'an t des différentes directions. Il serait toutefois plus juste de dire que, lors de la phase 1, l'Hôpital a voulu éviter la seule indexation et a travaillé sur les taux d'occupation et sur l'élaboration de standards de productivité.

La révision provient de l'inclusion des demandes approuvées et devant être financées par des enveloppes ad hoc du MSSS ou à même le budget global de l'hôpital. L'approche budgétaire de l'Hôpital s'appuie sur une philosophie de décentralisation, l'orientation générale de la direction des finances en étant une d'aide et de conseil. Généralement les différents services des directions planifient en fonction des niveaux d'activités prévus, lesquels peuvent correspondre aux activités réalisées l'année précédente. Puis chaque direction prépare un budget pour les dépenses salariales et non-salariales. Les gestionnaires évaluent les résultats à chaque période selon l'atteinte de l'équilibre budgétaire et des objectifs de performance, à l'époque de productivité. En cas de dépassement, l'analyse des écarts permet de conclure en une augmentation des activités ou en une diminution de la performance. L'application de la recette budgétaire est parfois insuffisante pour atteindre l'équilibre budgétaire. Il y a alors des plans de redressement ou encore des compressions, pouvant ou non être intégrées dès le début de l'année financière.

Cependant aux dires des témoins de l'époque rencontrés, bien que le discours en est un de décentralisation, dans les faits, le processus budgétaire est centralisé à la direction des finances :

(...) Au niveau de la gestion budgétaire, c'était plutôt centralisée. Moi je croyais beaucoup aux résultats d'une gestion décentralisée. (...). Donc on s'était donné comme objectif évidemment de décentraliser. Maintenant pour ça, il faut appuyer ça par de la formation. Et il fallait aussi appuyer par une vision dans la pratique de la gestion financière. Il n'y avait pas beaucoup de, c'est-à-dire qu'il y avait peut-être beaucoup de données financières compilées, mais très peu utilisées pour des fins de gestion interne. (...) (b23)

La centralisation s'exprime surtout aux niveaux de la préparation du budget, de l'acceptation des demandes de développement et du contrôle budgétaire.

(...) Ce qu'on faisait à l'époque, c'est qu'on rencontrait chacune des directions. Je me souviendrai tout le temps, le directeur des finances, moi, l'officier de budget, son staff et en face de nous s'asseyaient la direction concernée. Elle venait nous présenter ses demandes budgétaires pis là on les décortiquait. Item par item. On les questionnait et on les contestait. (...), on parlait de productivité

et de tout ça. C'était très difficile et c'était aussi très confrontationnel. (...) (b9)

(...) On allait se présenter à la direction des finances une fois par année avec notre demande budgétaire. Il y avait comme un comité qui nous accueillait – avec le directeur, un conseiller etc – et on allait présenter, expliquer nos déficits, expliquer nos surplus et faire nos demandes budgétaires pour l'année d'après. C'était un exercice très formel. On avait des dates d'audiences et on allait présenter la planification budgétaire de l'année suivante. Le jury rendait une décision. On pouvait la contester. On allait en discuter dans le bureau du directeur. Des fois, on en recevait un petit peu plus. Après ça c'était fini et on recevait notre budget. (...) (b20)

Malgré la centralisation, l'une des grandes incertitudes ou problématiques entourant les processus budgétaires – et qui est commune à l'ensemble des périodes – est de connaître, d'orienter, voire de planifier les développements (avant d'être mis sur le fait). D'ailleurs, la planification stratégique peut contribuer à diminuer cette incertitude puisqu'on y cible généralement les axes de développement de l'Hôpital.

(...), ce qui est arrivait c'est que les développements souvent, ils les mettaient dans leurs demandes budgétaires et ils nous disaient qu'ils allaient le faire. C'était une façon de les autoriser. C'était une des grandes discussions qu'on avait. Et on disait, c'est quoi ça? Ah, on a commencé ça durant l'année et maintenant on l'annualise. Qui vous a autorisé à faire ça durant l'année? (...), ça l'avait été fait. Avec plus ou moins. Et potentiellement, ils avaient eu des autorisations; (...) (b9)

(...) Pas de reconfigurer l'ensemble des services, mais tout au moins de les requestionner. Et de voir également tout ce qui s'en venait en termes de développement. Parce que des fois comme directeur financier ou directeur général, tu le sens mais t'as pas d'indication. Des fois, ça fait déjà un an que c'est implanté et tu as les résultats au fur et à mesure parce que tu fais des analyses, des choses comme ça. Mais ce n'est pas une façon systématique de la connaissance d'une nouvelle activité dans l'organisation. Par exemple, un médecin qui introduit une nouvelle technique, etc. Mais tu vois les résultats. (...) (b23)

Et le résultat de la planification des développements, ou des axes de développement, l'Hôpital peut les utiliser pour faire des demandes au Ministère.

(...) Ce qu'on cherchait à faire aussi, c'était de cibler ce type de développement-là. Je me souviens très bien, entre autres, du

secteur de la dialyse-hémodialyse. C'était un secteur en émergence et en développement important. Et on voulait nous à l'interne, au moins être capable de cibler le développement annuellement. Et aussi de faire un lien avec l'externe, donc le Ministère, pour dire qu'il faudrait trouver une façon au niveau budgétaire d'inscrire ces nouvelles technologies-là, ce développement-là, dans un cadre budgétaire donné. (...) (b23)

• *Dialogue entre la finance et la stratégie : l'opération Blitz*

La recette budgétaire a été suivie de façon serrée au début des années 1980 en lien avec la philosophie d'équilibre budgétaire de l'Hôpital à l'époque. Par exemple, n'eut été des compressions rétroactives de 1982-83, l'Hôpital aurait été en équilibre budgétaire. À cette même époque, l'Hôpital aurait procédé à un redressement important (de l'ordre de 7M\$). Cela n'alla pas sans créer de frustration puisqu'à l'époque les déficits des établissements étaient remboursés.

(...) Il y avait dans le réseau, je ne dirais pas pas une politique de déficit, mais des pratiques de déficit un peu institutionnelles parce que le Ministère ne nous les imputait pas, en clair. Ceux qui étaient en déficit, souvent voyaient leur budget ajusté à la hausse parce qu'on disait : vous n'êtes pas arrivé donc on va vous en donner un peu plus. Alors que ceux qui étaient en surplus se faisaient retirer leur surplus. Alors il y avait un incitatif à la dépense, je vais le décrire comme ça. (...) (b20)

(...) C'était que l'Hôpital – et de ce que j'ai toujours su – c'était que l'hôpital était toujours en équilibre budgétaire. Versus les autres établissements. Et ça l'a généré beaucoup beaucoup de frustrations à l'interne. Les gens se disaient : (...) [l'Hôpital X] fait des déficits, (...) [l'Hôpital Y] fait des déficits. Ici on gère à la police. On ne fait pas de déficit et on se fait couper, couper, couper, couper. Et en fin de compte, on n'a aucun bénéfice de ça. Au contraire, (...) (b3)

Et puis, il y aurait eu un relâchement dans l'application (ou le suivi) de la recette. Ce "relâchement" coïncide avec la mise sur pied d'un comité interministériel sur l'évolution des coûts hospitaliers.

(...) Et l'Hôpital a fonctionné là-dedans, mais de façon je dirais assez stratégique. Parce que le df [directeur des finances] était bien branché dans son réseau. Il savait jusqu'où il pouvait aller sans que ça aille l'air de la négligence de gestion. J'avais le sentiment, (...), que c'était contrôlé. (...) Le directeur général était l'un des directeurs généraux les mieux cotés dans le réseau. Il était très présent sur des comités à l'AHQ et au Ministère. Et tu sens ceux qui ont du poids dans le réseau et il était l'un de ceux-là. Jusqu'à ce

---

qu'il ait à quitter. Donc on avait une équipe pour laquelle ça se passait bien et l'Hôpital était considéré comme un hôpital bien géré, je pense. (...) (b20)

Ainsi, en 1984-85, l'Hôpital dénonce les contraintes puisque selon les analyses du Ministère il est en économie de ressources et, delà, possiblement sousbudgétisé. Dès le début de l'année financière, l'Hôpital prévoit un résultat déficitaire sur ses opérations, déficit qui pourrait considérablement diminué avec l'annulation de contraintes et de ce qui est appelé des irritants (ex. transport ambulancier, soutien à l'enseignement) par le Ministère.

L'Hôpital prépare un plan d'équilibre budgétaire 1984-85 qu'il achemine pour approbation au Ministère et au Conseil régional. Ce plan n'est pas appliqué et l'année financière prend fin avec un déficit représentant 2,5% des revenus de l'Hôpital, jumelé à une augmentation générale des activités. Est-ce à cause du remboursement anticipé des déficits de 1984-85 (qui aura lieu en 1986-87), toujours est-il que l'Hôpital conteste en vain l'analyse financière du Ministère qui fait en sorte de diminuer son déficit.

De toute façon, l'application du plan d'équilibre budgétaire aurait été problématique puisque c'est une époque de tension dans l'Hôpital. La gestion médico-administrative en est à ses balbutiements. Et bien que l'exercice de planification stratégique puisse avoir rapproché le médico-administratif, un témoin de l'époque rapporte qu'en ce qui a trait aux activités quotidiennes :

(...) Il y avait peu ou pas de contact avec la partie clinique de l'Hôpital, avec les médecins. C'était 2 mondes qui voyageaient dans des zones parallèles et qui ne se rencontraient jamais. (...) C'était très ouvert et très connu. On ne parlait pas de gestion clinico-administrative. On était très loin de ça, à cette époque-là. (...) (b20)

Ainsi, l'Hôpital fait partie des hôpitaux rencontrés lors de l'Opération Blitz. Et lors de la révision de la base budgétaire, la MRBB n'a pas été utilisée. Cette utilisation n'aurait pas pénalisé l'Hôpital qui est, selon les résultats de cette méthode, performant (productif) ou en économie de ressources.

(...) Et là il y a eu la MRBB dans ce temps-là. Ça ça l'a été 0. Ils ont dit aux gens ceux qui forcent, ils vont être récompensés et ceux

---

qui ne forcent pas, ils vont être pénalisés. Quand ils ont vu le résultat de ça, ils ont arrêté et ils ont fermé les livres. Ils devaient de l'argent à des hôpitaux et ils devaient en enlever à d'autres. Ils l'ont pas fait. (...) (b21)

L'Hôpital prépare donc son dossier pour la révision de la base budgétaire avec, en mains, la carte de la productivité.

(...) Bon là, c'était de faire la comparaison, évidemment en fonction de la productivité, en fonction de l'évolution des coûts dans des secteurs d'activités. Chacun avait à préparer son propre dossier. Nous on avait ciblé évidemment notre performance, on avait ciblé la pharmacie et les médicaments – le coût des médicaments qui était de mémoire ça l'avait augmenté rapidement dans quelques années; c'était important – et on avait aussi le coût des prothèses/orthèses. Là il y avait des nouvelles techniques qui étaient en émergence et qui coûtaient de plus en plus chers. On avait ciblé la performance de l'organisation, son utilisation des lits, son taux d'occupation, sa durée de séjour et des secteurs très spécifiques en développement (...). (b23)

Le résultat de l'Opération Blitz est intéressant pour l'Hôpital qui obtient une révision de sa base budgétaire. Cependant, et semble-t-il pour des raisons politiques tel le souci de répartir équitablement les ressources au Québec, cette révision est insuffisante selon des acteurs rencontrés. Il s'ensuit que malgré la "bouffée d'air frais", l'Hôpital aura besoin d'un redressement budgétaire dès 1986-87. Ainsi au niveau de la maîtrise de la gestion financière à l'interne, l'Opération Blitz ne règle pas tous les problèmes de l'Hôpital.

• ***Dialogue entre la finance et la stratégie : l'ajout de ressources en lits aigus***  
L'une des (nombreuses) orientations stratégiques de l'Hôpital est d'augmenter l'offre de ressources en lits aigus. Cela peut comprendre le transfert de malades chroniques, pouvant provenir de l'urgence, vers des ressources spécifiques pour répondre à leurs besoins. Cette même volonté est inscrite dans la sectorisation des lits. Celle-ci comprend l'objectif de répartir également les lits de médecine et de chirurgie, chaque lit de soins prolongés sauvé serait alloué à la chirurgie jugée en déficit de ressources. Durant cette première phase, l'Hôpital entend poursuivre des démarches auprès du Ministère pour augmenter sa capacité réelle en lits aigus et pour assurer le bon fonctionnement de l'urgence, secteur hautement névralgique.

---

En fait la "véritable" solution consiste à augmenter l'utilisation des ressources de courte durée. Ainsi aux dires d'un médecin rencontré :

(...) Ce n'était pas la solution d'augmenter les ressources en lits aigus. Moi quand je suis arrivé ici en 1970, on n'était pas débordé tant que ça par les patients en hébergement. Ça c'est venu quand le gouvernement avait passé une loi imposant, obligeant les hôpitaux à garder sur place un minimum de 10% des lits. On était toujours au-dessus de 10%. Mais avant ça, quand tous les lits étaient disponibles, on n'avait pas de misère à hospitaliser. (...) Et tout d'un coup quand il y avait un mouvement de sortie extraordinaire – par l'intervention de gens qui travaillaient sur ça à l'hôpital – et quand ça baissait, je ne sais pas à 50. Tout d'un coup, on sentait une espèce de vent (rire). (...) Donc moi je pense que les ressources étaient là, sauf qu'elles étaient employées à mauvais escient. Et c'était le problème des gens en hébergement qui était le problème. (...) Et évidemment dans le temps la grande bataille, c'était l'étanchéité de la sectorisation. Et il n'était pas question que les gens de médecine débordent dans les lits de chirurgie. (...) (b5)

L'Hôpital va travailler à rendre disponibles les ressources de courte durée sur deux (2) fronts simultanément, à l'interne et à l'externe, par exemple pour faire diminuer le nombre de cas en hébergement et les durées de séjour. Ainsi,

(...) c'était de maintenir les lits de soins aigus et de revenir à ce qui avait déjà été normé comme nombre de lits de soins prolongés (...). Et on a fait beaucoup d'opérations Blitz pour réduire considérablement la portée des soins prolongés dans l'établissement. On a travaillé aussi beaucoup – on regardait le modèle américain – et on se souviendra qu'il s'implantait un modèle où les compagnies d'assurance payaient à partir des durées de séjour. On avait questionné beaucoup beaucoup la durée de séjour et on a travaillé à commencer à réduire les durées de séjour. C'était la façon finalement de libérer des lits pour les utiliser au maximum et pour traiter un maximum de clients. (...) (b23)

Et parallèlement à ces démarches d'optimisation des ressources, l'Hôpital demande et obtient des fonds pour le dossier de l'urgence en vue d'en assurer un meilleur fonctionnement. Cependant, l'alignement de l'Hôpital avec cette orientation a des répercussions financières significatives, c'est-à-dire un déficit important pour les opérations en 1985-86. Dans son analyse, l'Hôpital impute ce résultat à l'augmentation de la productivité qui s'explique, en partie, par l'utilisation accrue des ressources de courte durée. L'Hôpital tient à faire



---

reconnaître par le Ministère cette productivité puisque les fonds obtenus pour l'urgence sont insuffisants pour financer l'augmentation du niveau des activités. On se souviendra qu'on est alors à l'époque de la révision de la base budgétaire via l'Opération Blitz.

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : les immobilisations***

Simultanément aux discussions sur le niveau de budgétisation de l'Hôpital, les besoins en termes d'immobilisations sont élevés. L'Hôpital, construit et conçu pour être un sanatorium en 1926, présente des problèmes graves de détérioration physique et de vétusté fonctionnelle. Au cours de cette première phase, des fonds de l'ordre de 6,5M\$ ont permis de résoudre les problèmes les plus graves de détérioration physique et de rendre les immeubles plus conformes aux normes de sécurité.

Cependant, l'Hôpital est à préparer un projet global de réaménagement permettant de rénover l'établissement et de rationaliser son fonctionnement. Ce projet est également inclu dans les Orientations stratégiques de 1984. La réalisation du projet devrait nécessiter un investissement d'une quarantaine de millions de \$ sur 5 ans. C'est un projet clinique d'adaptation des bâtiments aux besoins de soins et services et qui comprend, dans certaines hypothèses de travail, le déménagement du pavillon de psychiatrie sur les terrains du pavillon central.

(...) Sauf que c'était très alléchant ce projet-là. M. [X] (...) avait eu une idée extraordinaire. De fermer des bâtiments vétustes – il faut les avoir visiter pour voir comment c'est vétuste, les fenêtres ne s'ouvraient plus et le feu pouvait pogner là-dedans n'importe quand – c'était une très bonne idée de vendre ça, d'amener ça sur le Pavillon, de moderniser l'Hôpital au complet, de développer l'Hôpital; c'était un projet extraordinaire! (...) (b3)

Aux dires d'un gestionnaire de l'époque, c'est aussi un projet économique qui se serait autofinancé en grande partie grâce à la vente des terrains où loge le pavillon de psychiatrie. Les activités du pavillon aurait été rapatriées sur le site du pavillon central. Des sources additionnelles de financement complètent le tableau : le Ministère, en alléguant la baisse de coûts de production conséquentes à la réalisation du projet, et enfin la Fondation, qui étudie à l'époque un projet de campagne de souscription.

Malgré ses avantages, le projet rencontre de vives oppositions particulièrement du corps médical et des psychiatres.

(...) Parce ça l'a toujours été politiquement très difficile. Le Pavillon, c'est un monde à part, ça l'a son identité et ça y tient mordicus. Ils ont eu un grand coup quand c'est devenu le Pavillon [Y] (...). Avant c'était l'Institut [Y] (...). Juste passer ce mot-là, ça l'a été épouvantable. Ils sont en crise d'identité perpétuelle. (...)  
(b20)

(...) L'idée c'était qu'on fonctionnait à distance. On n'avait pas besoin d'autant de lits et on s'en allait vers la désinstitutionnalisation. (...) On disait que la psychiatrie, c'était mieux quand c'était dans un environnement avec des fleurs et des petits oiseaux, etc. Mais moi je ne le sais pas et je ne suis pas sûr de ça. Je me disais : qu'est-ce qu'ils font (...) [à l'Hôpital Z]? Ils avaient une unité de psychiatrie extrêmement performante. (...)  
(b21)

Avec cet effritement du consensus organisationnel pour le projet et éventuellement du support politique du Ministère, c'est la fin du projet de rénovation globale. Cependant, la préparation de la première campagne de souscription de la Fondation de l'Hôpital se poursuit.

- ***La performance ou les résultats***

Dans l'optique de comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'étudier les relations entre la gestion financière et la stratégie, cette section traite de la performance, ou des résultats, de la dynamique financière-stratégique de l'Hôpital 1. À cette fin, les trois (3) initiatives choisies pour les entretiens avec les acteurs sont reprises. Le tableau XIV reprend pour l'Hôpital 1 des enseignements tirés de chaque initiative sur la maîtrise de la gestion financière, sur la stratégie et sur les relations avec l'environnement externe (Ministère ou Conseil régional ou Régie régionale par la suite).

À la synthèse du contenu des entretiens s'ajoute, lorsque disponible, une validation quantitative provenant des rapports statistiques et financiers annuels transmis au Ministère et/ou encore de documents administratifs internes. Les valeurs monétaires sont toutefois exclues des tableaux pour en faciliter la lecture.

**Tableau XIV. Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 1 en phase 1 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe**

**Phase 1 : développement via déficit (1983 à 1986)?**

	<b>Maîtrise gestion financière</b>	<b>Stratégie</b>	<b>Relations MSSS-Régie</b>
<p><b>Initiative 1 :</b> Opération Blitz [révision de la base budgétaire en 86-87]</p>	<p><u>POUR LA PHASE 1 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision de la base budgétaire</li> <li>- insuffisante étant donné performance (productivité)</li> <li>- ne permet pas d'atteindre l'équilibre budgétaire</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin d'un redressement budgétaire en 1986-87</li> <li>- ne permet pas d'atteindre l'équilibre budgétaire</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 1 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision de la base budgétaire</li> <li>- qui permet le maintien d'activités</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La rentabilité de financer des activités via les déficits diminue</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 1 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• C'était une opération politique qui a eu lieu :</li> <li>- carte de productivité</li> <li>- après un changement de gouvernement</li> <li>- après qu'un comité ait étudié les causes des déficits des hôpitaux</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Après Blitz :</li> <li>- fin des remboursements des déficits</li> <li>- introduction du coût de système (suite au comité)</li> </ul>
<p><b>Initiative 2 :</b> Ajout de ressources en lits aigus et la proposition de fermer l'urgence</p>	<p><u>POUR LA PHASE 1 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non atteinte de l'équilibre</li> <li>- hausse du déficit 1985-86 par rapport à 1984-85</li> <li>• Obtention de fonds du Ministère pour le dossier de l'urgence</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la tendance se maintient, situation de déficit à prévoir</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 1 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non atteinte de l'équilibre</li> <li>- mais hausse de la productivité (+adm, -durée de séjour)</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem que pour gestion financière</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 1 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interrelation des dossiers de l'urgence et de la courte durée</li> <li>-&gt; besoin d'aide (\$) pour le bon fonctionnement de l'urgence et pour la hausse de productivité</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il y a le plan de désengorgement des urgences au Québec qui devrait aider</li> </ul>
<p><b>Initiative 3 :</b> Projet de rénovation globale de l'hôpital</p>	<p><u>POUR LA PHASE 1 :</u></p> <p>*C'est un projet qui ne s'est pas concrétisé [motifs idéologiques, ...]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet prévoyant un financement tripartite :</li> <li>- fondation hôpital</li> <li>- vente de terrains</li> <li>- Ministère via gains sur les coûts de productions des soins grâce au projet</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite de la préparation de la campagne de souscription de la Fondation</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 1 :</u></p> <p>*C'est un projet qui ne s'est pas concrétisé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ce n'était pas qu'un projet financier mais aussi un projet d'amélioration et de rationalisation du fonctionnement</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprise d'éléments du projet par la suite</li> <li>- dossiers sécurité-vétusté, PDI (plans directeurs des immeubles)</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 1 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet pour lequel la logique politique l'a emporté sur la logique administrative</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem que pour stratégie</li> <li>- besoin de faire financer ces projets par le Ministère</li> </ul>

---

Les résultats (qu'est-ce que ça donne) sur les finances et sur les activités sont abordés pour la phase 1. De même, les résultats ou les impacts possibles (qu'est-ce que ça apporte) pour la phase 2 sont soulevés.

Les résultats considérés sont pour le modèle de l'atteinte des buts : l'équilibre budgétaire et la conformité de l'hôpital avec sa mission; pour le modèle de l'acquisition de ressources : la capacité de développement de l'hôpital; pour le modèle de l'harmonisation des intérêts : l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée et l'équilibre entre le clinique et l'administratif (partenariat médico-administratif). Un autre résultat est l'appréciation des gains de crédibilité des gestionnaires grâce à l'emploi des outils de contrôle associés à la gestion financière. Veuillez noter que le terme "gains de crédibilité" est en quelque sorte synonyme de "gains d'influence" ou de "marge de manoeuvre". En fait, c'est le terme de crédibilité qui a été proposé aux acteurs lors de la validation des études de cas alors que, étant donné le caractère itératif de la recherche, nous avons opté "finalement" pour celui de gain d'influence, terme que nous avons employé lors de la présentation du cadre conceptuel et que nous emploierons au niveau des propositions de recherche.

La phase précédant l'Opération Blitz en est une de revendications au Ministère s'appuyant, d'une part, sur sa productivité – l'Hôpital est dit en économie de ressources – et, d'autre part, sur sa mission, par exemple sur la volonté de faire augmenter la capacité réelle des lits aigus. 2 des 3 initiatives de l'Hôpital, l'Opération Blitz et l'ajout de ressources en lits aigus, amènent des résultats probants en termes d'acquisitions de ressources et de conformité avec la mission de l'Hôpital, mais ne suffisent pas pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Ainsi l'Hôpital termine la phase 1 avec un déficit significatif représentant 5,4% de ses revenus et une dette de 6,9M\$. Il n'a donc pas réalisé la "commande" des compressions demandées, particulièrement celles de 1984-85. Ces résultats déficitaires sur les opérations ayant été remboursés par le Ministère, les conséquences négatives à court terme pour l'Hôpital 1 sont minimales voire nulles. Il s'ensuit que l'Hôpital 1, qui a également vu réviser (insuffisamment) sa base

---

budgétaire lors de l'Opération Blitz, est en situation de couplage efficace avec l'environnement externe en termes d'ajout de ressources.

Tel que vu antérieurement, la pratique des déficits est courante à l'époque et facilite l'arbitrage entre l'offre et la demande de soins. Jumelée à une augmentation de la productivité, cette pratique budgétaire se concilie bien au mode de rémunération des médecins. Rappelons qu'à la phase 1, il y a des tensions à l'interne et que le partenariat médico-administratif reste à consolider.

Cependant l'impact principal pour la phase suivante, alors que l'environnement externe change tout en étant plus abondant, est que l'Hôpital 1 aura à redresser sa situation financière dès 1986-87. Rappelons qu'en phase 1, la crédibilité des pratiques budgétaires s'appuie principalement sur l'ajout de ressources externes puisqu'il y a eu certain "relâchement" dans l'application de la recette budgétaire à l'interne (surtout en 1985-86 si on regarde les heures travaillées et en 1984-85 au niveau du non-salarial). Par exemple le plan d'équilibre budgétaire 1984-85 n'a pas été mis en place. L'appréciation de gains de crédibilité des gestionnaires grâce à la gestion financière durant cette phase est probablement faible quoique les outils de contrôle, par exemple l'explication des écarts relativement au budget accordé, peuvent servir de justification pour les demandes de fonds externes.

La capacité de développement de l'Hôpital 1 n'a probablement pas été affectée par ses initiatives, l'augmentation des activités étant financée, en partie du moins, par les déficits. De plus, l'Hôpital cherche à faire financer l'augmentation de la productivité de la phase 1 par le Ministère. En considérant quelques indicateurs disponibles dans les rapports transmis au Ministère, l'on note qu'entre 1983-84 et 1985-86, cet Hôpital à grand débit connaît une (légère) croissance de ses activités, par exemples :

- une hausse de ses jours-présence "totaux";
- une stabilité au niveau des admissions totales;
- une augmentation du nombre de patients au bloc opératoire;
- une augmentation du nombre de patients au bloc opératoire "1 jour";
- une hausse des services ambulatoires (particulièrement des visites en cliniques externes) et des visites ambulatoires en psychiatrie;

- une "légère" diminution des accouchements et des soins généraux pour les nouveau-nés;
- une stabilité dans le nombre de traitements d'hémodialyse;
- reflet de la croissance des activités, les heures travaillées augmentent de 1,5% lors de la phase 1 et particulièrement en 1985-86 suite à une baisse de ces heures en 1984-85.

L'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée est difficile à estimer. Par exemple à la phase 1, l'Hôpital a fait avancer les dossiers associés à des orientations de sa planification stratégique, dont ceux de l'urgence et de l'utilisation de la capacité de courte durée, et a connu une augmentation de ses activités. De là, l'écart est faible. Cependant cet écart augmente si l'on considère la non réalisation de la troisième initiative. Le projet de rénovation globale aurait permis de corriger des problèmes de sécurité-vétusté et un meilleur fonctionnement pour les activités de soins.

Par ailleurs, l'Hôpital 1 a fait l'acquisition d'immobilisations pour 3,1M\$ par an durant cette phase. Au niveau du fonds d'immobilisations, la source "publique" (Ministère, Conseil régional et supplément de chambres) vient au premier rang du financement avec une moyenne de près de 60%. La seconde source en importance est celle de la recherche et des dons (22,7%), suivie de l'avoir propre (10,8%).

#### ***4.2.1.3 Phase 1 de l'Hôpital 2 (1983-84 à 1985-86) : développement via saine gestion?***

La mission de l'Hôpital évolue, selon les orientations stratégiques 1979-84, vers un centre intégré pour la mère et l'enfant. La situation démographique de l'hôpital – diminution des naissances, importance relative des adolescents et vieillissement de la population – combinée à l'évolution de la pédiatrie à Montréal militent en faveur d'une surspécialisation de l'établissement. L'Hôpital veut également augmenter le nombre d'accouchements dits à risque. Ainsi la clientèle de l'établissement n'a pas nécessairement baissé avec la concentration des ressources pédiatriques dans la région de Montréal et suite à la fermeture de 6 services d'obstétrique entre 1977-78 et 1983-84 (Villeneuve 1985). L'Hôpital compte 592 lits et 108 berceaux (dont 53 en néonatalogie) pour nouveau-nés. Déjà à cette époque, la philosophie de soins de l'Hôpital comprend l'augmentation des services sur une base externe. Cet Hôpital, affilié à l'Université de Montréal, veut

contribuer à assurer la disponibilité de soins spécialisés à l'ensemble du Québec tout en visant l'intégration des composantes soins, enseignement, recherche et santé communautaire de sa mission. En vue d'assurer la réalisation de pans de ses Orientations stratégiques 1979-1984 – services ambulatoires, centre de recherche, équipement, etc – l'Hôpital prépare un projet d'immobilisations d'envergure.

- ***Gestion de la finance et recette budgétaire de l'Hôpital***

À l'instar de la plupart des hôpitaux, l'Hôpital expérimente des contraintes budgétaires au début des années 1980. Cependant l'Hôpital suit une recette budgétaire permettant le maintien de sa santé financière – définie par l'atteinte de l'équilibre budgétaire – et la réalisation de nouvelles activités issues ou non des Orientations stratégiques. Le conseil d'administration connaît bien la recette et voit à la réalisation de celle-ci. Cette recette origine d'un plan de redressement qu'a connu l'Hôpital au milieu des années 1970. En effet, :

(...) ça remonte plus autour de 1976. C'est l'année du premier plan de redressement et on s'était donné comme consigne à ce moment-là – et c'est vrai depuis – que l'on vivrait avec l'argent qu'on a et qu'on ne devrait faire pas de déficit. Et ça l'avait été une valeur adoptée par tout le monde, autant par les administrateurs que par les médecins, qu'on ne devait pas faire de déficit. C'était une valeur qui était fort importante malgré les déficits qui se faisaient dans les autres hôpitaux et que le Ministère comblait; on était encore convaincu qu'on avait la bonne méthode. (...) (a6)

(...) Nous on avait pris ça comme philosophie, c'est-à-dire avant même qu'il fallait que les hôpitaux aient à présenter un budget équilibré. Depuis 1976 ou 1977 alors qu'on avait un des plus hauts déficits du réseau, c'est-à-dire au niveau de (...) [l'Hôpital X], on avait pris l'embranchement de dire : "Que dorénavant nous, on gèrerait les sommes qui nous sont allouées et qu'on jouerait la carte du budget global. Qu'on n'était pas élu par la population pour utiliser des fonds qui ne nous étaient pas assignés par l'Assemblée nationale. Et que de toute façon pour gérer un hôpital, il faut que tu aies un budget limité. Que le budget idéal d'un hôpital, ça n'existe pas. (...) (a2)

Cette recette s'appuie sur des principes directeurs et sur une philosophie de décentralisation. L'équilibre budgétaire doit être respecté non seulement au niveau organisationnel mais également à l'intérieur de chaque direction administrative. L'attribution du budget doit correspondre aux besoins et priorités établis et

---

reconnus dans l'ensemble de l'hôpital. Chaque direction fait son suivi et contrôle budgétaire. Bien que chaque directeur soit responsable du budget qui lui est alloué, ce dernier peut demander la contribution de ses collègues en vue d'atteindre l'objectif organisationnel de l'équilibre.

Enfin, l'approche budgétaire comprend la constitution d'une marge de manoeuvre. Cette marge de manoeuvre sert au financement de nouvelles priorités annuelles. Ce processus annuel de priorisation fait appel à différents intervenants et comités et culmine lors de l'opération – appelons-la Lac-à-L'Épaule – où le budget est adopté. La marge de manoeuvre est constituée à partir de sources de financement tels des revenus exceptionnels et du financement additionnel provenant du Ministère (ex. : révision de la base budgétaire) et d'une contribution volontaire et paramétrique de chaque direction. Ainsi les différentes directions contribuent également (en général 0,5% de leur base budgétaire), dans ce qui est également appelé un effort de productivité.

Puis les fonds de la marge de manoeuvre sont répartis en deux grandes catégories : pour le maintien des activités existantes (ex. : la révision de la base budgétaire de directions) et pour le développement, récurrent et non-récurrent. Le développement non-récurrent comprend, entre autres, les dépenses pour différents travaux d'immobilisations (ex. : aménagement, travaux mineurs, travaux incidents aux projets de construction). Le développement récurrent inclut des projets de développement et des priorités de l'établissement. Alors que le développement récurrent est financé la première année par la marge de manoeuvre, il doit être financé à même le budget de l'hôpital pour les années subséquentes.

Cette recette, bien ancrée dans la philosophie de gestion de "déficit zéro", s'appuie sur une forte décentralisation au niveau des directions, sur une remise en question continue des activités et sur le principe de la réallocation. C'est ce qu'expriment plusieurs témoins de l'époque rencontrés :

(...) C'est à ce moment là qu'est apparu – parce que sans refaire de façon radicale la technique, c'est-à-dire que chaque année on part d'un budget de zéro et on repart; on s'était donné l'obligation de revoir à chaque année toutes de nos activités – le principe de se dégager une marge de manoeuvre pour se permettre du



développement malgré les budgets en régression, pour les choses que l'on jugeait prioritaires. (...) (a6)

(...) Cette opération budgétaire s'est raffinée dans le temps. Mais c'était un budget base zéro. On devait reconstituer le budget du service et réallouer. Le budget de la direction arrivait avec une ponction de 0,5%. Cette ponction à l'intérieur de la direction pouvait se faire de 2 façons : on demandait à chaque service de ponctionner un 0,5% ou chaque service déposait des demandes et la direction faisait une planification avec ces demandes [un paramétrique ou non]. Mais il n'y avait pas de stratégie uniforme. C'est un contexte de décentralisation de la gestion et chaque directeur décidait de sa stratégie mais connaissait sa ponction de 0,5%. Mais il ne savait pas ce qu'il obtiendrait (...) [du Lac-à-L'Épaulé]. (...) (a16)

(...) Le processus de planification budgétaire, c'était "équilibre 0" et il y avait le principe d'une marge de manoeuvre : dans le sens que chaque direction faisait son budget et l'évaluation de ses besoins, et chaque année, c'est sûr qu'il n'y avait pas assez d'argent pour l'ensemble. Le principe faisait que pour développer de nouveaux secteurs, il fallait soit en annuler ou en remettre en question ou refaire autrement pour arriver à réinvestir sur de nouveaux. Il fallait toujours recycler le vieux et canaliser vers de nouveaux projets. (...) (a15)

Elle contribue à l'atteinte de l'équilibre budgétaire tout en permettant le développement de l'hôpital en s'appuyant sur les orientations stratégiques.

(...) Au départ, l'opération (...) [du Lac-à-L'Épaulé] était axée sur le développement de l'Hôpital. Et l'allocation de la marge de manoeuvre était fonction principalement des objectifs de la planification stratégique de l'Hôpital. Les demandes de développement des directions devaient considérer le développement de l'Hôpital mais pouvait également s'ajouter des projets de maintien [ex. pour réviser la base budgétaire des médicaments]. (...) (a16)

La crédibilité des pratiques budgétaires à l'interne s'appuie sur la situation d'équilibre et crée, en cas d'entrées supplémentaires de fonds du Ministère, une dynamique différente à la situation d'épouement de déficit. Il s'ensuit un renforcement du processus interne par l'ajout de financement externe.

(...) Le Ministère ne venait pas éponger des déficits. Mais ça entrait sous forme de développement et ça c'était extrêmement positif pour l'établissement. Quand tu as un déficit, ou un déficit accumulé, tu travailles toujours dans le négatif et tu es toujours en

récupération.(...) Quand tu es en équilibre budgétaire, tout ce que tu reçois devient du développement. Et tu es dans le positif. Et ça [l'Hôpital] (...) a beaucoup travaillé là-dessus.. (...) (a16)

Jusqu'à la mise en place de la politique des projets autofinancés par le Ministère, la recette budgétaire était accompagnée d'un volet appelée "rentabilité des projets ou rentabilité des investissements". Les gens déposaient des projets d'investissements avec une garantie de récupération en moins de trois (3) ans. Aux dires d'un acteur de l'époque :

(...) Ça l'a permis de moderniser l'Hôpital tout en diminuant les coûts d'opération de façon substantielle. (...), les gens étaient prêts pour avoir certains équipements à y rattacher des économies. Et nous on n'avait pas de problème parce qu'on défalquait les économies tout de suite. (...) Donc il faut qu'il y ait une stratégie d'immobilisations en même temps – ou d'investissement – qu'il y ait une stratégie de budget d'opération. (...) et il faut que les 2 puissent s'articuler. Pour un directeur général, la politique d'investissement est plus importante que le budget d'opération; ça devrait l'être. (...) (a2)

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : comité tripartite***

Malgré ses effets positifs – équilibre budgétaire et développement – la philosophie budgétaire de l'Hôpital est à contre-courant des pratiques budgétaires du réseau où les déficits sont remboursés. Même que le Ministère veut récupérer une partie du surplus de 1982-83. L'Hôpital veut faire reconnaître sa spécificité et faire augmenter sa base budgétaire, alléguant que l'atteinte de l'équilibre n'implique pas la non performance de l'Hôpital. Cette reconnaissance externe est importante pour la poursuite de la recette à l'interne; en effet celle-ci est exigeante.

(...) Ça l'a jamais été (...) considéré, par le Ministère. Ils ont toujours eu la même façon de fonctionner. Ils disaient souvent [au directeur général] (...): "Vous autres, vous êtes chanceux vous n'avez pas de problème". Ça ça mettait [le directeur général] (...) en tabarnouche à toutes les fois. Le Ministère ne pouvait pas comprendre que si on n'avait pas de problème des fois, c'est parce qu'on faisait pour pas avoir de problème. "Regardez (...) [l'Hôpital X], ils ne sont pas chanceux eux-autres, ils ont un gros problème financier". Mais ça l'a toujours été une question de philosophie. (...) (a15)

Dans cette phase 1, il devient important de démontrer l'efficacité du processus budgétaire interne et de répondre aux questions suivantes : Sommes-nous

pénalisés par le Ministère de bien gérer? Ne serait-il pas mieux d'être délinquant et de se faire rembourser les déficits? Et pourquoi on continuerait de faire des efforts si les autres n'en font pas? Par exemple, une partie de la marge de manoeuvre de 1984-85 est réservée pour atteindre l'équilibre budgétaire. La réponse à ces questions se trouve dans la mise sur pied d'un comité tripartite Ministère-Conseil Régional et l'Hôpital en 1983. Le mandat de ce comité consiste dans l'analyse des ressources et des activités de l'Hôpital en vue d'ajustements possibles à la base budgétaire. Aux dires de personnes rencontrées, le Ministère et le Conseil régional étaient ouverts et intéressés à la démarche.

Les travaux du comité s'appuient sur la comparaison de l'évolution des activités et des ressources, de 1977-78 à 1982-83, d'hôpitaux pédiatriques de l'Est du Canada. Les résultats montrent l'augmentation de la productivité grâce à des efforts de rationalisation – hausse des activités internes et ambulatoires – et à un mode de gestion efficace dans un contexte de concentration des soins pédiatriques et de contraintes financières. Il s'ensuit une révision à la hausse de la base budgétaire de l'Hôpital. La satisfaction est grande chez l'ensemble des intervenants, y compris du CMDP qui en informe le conseil d'administration, bien que la révision de la base budgétaire vise uniquement le maintien des services existants.

Cette révision pour un hôpital en équilibre corrige la pratique "injuste" du Ministère vis-à-vis les hôpitaux performants. En ce sens, c'est une réussite mais au niveau de la maîtrise de la gestion financière, ce n'est peut-être qu'une récupération de compressions faites antérieurement.

(...) Et c'était une première dans l'histoire du Québec parce qu'on avait toujours rehaussé les budgets de ceux qui étaient en déficit. Donc il fallait, et il y avait un incitatif direct à faire des déficits – et on verra que l'opération Blitz a béni tout ça. – Mais au moins [l'Hôpital] (...) a eu un rehaussement de sa base budgétaire alors qu'il était en équilibre. Ce qui ne s'était jamais vu et ça l'a choqué beaucoup beaucoup de fonctionnaires. (...) (a2)

(...) O.K. Mais on pourrait dire que c'est du rattrapage parce qu'en 1981-82 on a vu notre budget baissé, au minimum de 3M\$. Donc ce qu'ils ont réussi à faire c'est de rattraper le budget qu'on avait avant les compressions. Donc je te dirais que [l'Hôpital] (...) se

---

retrouve au point où il était. Mais c'est mieux que de l'avoir perdu (...)(a15)

Cette demande à l'externe s'appuie sur la crédibilité du processus à l'interne. C'est donc l'application de la recette qui permet l'octroi de ressources supplémentaires dont la révision de la base budgétaire de l'Hôpital en 1984-85. Et ce qu'on obtient de l'externe, l'Hôpital peut le réallouer dans sa marge de manoeuvre; les deux (2) pouvant s'alimenter ou dialoguer l'un l'autre.

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : les immobilisations***

Simultanément aux discussions sur le niveau de budgétisation, les besoins en termes d'immobilisation sont élevés. À cette fin, l'Hôpital dépose en 1983 un projet d'immobilisations qui inclut des travaux de construction et de l'ajout d'équipements. Les règles de financement des immobilisations défavorisent également l'Hôpital puisqu'elles sont basées en partie sur les revenus de chambres. Cette particularité, qui cessera à la fin de la phase 1, pénalise l'Hôpital qui déjà à l'époque expérimente une diminution des durées de séjour conformément à sa philosophie de soins.

Ce projet comprend différentes rubriques liées aux Orientations 1979-84 (services ambulatoires, humanisation des soins, services d'information, accessibilité physique, centre de recherche et équipement), tout en étant l'expression d'un virage important à savoir :

(...), celui d'un processus de priorisation des technologies et des immobilisations à l'Hôpital. Alors que traditionnellement, on pourrait parler plus de pouvoir et de relations publiques concernant cette question, il y a eu un certain virage grâce à une table des chefs de département plus "efficace". On mettait tout sur la table en vue d'un meilleur arbitrage. (...) [notes manuscrites] (a13)

Pour la réalisation de cet ambitieux projet, estimé à 16,5M\$, un financement tripartite est prévu : le Ministère, le Conseil régional et le lancement d'une campagne publique de souscription de la Fondation à l'occasion du 75e anniversaire de l'Hôpital. En fait, c'est l'idée de financement conjoint, c'est-à-dire que le financement du Ministère est conditionnel à celui de l'Hôpital.

Le projet d'immobilisations connaîtra des modifications avec les années mais plusieurs éléments des différentes rubriques ont été réalisés pendant cette première phase : dans les services ambulatoires (cliniques ophtalmologie et pédiatrie), dans les unités de soins (périnatalogie et pédiatrie), pour le centre de recherche (réaménagement des laboratoires) et pour l'accessibilité physique (réfection des ascenseurs, système téléphonique, etc.). Sur une période de quatre ans (1983-84 à 1986-87), des travaux de construction pour 9M\$ ont été effectués. Le Ministère a participé au financement de ces travaux de même que l'Hôpital au moyen de sa marge de manoeuvre interne et de la Fondation.

En effet, la campagne de financement a atteint 55% de son objectif (de 15M\$) et comprend une contribution de 3M\$ du Ministère. Un autre objectif est également recherché, celui de l'intégration des deux (2) fondations de l'Hôpital en une seule. Suite à la campagne de financement, il y a réforme de l'organisation des deux fondations de l'Hôpital (en 1985-86). Une plus grande synergie pour les levées de fonds est prévue puisque la sollicitation se fera sous un même nom.

- ***La performance ou les résultats***

Dans l'optique de comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'étudier les relations entre la gestion financière et la stratégie, cette section aborde la performance, ou les résultats, de la dynamique financière de l'Hôpital 2. La même démarche est suivie que pour l'autre Hôpital. Les initiatives utilisées lors des entretiens avec les acteurs sont reprises et validées au moyen de données quantitatives transmises au Ministère et/ou de documents internes. Les résultats (qu'est-ce que ça donne) pour la phase 1 sont abordés ainsi que des impacts (qu'est-ce que ça apporte) pour la phase suivante. Le tableau XV est une synthèse des enseignements des initiatives provenant de la triangulation des sources de données. Enfin les mêmes indicateurs de résultats sont repris.

La dynamique financière-stratégique de l'Hôpital 2 se caractérise entre autres, pour cette première phase, par des revendications au Ministère s'appuyant sur une philosophie de saine gestion, philosophie qui perdure avec les compressions budgétaires de l'époque et le recours fréquent aux déficits dans le réseau. Les

Tableau XV. Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 2 en phase 1 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe

Phase 1 : développement via saine gestion (1983 à 1986)?

	Maîtrise gestion financière	Stratégie	Relations MSSS-Régie
<p><b>Initiative 1 :</b> Processus budgétaire</p>	<p><b>POUR LA PHASE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condition nécessaire à l'atteinte de l'équilibre note : Hôpital a fait des "petits" déficits en 84 et 85</li> <li>• Caractéristiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- décentralisation ex. ponction de 0,5% pour chaque direction</li> <li>-&gt; besoin d'économies (recyclage) pour réallouer</li> <li>- complément à la phase 1 : stratégie d'immo avec projets autofinancés</li> </ul> </li> </ul> <p><b>POUR LA PHASE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "bon" processus pour le maintien de l'équilibre</li> </ul>	<p><b>POUR LA PHASE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le processus contribue au développement de l'H</li> <li>- allocation de la marge selon les priorités de l'organisation [développement "contrôlé"]</li> </ul> <p><b>POUR LA PHASE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem que pour phase 1</li> </ul>	<p><b>POUR LA PHASE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• On joue la carte du budget global ou de l'équilibre ou de la saine gestion</li> <li>- à contre-courant des pratiques dans le réseau</li> </ul> <p><b>POUR LA PHASE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- après Blitz, le processus est bien "couplé" avec l'environnement</li> </ul>
<p><b>Initiative 2 :</b> Comité tripartite [étude de budgétisation de l'hôpital]</p>	<p><b>POUR LA PHASE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision de la base budgétaire d'un hôpital en équilibre (en 1984-85)</li> <li>- mais n'est-ce qu'un rattrapage étant donné les contraintes? baisse pour l'H1</li> <li>• Crédibilité de la gestion financière à l'interne</li> <li>- ça rapporte de bien gérer</li> </ul> <p><b>POUR LA PHASE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contribue au maintien du processus interne</li> </ul>	<p><b>POUR LA PHASE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision budgétaire d'un hôpital</li> <li>- ce n'est pas un budget de développement du Ministère</li> <li>-&gt; l'hôpital étant en équilibre, ça génère tout de même du développement (via marge de manoeuvre)</li> </ul> <p><b>POUR LA PHASE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem que pour phase 1</li> </ul>	<p><b>POUR LA PHASE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carte de l'équilibre ou du budget global [faire reconnaître la spécificité de l'Hôpital]</li> <li>• Démonstration de la saine gestion : ce n'est pas un hasard si on est en équilibre</li> <li>• Corriger l'injustice : - pourquoi récompenser les déficitaires?</li> </ul> <p><b>POUR LA PHASE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital se dit pénalisé puisqu'il n'a pas été révisé lors de l'Opération Blitz</li> </ul>
<p><b>Initiative 3 :</b> Projet immo</p>	<p><b>POUR LA PHASE 1 :</b></p> <p>*C'est un projet qui ne s'est pas totalement concrétisé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement tripartite : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le Ministère</li> <li>- le Conseil régional</li> <li>- une campagne de souscription publique</li> </ul> </li> </ul> <p><b>POUR LA PHASE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intégration des fondations</li> <li>• poursuite du projet</li> </ul>	<p><b>POUR LA PHASE 1 :</b></p> <p>*C'est un projet qui ne s'est pas concrétisé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce projet comprend des orientations du premier plan stratégique</li> <li>- virage vers une plus grande priorisation des immos à l'interne</li> </ul> <p><b>POUR LA PHASE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poursuite du projet</li> </ul>	<p><b>POUR LA PHASE 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le financement du MSSS est conditionnel à la contribution de l'Hôpital</li> <li>- obtention de 3M du Ministère</li> </ul> <p><b>POUR LA PHASE 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poursuite du projet</li> </ul>

---

avantages de la recette budgétaire, par exemple l'allocation collective de la marge de manoeuvre, et la présence d'un bon partenariat médico-administratif contribuent certainement à l'explication du maintien de celle-ci de même que l'obtention, avant l'Opération Blitz, d'une révision de la base budgétaire.

Deux des trois initiatives retenues sont associées à cette philosophie de "déficit zéro", le processus budgétaire et le comité tripartite chargé d'étudier le niveau de budgétisation de l'Hôpital. Les résultats issus de celles-ci sont intéressants en termes d'acquisition de ressources (ex. la révision de la base budgétaire en 1984-85), de conformité avec la mission de l'Hôpital et d'équilibre budgétaire. L'Hôpital 2 termine cette phase en 1985-86 avec toutefois un "petit" déficit de l'ordre de 0,8% des revenus.

Les initiatives de l'Hôpital 2 permettent également le développement d'activités. Par exemple, la marge de manoeuvre inscrite dans la recette budgétaire est utilisée à cette fin. Celle-ci augmente, par définition ou presque, avec l'entrée de fonds externes telle la révision de la base budgétaire. Cependant à l'encontre des hôpitaux qui ont recours aux déficits pour augmenter leurs revenus, l'Hôpital 1 favorise l'apport de fonds internes "recyclés" et de fonds externes qui sont négociés en alléguant sa performance et ses résultats budgétaires. Il s'ensuit la démonstration de l'efficacité de la bonne gestion – il y a des gains à bien gérer – et probablement des gains de crédibilité, à tout le moins de la crédibilité, des gestionnaires dans le domaine de la stratégie puisque le développement de l'Hôpital est en partie "contrôlé" ou "collectif" et réparti dans la marge de manoeuvre selon les priorités organisationnelles.

Toujours pour le développement des activités et en considérant des indicateurs disponibles dans les rapports transmis au Ministère, l'Hôpital 2 expérimente une (légère) croissance de ces activités, par exemples :

- une augmentation des jours-présence "totaux";
- une augmentation des admissions totales;
- une stabilité (jours-présence et admission) pour les soins aux nouveau-nés et une augmentation pour la néonatalogie;
- une légère baisse pour le nombre d'accouchements;

- la stabilité du nombre de patients au bloc opératoire et une augmentation du nombre de patients "1 jour";
- une hausse des services ambulatoires (particulièrement des visites en cliniques externes) et la stabilité des activités au centre de jour;
- une augmentation dans le nombre de traitements d'hémodialyse;
- reflet de la croissance des activités, on note une augmentation de 3,3% des heures travaillées durant la phase 1.

L'Hôpital 2 est cependant en situation de couplage non entièrement efficace avec l'environnement externe. Par exemple, il n'a pas fait l'objet d'une révision budgétaire lors de l'Opération Blitz à l'encontre des hôpitaux avec un déficit (de l'ordre de 1% et plus) en 1984-85. Cette opération laisse un goût amer à certains acteurs. Nous reprenons ici une (longue) citation qui suggère que l'incitation des instances publiques à la saine gestion n'est pas "optimale" lors de la phase 1 et que, parfois, la logique politique l'emporte sur la logique administrative.

(...) On était vraiment à l'avant-garde à ce moment-là de créer la notion de budget global et se servir de l'idée qu'effectivement le budget idéal d'un hôpital ça n'existe pas. (...) Et qu'à un moment donné, il faut, à l'intérieur de ce qu'on a, gérer. (...) Finalement la façon de le tuer vraiment ça l'a été de rembourser les déficits. Et ça c'était la négation même de l'esprit d'un budget global (...). (...) Or la règle majeure dans toute l'histoire du budget global pour faire augmenter son budget de base, ça l'a été de faire des déficits. Et ça l'a été encouragé. Et ça l'a été payant de faire des déficits. (...) L'opération Blitz, ça l'a été la consécration de ça, l'enterrement du budget global. On met sur pied une équipe qui est chargée d'évaluer et de renflouer les déficits. Quand on songe à ça, c'était d'un ridicule incroyable. C'était une mission qui était chargée de récompenser les déficits. Et ça l'a été perçue comme ça. Et on voit ce qui se passe cette année [en 1996-97], le même esprit règne et probablement qu'il va y avoir un nouveau Blitz qui va se passer. (...) Mais si on revient en 1986, l'opération Blitz a été, à mon sens, un drame. Et a confirmé que la question des déficits des budgets était beaucoup plus politique que réelle. Par contre je vais admettre que la période qui a suivi, il y a eu un effort réel pour tenir le contrôle des dépenses. (...) (a2)

Avec le changement dans l'environnement externe, l'impact principal pour la phase suivante est que l'Hôpital 2 n'a pas à changer ses pratiques budgétaires. La troisième initiative, un projet d'immobilisations reprenant des éléments des Orientations stratégiques, permet l'acquisition de ressources conformément avec la mission de l'Hôpital. Neuf millions de \$ ont été injectés sur 4 ans, une partie



---

provenant d'une campagne de la fondation et le tiers du Ministère. En moyenne durant cette phase, l'Hôpital a fait l'acquisition d'immobilisations pour 3,5M\$ par an. Au niveau du fonds d'immobilisations, la source principale de financement est la source "publique" (Ministère, Conseil régional et supplément de chambres) qui contribue, en moyenne, pour près de 50% du total. La seconde source en importance est celle de la recherche et des dons (32,2%), suivie de l'avoir propre (8,3%).

Enfin, l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée, quoique difficile à estimer, est faible compte tenu des initiatives choisies. En effet, l'Hôpital a augmenté ses activités et obtenu du financement, pour les soins et les immobilisations, tout en maintenant, voire en renforçant, sa philosophie de gestion de "déficit zéro".

#### *4.2.1.4 Analyse transversale de la phase 1*

Débutons cette section par une mise en garde. Cette section ne constitue pas une évaluation ou une comparaison normative des pratiques budgétaires des deux (2) hôpitaux à l'étude. Ces deux (2) hôpitaux étant, et c'est intentionnel, des cas révélateurs de dynamiques financières-stratégiques (Yin, 1989). C'est l'Opération Blitz qui a servi d'événement traceur significatif pour le choix des cas retenus. Ainsi l'un des hôpitaux devait avoir obtenu des résultats d'équilibre budgétaire avant et après l'Opération Blitz alors que l'autre devait avoir expérimenté un revirement de sa situation financière, c'est-à-dire une situation de déficits budgétaires, avant l'Opération Blitz, suivi du respect de l'enveloppe budgétaire après Blitz.

Il n'est pas non plus possible de comparer les deux (2) hôpitaux au niveau de leurs activités, leurs clientèles respectives étant différentes. Cependant les deux (2) hôpitaux ont à gérer les ressources financières qui leur sont allouées en suivant des modalités de financement identiques pour les opérations et pour les immobilisations. Cette analyse transversale a donc comme objectif de tirer quelques enseignements sur les dynamiques financières-stratégiques à la phase 1 et de faire ressortir ce qui distingue les deux (2) hôpitaux en présence d'un même

---

environnement externe. Cette analyse pourrait également s'intituler : comment obtenir les mêmes résultats, ou presque, tout en se comportant différemment.

L'environnement externe est fortement contesté lors de cette première phase. Ainsi le réseau des hôpitaux qui expérimente des contraintes budgétaires depuis déjà quelques années – Villeneuve (1985, 1986) estime la compression nette pour les hôpitaux de la région de Montréal à 20M\$ pour les années 1977-78 à 1983-84 – se dit incapable d'en absorber davantage sans affecter la qualité et la quantité de services à la population. Les outils de performance utilisés pour le calcul des contraintes et pour l'étude des surplus (possiblement récupérables) et des déficits ne font pas non plus consensus et sont dénoncés. Mais parallèlement à ces compressions, il y a des règlements de déficits en 1983 et lors de l'Opération Blitz, suite au comité chargé d'étudier les causes des déficits, les hôpitaux ayant eu un déficit d'au moins 1% de leurs revenus en 1984-85 sont rencontrés afin de se faire octroyer un budget "plus conforme à la réalité".

Il est donc rentable, à la phase 1, de financer le développement d'activités, et concurremment d'augmenter les revenus, au moyen des déficits. Cela est d'autant vrai que l'évaluation de la sanction de la part du Ministère, principal bailleur de fonds pour les opérations, est jugée faible (Villeneuve 1985, 1986). Villeneuve (1985, p. 183-185) explique la tolérance du Ministère à la pratique des déficits par son contrôle accru notamment pour l'allocation d'ultraspécialités. Mais que peut-on conclure du message du Ministère sur l'incitation à la saine gestion des hôpitaux?

Cette pratique, qui a également comme avantage de faciliter l'arbitrage entre la demande et l'offre de soins, a été largement utilisée par les hôpitaux dont par l'Hôpital 1. Sur ce point, la comparaison de la croissance, pour les années 1983-84 à 1985-86, des revenus totaux et des dépenses totales des deux (2) hôpitaux est éloquente. Alors que l'Hôpital 2 voit ses revenus augmenter de 10,1% et ses dépenses de 10,5%, l'Hôpital 1 connaît une augmentation de ses revenus de 4,5% et ses dépenses de 9,8%.

---

L'Hôpital 1, lequel est en économie de ressources (productif), ne semble pas avoir été pénalisé par son comportement "délinquant". Au contraire, une dette accumulée d'environ 7M\$ a été remboursée et sa base budgétaire a été majorée lors de l'Opération Blitz. Mais peut-on dire que l'Hôpital 2 a été pénalisé pour sa bonne gestion? Pas nécessairement puisqu'en termes d'acquisition de ressources, cet hôpital expérimente un rehaussement de sa base budgétaire avant l'Opération Blitz. À l'encontre des hôpitaux qui ont recours aux déficits pour augmenter leurs revenus et développer leurs activités, l'Hôpital 2 favorise l'apport de fonds internes recyclés – appelés efforts de productivité – et de fonds externes qui sont négociés en employant la carte du budget global (équilibre budgétaire et performance).

Ainsi en termes d'acquisition de ressources, en conformité avec leur mission respective, les deux (2) hôpitaux ont – et c'est difficile à apprécier justement – des résultats relativement identiques pour les activités et pour les immobilisations. Mais alors que l'Hôpital 1 suit davantage la pratique tolérée des déficits de l'époque, l'Hôpital 2 réussit à faire reconnaître sa spécificité. Le couplage de l'Hôpital 2 avec l'environnement externe n'est pas entièrement efficace cependant puisqu'il n'est pas rencontré par les membres du comité de l'Opération Blitz.

Les hôpitaux diffèrent également dans leur application de la recette budgétaire. Bien qu'ils aient tous les deux (2) une philosophie d'équilibre budgétaire, l'Hôpital 1 a été plus lâche dans le suivi de la recette que l'Hôpital 2. Nous faisons l'hypothèse que l'Hôpital 1 a jugé plus efficace le recours à la carte de la productivité alors que les tensions médico-administratives ne permettent peut-être pas, par ailleurs, une application serrée de la recette alors que l'Hôpital 2 a jugé plus efficace, et le consensus interne le permet, le recours ou le maintien de la carte du budget global.

Une application plus serrée de la recette budgétaire permet la réalisation de certains résultats pour l'Hôpital 2, dont des gains de crédibilité pour les gestionnaires (ou les gardiens des ressources) et pour le partenariat médico-administratif. Les gestionnaires font peut-être aussi des gains dans le domaine de la stratégie puisque le développement de l'Hôpital 2 est plus planifié et collectif

---

(et alloué à même l'octroi de la marge de manoeuvre) qu'à l'Hôpital 1 où une plus grande partie du développement est émergente puisque provenant de déficits. Les gains de crédibilité pour les gestionnaires de l'Hôpital 1, par exemple pour le domaine de la stratégie, sont envisageables bien qu'ils passent davantage par l'ajout de fonds externes. À cette fin, les outils de contrôle, par exemple l'explication des écarts relativement au budget accordé (ex. urgence), peuvent servir de justification pour les demandes de fonds externes.

À la phase 2, l'Hôpital 1 a à renverser la tendance aux déficits importants des deux (2) derniers exercices et à procéder à un redressement interne alors que l'Hôpital 2 "n'a" qu'à poursuivre ce qu'il fait déjà. Cependant l'environnement externe est plus abondant avec, entre autres, l'instauration du coût de système santé et le plan de désengorgement des urgences. Il n'y aura pas non plus de compressions budgétaires à l'opposé de la première phase ni de remboursements des déficits.

#### **4.2.2 Phase 2**

##### **4.2.2.1 Description de l'environnement externe (1986-87 à 1989-90) : plus grande incitation à la saine gestion et abondance**

La nouvelle Ministre de la santé, dans une lettre en avril 1986 (MSSS, 1986b), rappelle que la conjoncture économique difficile alliée à l'augmentation de la demande de soins a conduit certains établissements à remettre en question, dans ce que nous avons appelé la phase 1, la préoccupation de l'équilibre budgétaire. Cette situation difficile a amené, d'une part, des inquiétudes quant à l'accessibilité et à la qualité des soins et services et, d'autre part, s'est soldée par une dégradation de la situation financière dans plusieurs établissements.

Le Ministère met en place des initiatives pour corriger cette situation. L'une de ces mesures, nous l'avons vu à la phase 1, est l'opération Blitz qui a permis la révision de la base budgétaire d'hôpitaux déficitaires. Suite à celle-ci, le Ministère n'a plus procédé à des opérations "pan réseau" de révision de bases budgétaires. Il y aurait cependant eu des révisions ad hoc pour certains établissements (Dao, 1995). L'instauration d'une politique d'ajustement budgétaire appelée "coût de système santé" constitue également une mesure intéressante pour les hôpitaux. En effet, c'est un ajustement tenant compte de facteurs d'augmentation des coûts, autres que

---

l'inflation, pouvant affecter leur situation financière telle l'évolution technologique. Lors de la phase 2, tous les établissements de même catégorie reçoivent une enveloppe dite paramétrique, c'est-à-dire qu'un pourcentage identique (ex. 1% du budget d'opération) leur est alloué, à compter de 1986-87, pour le coût de système santé.

Ainsi comparativement à la phase 1 où les hôpitaux ont expérimenté différentes contraintes budgétaires, la phase 2 est plus abondante. Une autre mesure contribue à faciliter l'atteinte de résultats d'équilibre budgétaire pour certains hôpitaux. C'est le plan triennal (1986-89) de désengorgement des urgences lequel est également mis en place par la nouvelle Ministre de la Santé. Ce plan comprend des mesures visant à corriger les problèmes de fonctionnement interne à l'urgence, à accroître la disponibilité des lits de soins de courte durée, de ressources d'hébergement et de maintien à domicile pour les personnes âgées et les patients psychiatriques et à faciliter l'accès à ces ressources (Pineault, Roberge, Boyle, Pelchat, & Sicotte, 1989).

Enfin, le Gouvernement du Québec annonce en mai 1986 la prise en charge des déficits accumulés des quatre derniers exercices financiers (1982-83 à 1985-86). C'est la dernière fois au Québec que les instances publiques vont éponger les déficits des hôpitaux du moins pour près d'une quinzaine d'années. Après, le Ministère ne comble plus les déficits des hôpitaux et ne récupère plus les surplus, sous contrainte du maintien du volume d'activités. La non récupération des surplus s'explique par le niveau de budgétisation jugé adéquat des hôpitaux suite aux différentes initiatives de contrôle de coûts et de révision des bases budgétaires du Ministère (Lecours dans Dao, 1995). La libération des surplus pour un hôpital est un incitatif puisqu'il est transférable, sous certaines modalités, dans son fonds d'immobilisations. C'est également une reconnaissance de l'utilisation judicieuse des ressources mises à sa disposition (Lefebvre, 1989, p. 17-18).

Suite aux mesures mises en place en ce début de phase 2, le Ministère s'attend au résultat de l'équilibre budgétaire avec, si besoin est, le dépôt et la mise en place de plan de redressement. La stratégie du déficit, rentable et tolérée à la phase 1, peut maintenant résulter en un problème de légitimité et de crédibilité pour l'hôpital et

---

éventuellement en des difficultés accrues pour l'obtention de ressources. Après la mise en place de toutes ces mesures, le réseau des hôpitaux repart à neuf en quelque sorte. Avec la fin de l'utilisation de méthodes tenant compte de la performance, les hôpitaux sont soumis au contrôle de leur gestion financière avec, comme indicateur de résultat privilégié, le respect de l'enveloppe budgétaire (AHQ, 1993; Bégin et al., 1987). Par exemple, l'obtention du coût de système santé 1989-90 est conditionnelle à l'équilibre budgétaire 1988-89.

Également lors de cette phase, le Ministère met sur pied une vaste réflexion sur le fonctionnement et le financement des services de santé et des services sociaux, appelé la Commission d'enquête sur les services de santé et sur les services sociaux (CESS). Cette Commission recommande plusieurs changements en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins (CESS, 1988). L'une des orientations centrales est de remplacer la logique du système de soins – et des différents acteurs qui le prennent en otage – centré sur les moyens et sur les ressources vers un système davantage préoccupé des résultats de santé. La base de financement jugée raisonnable à l'époque est le taux d'inflation plus 3,5% (CESS, 1988; Nadeau, 1996). L'actualisation de recommandations de la CESS se fait dans les années 1990.

#### ***4.2.2.2 Phase 2 de l'Hôpital 1 (1986-87 à 1990-91) : développement via l'urgence?***

L'Hôpital 1 a à changer sa trajectoire, amorcée à la fin de la phase 1, aux déficits considérables et à procéder à un redressement de sa situation financière. Il a à s'aligner sur les "nouvelles" règles du Ministère et à équilibrer sa situation financière. Ce redressement est difficile malgré la plus grande abondance de ressources provenant du Ministère. En effet, l'Hôpital 1 a à revenir à une application plus serrée de sa recette budgétaire. D'ailleurs deux (2) des trois (3) initiatives retenues pour la collecte d'informations auprès d'acteurs sont liées à l'application de la recette pour les activités de soins, l'autre étant la Campagne de souscription de la Fondation.

Cette deuxième phase se caractérise par un roulement administratif assez élevé de gestionnaires particulièrement au niveau de la direction générale. Il y a le départ,

en 1987, du directeur général de la phase 1. Puis deux (2) intérimaires précèdent l'arrivée d'un nouveau directeur général en 1988. Ce dernier demeure environ six (6) mois à l'Hôpital avant que ne lui succède un autre directeur à l'automne 1988. Deux directeurs de finances se succèdent également durant cette phase : l'un qui suit la venue du dernier directeur général, suite à la modification au plan d'organisation, et l'autre qui arrive à l'Hôpital à la fin de la phase 2, à l'automne 1990.

La période d'intérim à la direction générale est perçue négativement par certains puisque l'Hôpital ne peut alors faire avancer efficacement ses dossiers.

(...) Ce qui fait que tous nos dossiers dans l'horaire stratégique, les dossiers d'organisation avec le Ministère ont gelé à peu près pendant toute cette période-là. Les dossiers d'hôpital. Ça n'a pas été une bonne période pour l'Hôpital. Pas du tout. (...) (b20)

- ***Gestion de la finance et recette budgétaire de l'Hôpital***

La recette budgétaire à la phase 2 est relativement identique à celle de la phase antérieure. En gros, c'est un budget historique révisé suite à l'approbation au sein de comités de demandes de développement des directions et s'appuyant sur une philosophie de décentralisation. Cependant un ingrédient est ajouté à la recette : le recours au plan de redressement. Ainsi pour 4 des 5 exercices financiers de la phase 2, l'Hôpital 1 y recourt pour favoriser l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Cette deuxième phase prend fin avec un déficit significatif en 1990-91 pour les opérations. Ce déficit constitue une dette pour l'Hôpital puisque le gouvernement ne les rembourse plus. Selon l'Hôpital, le déficit 90-91 s'explique par l'insuffisance de fonds jumelé à l'augmentation des activités. Par exemple, le coût de système est utilisé non seulement pour le rattrapage technologique mais aussi pour renflouer des secteurs déficitaires ou sous-financés dont les prothèses, l'hémodialyse et la cardiologie tertiaire.

- ***La création d'un comité du c.a. pour le plan de redressement 1986-87***

Malgré la correction à sa base budgétaire, l'octroi d'un coût de système et le remboursement de déficits, l'Hôpital 1 anticipe un déficit de 2,5M\$ en début d'année 1986-87. Il faut comprendre qu'un redressement budgétaire peut être nécessaire malgré l'ajout de fonds. L'ampleur de ce redressement est fonction,

---

entre autres, du niveau du déficit de l'année précédente; l'Hôpital 1 a connu un déficit de 4,6M\$ en 1985-86. Par exemple, le remboursement d'un déficit permet d'équilibrer a posteriori le budget d'un exercice passé, mais puisqu'il ne constitue pas un ajout de fonds pour l'exercice suivant, l'hôpital demeure déficitaire et en mode de récupération. Tel que l'indique un acteur rencontré :

(...) Tu restes toujours déficitaire. Et c'est difficile de dire aux gens : on était en déficit de x millions de dollars, on a reçu x millions de dollars et il faut couper! Essaie de convaincre un chef de service de ça. (...), c'est difficile à vendre. (...) (b20)

La seule option de redressement possible selon l'Hôpital 1 est la réduction de l'offre de soins. En effet, l'analyse de l'Hôpital se base sur l'absence de marge de manoeuvre à l'interne. On craint donc que le redressement n'affecte le fonctionnement de l'Hôpital, particulièrement de l'urgence. Le dépôt de scénarios de redressement laisse entrevoir l'ampleur de la tâche. La fermeture de 60 lits aigus durant toute l'année constitue l'un de ceux-ci. En l'absence d'un consensus à l'interne sur le choix d'un scénario, le CMDP propose plutôt de dénoncer la situation. Celle-ci est d'ailleurs illustrée dans un article d'un quotidien montréalais intitulé "Équilibre budgétaire forcé : une mission impossible pour certains hôpitaux" (Roberge 1986). Une vingtaine d'hôpitaux du réseau de la santé auraient des difficultés financières. Voici un extrait qui présente les préoccupations d'un gestionnaire :

(...) C'est, non seulement à reculons, mais aussi le revolver sur la tempe que nous proposerons des coupures qui feront très mal à la population (...). Si le gouvernement veut décider où et comment il faut couper chez nous, qu'il ne se gêne pas. Mais il prend là toute une commande! (...)

De plus, les administrateurs du conseil d'administration (c.a.) veulent rencontrer les autorités du Ministère afin d'expliquer la nature des impacts humanitaires, cliniques et organisationnels qu'engendreraient le redressement budgétaire. Deux rencontres ont lieu à l'été 1986 et de nouveaux scénarios sont ajoutés, certains incluant l'étude d'avenues de complémentarité avec un autre hôpital de la région. Avec le report de la décision sur le choix d'un scénario, l'Hôpital resserre la gestion sur ses ressources : le déficit anticipé passe de 2,5M à 2M\$. Suite à une



---

rencontre avec la Ministre, un 5e scénario est déposé au Ministère en octobre 1986. Ce scénario comprend un volet avec l'externe (complémentarité) et un volet de mesures à l'interne. Le volet interne comprend des mesures touchant directement les services et des mesures administratives pouvant permettre des économies d'environ 1M\$ pour les 4 dernières périodes de l'exercice financier.

Ce cinquième scénario ne reçoit pas l'appui des différents intéressés de l'Hôpital, particulièrement au niveau des mesures affectant les services. Toujours en raison de l'absence de consensus médico-administratif, un comité ad hoc du c.a. est formé à l'automne pour dégager des recommandations. En novembre, ce scénario de redressement est adopté à la séance du c.a. La création d'un tel comité permet l'appui pour la prise de décisions en contexte difficile. C'est ce qu'indique la citation suivante :

(...) Et là ça nécessitait peut-être un peu plus de commitment, plus large. Et moi j'avais indiqué au conseil qu'il fallait qu'il se mouille là-dedans parce que ça devenait plus difficile pour nous autres [les gestionnaires à l'interne] et qu'on le faisait un peu à notre corps défendant. (...) (b21)

En effet, aux dires d'acteurs rencontrés, le redressement 1986-87 s'expliquerait par la sous-corrrection à la base budgétaire de l'Hôpital 1 lors de l'Opération Blitz. De plus, les règles du jeu budgétaire changent et l'Hôpital a à s'aligner avec celles-ci sous peine de sanction :

(...) Et ça à chaque fois qu'il y a eu un nouveau courant politique, il y a une rupture. Fondamentalement, on s'occupe toujours du malade. Mais la dentelle, les orientations et les promesses électorales de quel que parti que ce soit, il faut y voir. (...) (b13)

C'est en décembre 1986 que le Ministère approuve partiellement ce cinquième scénario. Il accepte des mesures pour 0,775M dont la fermeture d'une salle du bloc opératoire et le regroupement géographique de patients en soins prolongés. Le volet de complémentarité n'ayant pas fait l'objet d'entente, l'impact sur le dossier budgétaire est retardé et les discussions sont à poursuivre. Des mesures sont refusées à cause de leur impact sur l'urgence (ex. fermer 1 salle dédiée aux patients à l'urgence, diminuer le nombre de lits à l'unité de court séjour

chirurgical) alors que le plan de désengorgement a comme objectif d'en faciliter l'accès.

L'année financière 1986-87 se termine avec un déficit de 0,25M\$. L'initiative de la formation d'un comité du c.a. permet d'appuyer le plan de redressement au préalable de l'avis final du Ministère. Bien qu'il ne permette pas l'atteinte de l'équilibre budgétaire, le plan de redressement a cependant permis de générer des économies. Les gens de l'interne sont d'ailleurs félicités pour l'amélioration de la performance budgétaire.

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : le plan de redressement à l'automne 1990***

Au préalable à la description de l'initiative du plan de redressement pour l'exercice financier 1990-91, un bref résumé des exercices financiers précédents est présenté pour faciliter la compréhension de la dynamique financière-stratégique de l'Hôpital. L'année financière 1987-88 débute avec l'adoption d'un plan de redressement, estimé à 2M\$, ralliant l'ensemble des intervenants, dont le CMDP, suite à une rencontre avec le Ministère. Ce plan prévoit, entre autres, la fermeture de 40 lits pour toute l'année. Simultanément à la mise en place du plan, une liste de demandes budgétaires pour plus de 7M\$ est acheminée au Ministère. Celle-ci comprend la réouverture des lits, la consolidation pour les prothèses, l'hémodialyse et les services de santé mentale, le financement de l'unité de court séjour en chirurgie (ouverte depuis 1985) et pour l'accroissement des activités à l'urgence ainsi que le remplacement de 30 bénéficiaires de longue durée par des bénéficiaires de courte durée.

Dans le cadre du plan de désengorgement des urgences, l'Hôpital 1 reçoit des fonds, pour 1988-89 et 1989-90, pour réouvrir 32 des 40 lits fermés. Pour faciliter l'atteinte de l'équilibre budgétaire, seulement 16 des 32 lits sont réouverts en 1988-89. 1989-90 semble être une année annonciatrice du déficit de l'exercice suivant. Il n'y a pas de plan de redressement budgétaire cette année-là bien que les résultats des premières périodes indiquent la possibilité d'un déficit. L'analyse des causes du déficit prévu pointe, d'une part, le sous-financement de secteurs (ex. hémodialyse, médicaments) et l'insuffisance du coût de système qui est utilisé non seulement pour le rattrapage technologique mais aussi pour régulariser des

---

secteurs déficitaires de l'Hôpital dont l'urgence. L'année 1989-90 prend fin avec un petit déficit grâce, d'une part, à un resserrement interne et d'autre part, à l'octroi d'ajustements budgétaires du Ministère pour environ 1M et la non récupération des économies associées à la grève des infirmières cette année-là.

1990-91 marque le retour de contraintes budgétaires dans le réseau hospitalier et de changement dans l'allocation du coût de système. Le détail de ces changements est décrit dans la phase 3 de l'environnement externe. L'Hôpital 1 face à une baisse redoutée de la croissance de son financement envisage, dès janvier 1990, la préparation d'un plan de redressement. En juin, un budget équilibré est adopté. Celui-ci prévoit une récupération d'équilibre équivalant à 1% du budget de chaque direction.

Les résultats des premières périodes de l'exercice 1990-91 montrent cependant un alignement vers un déficit important. C'est donc à la lumière de ces résultats que l'Hôpital 1 prépare un plan de redressement en réactivant le comité consultatif à la direction générale et suite à l'arrivée d'un nouveau titulaire à la direction des finances.

(...), il y avait eu de grandes présentations, je me rappelle, au personnel (...). On essayait de leur présenter la situation, les pistes de solution, recueillir leurs commentaires, voir qu'elles pourraient être effectivement. Est-ce qu'on ne se trompe pas en termes de vision? On ne se trompe pas en termes de piste? (...) (b16)

C'est un plan ambitieux qui est adopté au conseil d'administration en novembre avant son envoi au Ministère pour approbation. Il comprend un redressement annuel de 3,75M pour les 2 exercices financiers suivants en vue répondre à un double objectif : récupérer les fonds nécessaires pour résorber le déficit 1990-91 et générer des économies permettant l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Le plan comporte des mesures mettant l'accent sur l'efficience de l'utilisation des ressources et des activités. Ainsi des mesures, qui restent à identifier à partir d'études de performance pour l'ensemble des services, seraient jumelées à des mesures plus traditionnelles telle la fermeture de lits.

C'est aussi un plan de travail puisqu'il inclut la mise en place de mesures de contrôle sur les dépenses, dont la formation d'un comité de budget par direction, et

---

la rédaction d'études pour réduire et contrôler les coûts d'exploitation ou encore pour augmenter les revenus. Par exemple, on indique la pertinence de la mise à jour des orientations de l'Hôpital et de la révision de la sectorisation des lits. Des abolitions de poste sont également à prévoir.

Le Ministère accepte d'étaler le plan de redressement sur 27 mois. Étant donné l'ampleur du déficit anticipé, le Ministère accepte la fermeture de 31 lits, répartis au prorata des lits de médecine et de chirurgie, et d'une salle d'opération de janvier à avril 1991. Selon les états financiers, l'année se termine avec un déficit de 2,8M. Cependant, le véritable déficit pourrait bien s'élever à 4M\$ puisque l'Hôpital est en attente de plusieurs comptes à recevoir du Ministère.

L'application de mesures du plan de redressement permet de diminuer l'ampleur du déficit 1990-91. L'actualisation du plan à plus long terme est reprise à la phase 3 de la dynamique financière-stratégique de l'Hôpital. En fait, ce plan est peu appliqué au niveau des mesures internes pour atteindre l'équilibre budgétaire en 1991-92 et ce, probablement parce que l'Hôpital va obtenir une révision de sa base budgétaire en début de la phase 3. Aux dires d'un acteur rencontré :

(...) Révision des politiques, des procédures, des façons de faire, ça il y avait une amorce. (...) Moi je dirais que ça l'avait commencé un peu. Mais tant qu'à moi, ce n'est pas de là qu'on a eu le plus de résultats. Mais ce n'est pas des choses à négliger. (...) Je vous dirais les plans, ils sont bien lorsqu'ils doivent aboutir et que c'est rigoureux et soutenu. (...) Mais tant qu'à moi ce qui me reste, c'est bizarre, oui il y avait des pistes comme ça. Qu'on en ait eu de grandes retombées positives, c'est bizarre mais j'ai l'impression que non. (...) (b16)

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : la campagne de financement de la Fondation***

Dès le début de la phase 2, l'initiative de la première campagne publique de souscription de la Fondation pour financer des projets d'immobilisations de l'Hôpital est envisagée. Quelques éléments ont retardé son lancement, prévu au départ en 1988, dont : le roulement de directeurs généraux et l'actualisation de la suggestion d'une firme à l'effet de préparer un plan de communications afin de faire connaître davantage l'Hôpital au public et au milieu des affaires. Le député

---

du comté, également Premier ministre du Québec, a également accepté la présidence d'honneur de la campagne.

Le lancement officiel de la campagne date de janvier 1990. L'objectif est de recueillir 6,2M\$ sur 3 ans afin de financer des projets liés aux rôles ultraspécialisé et universitaire de l'Hôpital. Les fonds recueillis vont être alloués aux projets suivants : 1. la construction de la phase 2 du Centre de recherche (une première phase étant financée en 1988 grâce également à la Fondation); 2. l'acquisition d'un appareil de résonance magnétique; et 3. l'acquisition d'équipements médicaux spécialisés.

Le financement prévu provient du Ministère et de la campagne de souscription, la contribution du Ministère, annoncée en 1988, correspondant à 20% des sommes récoltées jusqu'à concurrence de 1,2M\$. Cette contribution est également assujettie au respect de conditions supplémentaires dont les autorisations pour les projets (ex. résonance et centre de recherche) et l'atteinte de l'équilibre budgétaire de l'Hôpital.

L'objectif de 6,2M\$ a été atteint. Selon des acteurs rencontrés, la campagne à l'interne n'aurait pas atteint l'objectif fixé étant donné, entre autres, les moyens pris pour rencontrer les employés, jugés militants et sceptiques face au projet, et le moment choisi pour la collecte, c'est-à-dire près de la grève des infirmières. Un objectif important, autre que l'objectif financier, a été cependant atteint :

(...) : lancement pour la campagne de la Fondation. Ça c'était un bon coup et c'était pour essayer de doter l'Hôpital d'une Fondation. Il y a eu des efforts importants qui ont été faits et ça l'a été un succès. (...) (b19)

L'Hôpital et la Fondation ne pourront capitaliser sur ce gain, par exemple, pour le lancement d'une autre campagne. En effet, l'autorisation des autorités publiques pour 2 des 3 projets tarde à venir. La situation financière de l'Hôpital, le fonctionnement de l'urgence et les discussions sur l'affiliation universitaire sont les différents motifs invoqués pour expliquer ces délais. Par ailleurs, la résonance magnétique est une technologie amenant du développement d'activités et les frais d'opération liés à son utilisation ne peuvent provenir de la Fondation. Compte

---

tenu des impacts de la technologie sur la nature et sur les services dispensés, les autorisations de projets sont à obtenir par les établissements indépendamment de la source de financement (RRSSSM-C, 1996c). Ces projets ont été finalement autorisés à la phase 4 de la dynamique financière-stratégique de l'Hôpital. Par ailleurs, au moment de la collecte de données (hiver 1998), l'Hôpital est toujours en attente de la contribution monétaire du Ministère pour la campagne.

- ***La performance ou les résultats***

Dans l'optique de comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'apprécier l'influence de la gestion financière et la stratégie (et vice versa), cette section aborde les résultats, ou la performance, de l'Hôpital 1. Une démarche analogue à celle de la phase précédente est suivie, c'est-à-dire la présentation d'une synthèse des enseignements des initiatives triangulées par le contenu des entretiens, les documents administratifs et des données quantitatives. Les résultats (qu'est-ce que ça donne) pour la phase 2 sont présentés. Certains impacts (qu'est-ce que ça apporte) pour la phase suivante sont aussi abordés et repris dans le tableau XVI.

Dans la phase suivant l'Opération Blitz, l'Hôpital 1 réalise l'équilibre budgétaire (ou presque) sauf en 1990-91. L'atteinte de ces résultats nécessite, pour 4 des 5 exercices de la phase, le dépôt de plans de redressement budgétaire malgré l'allocation de nouveaux fonds du Ministère. La plus grande abondance de ressources ne semble pas faire consensus auprès d'acteurs de l'interne. Voici un extrait de commentaires de personnes interrogées alors sur l'initiative du plan de redressement de 1990-91 :

(...) Moi ce que je me rappelle, c'est qu'on a toujours été en déficit et en rattrapage et en coupures depuis que je suis à la direction. C'est pour ça que vous avez probablement raison dans les chiffres.  
(...) (b14)

(...) Des plans de redressement, on en faisait 3 par année... (...) (b3)

**Tableau XVI. Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 1 en phase 2 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe**

**Phase 2 : développement via l'urgence (1986-87 à 1990-91)?**

	Maîtrise gestion financière	Stratégie	Relations MSSS-Régie
<p><b>Initiative 1 :</b> Comité du c.a. pour le plan de redressement 1986-87</p>	<p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Appui du c.a. au scénario de redressement retenu en l'absence d'un consensus à l'interne</li> <li>ne permet pas l'atteinte de l'équilibre (petit déficit)</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>?cumul des redressements sur la phase amène un essoufflement interne</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fermeture de services pour dernières périodes de 1986-87 :</li> <li>1 salle d'opération</li> <li>Regroupement de patients de soins prolongés</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Idem que pour gestion financière</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Besoin d'adaptation au récent courant politique</li> <li>Scénario inclut des mesures - pouvant affecter l'urgence - de complémentarité - de productivité</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'étude des avenues de complémentarité ne sera pas repris par la suite</li> </ul>
<p><b>Initiative 2 :</b> Plan de redressement (automne 1990)</p>	<p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'application du plan à la fin de 1990-91 :</li> <li>génère des économies</li> <li>ne permet pas l'équilibre</li> <li>Le déficit réel de 90-91 est plus élevé que celui des états financiers</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reprise du plan :</li> <li>révision de la base budgétaire en 1991-92</li> <li>prévoir le remboursement du déficit</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Application de quelques mesures du plan en 90-91 :</li> <li>fermeture de 31 lits</li> <li>fermeture 1 salle au bloc opératoire</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La révision de la base budgétaire à la phase 3 devrait contribuer à :</li> <li>décongestionner l'urgence [financer les lits fermés]</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Volonté de l'Hôpital de corriger sa situation déficitaire</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reprise du plan :</li> <li>accentuation de la gestion du politique</li> </ul>
<p><b>Initiative 3 :</b> Campagne de la Fondation</p>	<p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <p>Objectif financier atteint globalement : 6,2M\$</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mais peut-être pas la campagne auprès des employés</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>poursuite de l'actualisation des projets de la campagne</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Projets retenus :</li> <li>1. résonance magnétique</li> <li>2. centre de recherche</li> <li>3. équipements ultraspecialisés</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>poursuite de l'actualisation des projets de la campagne</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 2 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le financement du MSSS est conditionnel à la contribution de l'Hôpital - 20% (max de 1,2M\$)</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Délais pour la réalisation de projets (discussion pour urgence et affiliation universitaire)</li> </ul>

---

Bien que 2 des 3 initiatives aient contribué à générer des économies, elles ne suffisent pas pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire. L'acquisition de ressources via, entre autres, le coût de système paramétrique et le dossier des urgences, particulièrement pour 1987-88 et 1988-89, contribue aussi à équilibrer les dépenses et les revenus. Le réalignement vers l'équilibre semble difficile particulièrement au début de la phase en l'absence de consensus à l'interne sur un scénario de redressement. Le roulement de directeurs généraux et financiers n'a probablement pas aidé à corriger rapidement la situation par la suite.

L'application de la recette, assez serrée en début de période avec l'appui du conseil d'administration, semble suivie d'un essoufflement (ou d'un relâchement), annoncé en 1989-90 et qui se concrétise avec le déficit important de 1990-91. La crédibilité des pratiques budgétaires à l'interne est à consolider puisque l'Hôpital semble en récupération tout au long de la phase, avec le dépôt quasi annuel de plans.

Les pratiques budgétaires, et la crédibilité des pratiques pour l'interne, s'appuient sur l'insuffisance des fonds alloués à l'Hôpital dans un contexte d'augmentation des activités. Ainsi le coût de système sert non seulement à des fins de rattrapage technologique mais également pour des secteurs déficitaires de l'Hôpital. Est-ce dû à un essoufflement de la recette budgétaire, et de ses "faibles" résultats, mais toujours est-il que l'un des impacts pour la phase suivante, et amorcé avec le dépôt du plan de redressement de 1990-91, est une gestion accrue des relations avec le politique. En effet, la base budgétaire de l'Hôpital va être rehaussée au début de la phase suivante.

La capacité de développement de l'Hôpital n'a probablement pas été affectée de façon significative par les initiatives bien que des mesures, telles les fermetures de lits, aient pu avoir des impacts sur les activités. Le déficit de 1990-91 a également permis le développement d'activités. Si l'on en juge par quelques indicateurs disponibles, l'on remarque que l'Hôpital connaît une augmentation de ses activités, et en parallèle des heures travaillées (4,5% durant la période), par exemples :

- une stabilité des jours-présence "totaux" bien que les jours-présence en longue durée aient augmenté;



- une augmentation de la productivité en courte durée puisque plus de patients reçoivent des services pour une quantité moindre de jours-présence;
- une augmentation du nombre d'accouchements et de soins aux nouveau-nés;
- une augmentation du nombre de patients au bloc opératoire;
- une augmentation très importante du nombre de traitements en hémodialyse;
- une hausse des services ambulatoires (particulièrement des visites en cliniques externes) et des visites ambulatoires en psychiatrie.

L'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée est un indicateur de résultat difficile à apprécier. À la phase 2, l'Hôpital a connu une augmentation de ses activités, a reçu des fonds, entre autres, pour le dossier de l'urgence (ex. pour éviter de fermer des lits l'été, pour ouvrir en 1987-88 des lits fermés l'année avant) et pour la cardiologie tertiaire et a commencé à recueillir des fonds pour des projets tels le Centre de recherche et la résonance magnétique. A priori, l'écart entre l'intention et la réalisation de la stratégie peut être jugé faible. Cependant l'actualisation de projets de la campagne de la Fondation est retardée avec un monitoring plus grand de l'Hôpital à la phase suivante avec la création du GTI. Par ailleurs, l'octroi de fonds pour la problématique de l'urgence amène une modification au permis d'exploitation de l'Hôpital : le nombre de lits de soins prolongés passant de 58 à 74. La mission de l'Hôpital, comprise dans ses orientations de 1984, n'inclut pas le développement de soins prolongés puisqu'il se définit davantage comme un hôpital ultraspécialisé et universitaire.

De plus, l'Hôpital n'est pas en situation de couplage entièrement efficace avec l'environnement. Alors qu'il connaît des difficultés budgétaires dans un contexte de relative abondance des ressources, il est prévisible d'envisager des difficultés accrues comme impact pour la phase suivante. En effet, 1990-91 marque le retour de contraintes budgétaires. L'impact le plus significatif est peut-être au niveau des immobilisations où il y aura un ralentissement pour des projets de l'Hôpital.

Enfin, l'Hôpital 1 a fait l'acquisition d'immobilisations pour 5,1M\$ par an lors de cette seconde phase. La source publique vient au premier rang au niveau du fonds d'immobilisations (39,2%), suivie de la "recherche et des dons" (34,5%) et des économies provenant de projets autofinancés (15,9%). On note également le

---

transfert de fonds de l'avoir propre pour les immobilisations à 2 reprises. Le transfert de 1988-89 est le dernier non seulement pour la phase 2 mais également pour les phases suivantes. L'un des facteurs expliquant la baisse au recours de l'avoir propre est le remboursement d'un déficit, estimé à 1M\$, pour un dossier en litige avec le Ministère depuis 1986-87. Ce remboursement se fait à partir du solde du fonds des activités principales, ce qui diminue les sommes disponibles pour les immobilisations.

#### ***4.2.2.3 Phase 2 de l'Hôpital 2 (1986-87 à 1989-90) : développement par projets et objectifs***

L'Hôpital 2 a mis à jour ses orientations stratégiques et dépose un plan quinquennal 1985-90. Ce plan s'inscrit en continuité avec la planification précédente puisque l'aspect qualitatif des soins prime sur le volume de services. Par exemple, l'Hôpital recommande un âge limite pour l'inscription des patients pédiatriques, soit 18 ans au-lieu de 21 ans. L'accent est mis, entre autres, sur la tertiarisation des soins, la spécialisation, la périnatalogie et le recours plus fréquent aux modalités ambulatoires. Malgré la dénatalité que connaît le Québec, ce centre spécialisé pour la santé maternelle et infantile va connaître une augmentation des accouchements pour atteindre, la première fois en 1989-90, le chiffre de 4 000.

Deux changements majeurs font suite à la planification stratégique. L'un consiste en la révision du plan d'organisation de l'Hôpital auquel on ajoute une direction des services ambulatoires et hospitaliers. L'autre changement est l'introduction d'une gestion par objectifs laquelle suit également l'arrivée d'un nouveau directeur général en 1985. Cette gestion par objectifs, l'une des initiatives retenues pour les entretiens, s'inscrit également dans l'application de la recette budgétaire de l'Hôpital tout comme celle des "projets prioritaires". La dernière initiative, appelée "revue de programmes", comprend des projets issus pour la plupart des orientations stratégiques et pour lesquels l'Hôpital a besoin de financement.

Par ailleurs, les pratiques budgétaires de l'Hôpital, notamment la recette qui permet le maintien de la santé financière et la réalisation de nouvelles activités, sont "instantanément" adaptées aux changements de l'environnement externe.

Ainsi le Ministère valorise, à l'instar de l'Hôpital à la phase précédente, les pratiques de saine gestion avec comme indicateur privilégié l'équilibre budgétaire.

- ***Gestion de la finance et recette budgétaire***

La recette budgétaire à la phase 2 est similaire à celle de la phase précédente. C'est un budget comprenant la création et l'allocation d'une marge de manoeuvre. Le financement de la marge provient de sources interne, par exemple de la contribution paramétrique des directions, et externe, c'est-à-dire de l'octroi de financement additionnel. La marge peut être allouée pour le maintien d'activités, c'est alors l'équivalent d'une demande de révision de la base budgétaire mais au niveau d'une direction, ou encore pour le développement, récurrent ou non, d'activités en fonction des priorités de l'Hôpital. L'application de la recette budgétaire a été serrée tout au long de la phase. Par exemple, l'Hôpital a dû procéder à un redressement de 4 mois en 1987-88 pour éviter un déficit appréhendé cette année-là. Ce redressement, suivi par le conseil d'administration, précède l'obtention d'un financement additionnel pour l'Hôpital lequel contribue à l'atteinte de l'équilibre. Nous reviendrons sur ce financement plus loin. Un ingrédient est également ajouté à la recette : la gestion par objectifs.

- ***La gestion par objectifs ou les objectifs annuels de gestion interne***

L'introduction de la gestion par objectifs origine du second exercice de planification stratégique. En vue de favoriser l'implantation des recommandations issues de celle-ci, il y a une répartition des objectifs organisationnels en dix thèmes ou axes de développement, en conformité avec la structure du plan stratégique, tels les soins et services, l'enseignement, la recherche, les ressources financières et les ressources humaines.

La gestion par objectifs est un mécanisme administratif associé à la philosophie de gestion du nouveau directeur général. Ce directeur poursuit le mouvement de décentralisation, amorcé depuis déjà quelques années, des directions de l'Hôpital.

(...) Période 2, changement de direction générale et autre philosophie de gestion : la direction générale définit les orientations, les directions définissent les priorités et les moyens d'actions. (...) (a4)

(...) Et c'est dans ce sens-là que les objectifs annuels de gestion interne, (...) c'est la compilation des objectifs annuels de chacune des directions. (...), c'est l'assignation des responsabilités des objectifs organisationnels par directeur. (...) Et c'est cette introduction-là qui représente un renforcement au niveau de la gestion de l'Hôpital. (...) C'est un mécanisme de suivi rigoureux et qui en même temps donne de la force à la gestion. (...) (a4)

C'est une démarche annuelle de détermination et d'évaluation des objectifs utilisée non seulement dans les directions mais également en tant qu'outil de gestion par le conseil d'administration de l'Hôpital.

(...) C'était suivi de façon très systématique : l'objectif était fixé, évalué en cours d'année et à la fin de l'année. Il y avait un plan d'actions découlant de ça. Il y avait un gestionnaire imputable de chacun de ces objectifs. Par contre, c'était lourd. Il y avait une présentation pour chacun des axes à la fin de l'année [au conseil d'administration]. C'était très volumineux les objectifs, on en avait des dizaines et des dizaines. (...) (a6)

La gestion par objectifs s'inscrit au niveau de l'application de la recette budgétaire de l'Hôpital, puisqu'on y retrouve des objectifs tels l'implication et à la participation des différents intervenants à la planification budgétaire. Elle comprend aussi des objectifs de gestion financière au sens large telles l'augmentation des revenus provenant des fondations et des revenus pour la recherche. Enfin les objectifs de développement des directions doivent s'aligner au niveau des priorités stratégiques de l'Hôpital.

(...) Le développement d'une gestion par objectifs a effectivement conditionné les opérations budgétaires. Chaque année on devait préparer des objectifs prioritaires pour l'organisation, la direction et possiblement pour le service. Donc ça l'a influencé les budgets. (...) Au niveau organisationnel, l'objectif était de s'assurer que les projets et les objectifs des directions étaient en concordance avec les priorités organisationnelles et que les sommes étaient allouées aux objectifs les plus prioritaires. (...) (a10)

(...) Les objectifs changeaient à chaque année. (...) Mais on exigeait même de directeurs qui n'étaient pas responsables de l'axe financier qu'ils aient des objectifs spécifiques de contrôle budgétaire. (...) (a1)

Cette façon de faire s'est poursuivie sur 2 cycles de planification stratégique de l'Hôpital, soit sur une dizaine d'années. Il est difficile de porter un jugement sur

l'efficacité de cet outil de gestion et ce, particulièrement sur l'atteinte des objectifs financiers de l'Hôpital. La gestion par objectifs contribue, par exemple, à l'équilibre budgétaire mais n'est pas une condition suffisante à celui-ci. Il représente plutôt un outil administratif complémentaire à la recette budgétaire qui permet d'arrimer le financement aux objectifs de développement de l'Hôpital.

(...) Toutefois, à mon avis, les objectifs annuels de gestion (...) n'ont pas contribué ni à la performance financière ni à un rééquilibrage quand c'était nécessaire en cas de difficulté financière. Ça donnait simplement une perspective de travail qui se faisait dans les directions et les orientations générales. (...) (a7)

• ***Dialogue entre la finance et la stratégie : le dépôt de projets prioritaires***

Cette initiative s'inscrit également dans la recette budgétaire de l'Hôpital, spécifiquement au niveau des demandes de développement pour l'allocation de la marge de manoeuvre. En effet, des montants pour le développement en fonction des priorités de l'Hôpital sont alloués annuellement lors d'une activité appelée opération ou retraite du Lac-à-L'Épaule. Les directions déposent au préalable leurs demandes respectives de développement. Des choix sont à faire puisque l'offre de projets des directions est supérieure au financement disponible.

(...) On s'en allait faire notre retraite avec des documents épais comme ça. Donc tout le monde avait préparé 10-12 projets de développement. (...) On le savait qu'il n'y en aurait peut-être pas un par direction qui serait accepté alors que tout le monde avait mis un temps fou juste pour préparer ces projets-là (...). (a1)

Il s'ensuit une forte compétition pour les ressources entre les directions, compétition associée à un "effet secondaire" de la philosophie de décentralisation où l'autonomie de gestion de chaque direction est valorisée. Tel que le rapporte un acteur rencontré,

(...) On va démocratiser notre processus, tout le monde va comprendre la même chose et tout le monde va participer à part égale dans le processus. Tout ça fait en sorte qu'à un moment donné, à certains égards, on a réalisé que des intérêts sectoriels ou des intérêts de direction peuvent prévaloir sur l'intérêt organisationnel. C'est-à-dire qu'à un moment donné des directions ou des secteurs, à force d'être impliqués et sensibilisés, ont agi ou fonctionné comme si c'était une petite entreprise à l'intérieur d'une grosse entreprise (...). (a4)

La notion de dossiers prioritaires, également appelée dossiers corporatifs, est introduite à la phase 2 pour tenter de corriger la compétition inter-directions pour les ressources. Un dossier prioritaire est un dossier regroupant plusieurs directions et qui traduit une priorité de plusieurs directions en une priorité organisationnelle. Assimilable à une amorce d'approche par programme, un dossier prioritaire peut traverser les frontières de plus d'une directions. Lors d'une demande :

(...), le projet devait intégrer les demandes des autres directions parce qu'on regardait dans une approche par programme. Alors moi je pouvais avoir le développement d'un Centre de jour en hématonco, mais je devais tenir compte de la pharmacie et des éléments de soins infirmiers. Alors je devais inclure les besoins des autres directions dans ma demande; ainsi l'argent était retourné dans les directions par la suite parce que les services étaient gérés par eux. (...) Pour moi, cette (...) approche avait des effets intéressants puisque si le projet passait, il passait dans sa totalité. Et là, le service à la clientèle était beaucoup plus complet. (...) (a16)

L'une des conséquences de l'introduction des dossiers prioritaires a été de contribuer au développement de soins ambulatoires dans l'Hôpital, développement se traduisant également par la création d'une direction spécifique. Également lors de cette seconde phase de la dynamique financière-stratégique, le projet de Centre de jour, formule intermédiaire entre l'hospitalisation et la consultation externe, est développé et obtient du financement pour sa réalisation.

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : les revues de programmes***

Les projets de développement, et les besoins de financement inhérents à ceux-ci, sont nombreux à l'Hôpital. Une partie des programmes et des projets issus des Orientations 1985-90 est comprise dans ce qui est appelé "revue de programmes". La première version, celle de 1986-87, comprend 6 projets, dont la création d'un centre de référence sur l'asthme et d'un centre de développement de l'enfant, correspondant à un budget d'opération supplémentaire de 2M\$. Les différentes revues de programmes sont généralement acheminées au Conseil régional, à qui on demande un appui favorable, ainsi qu'au Ministère.

C'est une présentation standardisée de projets pour lesquels l'Hôpital cherche à obtenir le financement et qui est mise à jour à tous les ans. La mise à jour des projets est alimentée à partir de deux sources, les priorités de l'Hôpital et des

"préoccupations de l'environnement". L'objectif est d'identifier un créneau favorable au financement de projets de l'Hôpital en alléguant, qui plus est, ses bons résultats financiers. Ainsi,

(...), c'était vraiment des projets où l'Hôpital devait se développer. Donc qui étaient fonction de nos orientations stratégiques ou encore qui étaient, je ne vous le cacherais pas, reliés stratégiquement à des préoccupations ministérielles. (...), par exemple, une année on parle beaucoup de SIDA. Le Ministère a déjà donné de l'argent à certains établissements. Nous on a un laboratoire; comment peut-on développer un projet? (...) On ajustait; ce n'était pas le hasard. Pis ça allait avec nos orientations stratégiques, (...) il fallait que ça aille dans le sens de ce qu'on avait développé au cours des années. (...) (a1)

(...), la stratégie de l'Hôpital était de cibler une thématique [créneau] qui était bon vendeur pour avoir du financement et ce, à chaque année. La stratégie ne consistait pas à arriver au Ministère en disant qu'on s'en va en déficit et qu'on a de la misère, comme les autres hôpitaux. (...) (a7)

L'exemple de l'obtention d'un financement additionnel en 1987-88 permet d'illustrer l'emploi des revues de programmes. Cette année-là, l'Hôpital veut rencontrer la Ministre pour discuter de sa mission dans le respect de l'enveloppe budgétaire consentie mais limitée. Le dossier déposé comprend la "revue de programmes 1987-88", des "demandes additionnelles" pour des projets prioritaires, dont pour le Centre de jour, les maladies respiratoires et le SIDA, ainsi qu'un dossier conjoint Ministère-Hôpital appelé "Demande pour le coût de système 1987-88". Ce dernier document évalue, à partir de l'évolution des activités entre 1982-83 à 1985-86, un manque à gagner minimal pour l'Hôpital de 1,5M\$ par an.

L'Hôpital argumente donc sa sous-budgétisation non seulement par rapport aux hôpitaux pédiatriques mais également par rapport aux hôpitaux d'adultes. L'Hôpital n'a pas connu non plus de révision de sa base budgétaire lors de l'Opération Blitz. Enfin, l'allocation du coût de système ne suffit pas pour répondre aux besoins étant donné les caractéristiques de la clientèle (ex. complexité des cas) jumelées aux particularités des hôpitaux pédiatriques (ex. surspécialisation et approches de soins). La situation est telle que l'Hôpital a dû

ralentir le niveau d'activités prévu pour atteindre l'équilibre budgétaire en 1986-87, pendant un mois, et en 1987-88, sur une période de 4 mois.

Le redressement de 1987-88 est mis en place et suivi par le conseil d'administration. L'Hôpital, fidèle à sa tradition, veut éviter un déficit d'autant plus qu'il pourrait en résulter des pénalités pour l'obtention de crédits supplémentaires. Des mesures ciblant, entre autres, la chirurgie électorale et l'occupation des lits, permettent d'épargner les soins tertiaires. Un retour à l'équilibre budgétaire est alors annoncé bien qu'on note la présence de craintes, tant du côté des syndicats que du corps médical, liées à l'impact des compressions sur la qualité et la quantité des soins. Ces craintes sont apaisées suite à une rencontre de l'Hôpital avec la Ministre et le député du comté en février 1988. En effet, l'Hôpital reçoit un financement additionnel de 1,9M\$ pour 1987-88 dans le cadre de l'octroi d'un coût de système additionnel. L'année financière va se terminer avec un léger surplus dans un contexte d'augmentation de la lourdeur des cas en néonatalogie et du volume des activités ambulatoires et de l'hémodialyse.

En résumé, les "revues de programmes" permettent d'alimenter les discussions sur les besoins de l'Hôpital. C'est la forme privilégiée de la gestion avec le politique de l'Hôpital et qui est rentable, aux dires d'acteurs rencontrés, étant donné la situation financière de l'Hôpital. En effet,

(...) C'était une stratégie de toujours maintenir une série de dossiers en attente au niveau du Ministère. C'était une stratégie qui disait que d'abord, d'une part, l'organisation a toujours besoin du support de la part du Ministère et que ces supports-là pourraient venir par toutes sortes de sources possibles. Que ce soit au niveau de source formelle, d'une direction du Ministère, ou d'une source de sympathie ou d'une source politique. (...) C'est dans ce sens-là que la notion des Revues de programmes devient donc un outil organisationnel pour ce genre d'opportunités. Et il y a toujours une dizaine de dossiers qui se renouvellent. (...) (a4)

(...) [L'Hôpital] a été parmi les choyés. Pourquoi? Pour une raison : parce qu'on équilibrait notre budget. (...) (a16)

- ***La performance ou les résultats***

La synthèse des enseignements pour les initiatives retenues et validée par les entretiens auprès des acteurs, de documents administratifs et de données



---

quantitatives est présentée au tableau XVII. Les mêmes indicateurs de résultats que pour la phase 1 sont repris et certains impacts pour la phase suivante sont également abordés.

Pour la phase suivant l'Opération Blitz, l'Hôpital n'a pas à modifier de façon significative ses pratiques budgétaires puisque ses résultats sont conformes aux résultats attendus par l'environnement externe. En effet, l'Hôpital 2 réalise l'équilibre budgétaire (ou presque) sauf en 1986-87 où on remarque un petit déficit de l'ordre de 0,2% des revenus (représentant moins de 0,2M\$). Les initiatives retenues ne semblent pas contribuer directement à l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Le financement reçu en fin de 1987-88, dans le cadre d'un coût de système, contribue par ailleurs à l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Cependant elles permettent de consolider la recette budgétaire de l'Hôpital ou, à tout le moins, de maintenir son efficacité. Par exemple, le financement additionnel obtenu dans le cadre des "revues de programmes" peut être injecté dans la marge de manoeuvre de l'Hôpital. Tel que l'indique le tableau XVIII, il y a eu des montants alloués dans les différentes directions particulièrement en 1988-89 suite à l'octroi d'un financement additionnel par le Ministère. De plus, l'introduction des projets prioritaires peut contribuer à corriger la compétition forte entre les directions pour les ressources et à favoriser un développement plus articulé (approche par programme) et "collectif" de l'Hôpital. Enfin, la démarche de planification et de suivi budgétaire est incluse dans la gestion des objectifs mise en place par l'Hôpital à la phase 2.

Est-ce le reflet d'une gestion serrée sur les ressources, mais toujours est-il que les heures travaillées n'augmentent pas lors de cette période. Cela peut s'expliquer, au moins en partie, par l'injection annuelle qu'a à faire chaque direction dans la marge de manoeuvre. Cette contribution, généralement de 0,5% du budget de chaque direction, est récurrente et nécessite des efforts constants de productivité voire de remise en question des activités. Tel que le rapport un acteur rencontré :

(...) Culture de prudence au niveau de la planification budgétaire et de la main d'oeuvre avec la diminution de la marge de manoeuvre.

**Tableau XVII. Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 2 en phase 2 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe**

**Phase 2 : développement par projets et objectifs (1986-87 à 1989-90)**

	<b>Maîtrise gestion financière</b>	<b>Stratégie</b>	<b>Relations MSSS-Régie</b>
<b>Initiative 1 :</b> Objectifs annuels de gestion interne - gestion par objectifs	<u>POUR LA PHASE 2 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outil complémentaire à la recette budgétaire</li> <li>- dans un contexte de décentralisation</li> <li>- suivi des objectifs au conseil d'administration</li> <li>• Condition non suffisante pour atteindre l'équilibre</li> </ul> <u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite à la phase 3</li> <li>- ajout d'objectifs de productivité (1992-93)</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 2 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les objectifs de développement doivent s'inscrire dans les orientations stratégiques de l'Hôpital</li> </ul> <u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite à la phase 3</li> <li>- intégration des priorités d'immobilisations (90-91)</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 2 :</u> <p>Ne s'applique pas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mécanisme de gestion interne à l'Hôpital</li> </ul> <u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem que la phase 2</li> </ul>
<b>Initiative 2 :</b> Projets prioritaires	<u>POUR LA PHASE 2 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cadre de la recette budgétaire, pour l'allocation de la marge de manoeuvre :</li> <li>- projets inter-directions</li> </ul> <u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem qu'à la phase 2</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 2 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet le développement de secteurs prioritaires de l'Hôpital</li> <li>ex. soins ambulatoires</li> </ul> <u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem qu'à la phase 2</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 2 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les projets prioritaires peuvent être intégrés dans les Revues de programmes (voir initiative 3)</li> </ul> <u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem qu'à la phase 2</li> </ul>
<b>Initiative 3 :</b> Revues de programmes	<u>POUR LA PHASE 2 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste de dossiers en attente de financement</li> <li>• Résultats dont :</li> <li>- obtention d'un financement en 1987-88</li> </ul> <u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite de l'initiative</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 2 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossiers issus :</li> <li>- des orientations stratégiques de l'Hôpital</li> <li>- de préoccupations de l'environnement</li> </ul> <u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite du projet</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 2 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demandes de financement</li> <li>Exemple en 1987-88 :</li> <li>- l'Hôpital est performant et sous-budgétisé</li> <li>Résultat : obtention d'un financement</li> </ul> <u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite de l'initiative</li> <li>• Possible baisse de son efficacité avec :</li> <li>- amélioration de la performance budgétaire des hôpitaux</li> <li>- changements structurels dans le réseau</li> </ul>

**Tableau XVIII. Contribution à la marge de manoeuvre et allocation en début d'année de la marge de manoeuvre des différentes directions**

	DG	DSAH	DSP	DRH	DREM	DSA	DR	DSC	DE	TOTAL
<b>1986-87</b>										
1. CMM	5 000	144 600	77 800	8 000	47 000	42 600	2 000	7 000	6 000	340 000
2. RBB	3 000	538 000	327 000	25 000	32 000	148 000	17 000	0	0	1 090 000
3. DévRéc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. DévNR	45 000	55 000	78 000	38 000	100 000	50 000	0	0	10 000	376 000
	<b>48 000</b>	<b>593 000</b>	<b>405 000</b>	<b>63 000</b>	<b>132 000</b>	<b>198 000</b>	<b>17 000</b>	<b>0</b>	<b>10 000</b>	<b>1 466 000</b>
<b>1987-88</b>										
1. CMM	5 800	248 500	90 300	8 200	49 900	49 400	2 500	7 500	6 900	469 000
2. RBB	20 000	222 000	90 000	30 000	0	68 000	5 000	0	0	435 000
3. DévRéc	59 000	124 000	21 000	0	0	37 300	0	8 000	0	249 300
4. DévNR	76 000	0	60 000	0	0	0	0	0	42 500	178 500
	<b>155 000</b>	<b>346 000</b>	<b>171 000</b>	<b>30 000</b>	<b>0</b>	<b>105 300</b>	<b>5 000</b>	<b>8 000</b>	<b>42 500</b>	<b>862 800</b>
<b>1988-89</b>										
1. CMM	7 700	245 900	114 800	8 400	47 900	50 200	2 900	7 900	7 200	492 900
2. RBB	0	850 000	200 000	0	100 000	100 000	0	0	0	1 250 000
3. DévRéc	15 000	104 000	55 000	20 000	12 300	108 000	0	12 000	0	326 300
4. DévNR	50 000	51 600	48 000	85 000	34 000	180 000	4 000	14 000	32 500	499 100
	<b>65 000</b>	<b>1 005 600</b>	<b>303 000</b>	<b>105 000</b>	<b>146 300</b>	<b>388 000</b>	<b>4 000</b>	<b>26 000</b>	<b>32 500</b>	<b>2 075 400</b>
<b>1989-90</b>										
1. CMM	8 200	253 000	117 200	8 800	49 400	50 300	2 800	8 100	7 300	505 100
2. RBB	0	0	440 000	30 000	0	50 000	0	15 000	0	535 000
3. DévRéc	156 000	161 000	160 000	0	72 000	207 000	0	0	21 000	777 000
4. DévNR	420 000	17 000	80 000	62 500	211 000	71 000	12 000	59 500	14 000	947 000
	<b>576 000</b>	<b>178 000</b>	<b>680 000</b>	<b>92 500</b>	<b>283 000</b>	<b>328 000</b>	<b>12 000</b>	<b>74 500</b>	<b>35 000</b>	<b>2 259 000</b>
CMM/an (moyenne)	6 675	223 000	100 025	8 350	48 550	48 125	2 550	7 625	6 850	451 750
% CMM (phase)	1,48%	49,36%	22,14%	1,85%	10,75%	10,65%	0,56%	1,69%	1,52%	100,00%
\$ reçus/an (moyenne)	211 000	530 650	389 750	72 625	140 325	254 825	9 500	27 125	30 000	1 665 800
\$ reçus (phase)	12,67%	31,86%	23,40%	4,36%	8,42%	15,30%	0,57%	1,63%	1,80%	100,00%
\$ -CMM/an	204 325	307 650	289 725	64 275	91 775	206 700	6 950	19 500	23 150	
<b>1990-91</b>										
1. CMM	9 200	261 300	124 600	9 200	51 400	53 000	3 100	8 500	7 600	527 900
2. RBB	25 000	0	425 000	19 000	0	90 000	0	0	0	559 000
3. DévRéc	34 000	36 200	202 900	20 000	175 000	266 900	0	0	24 000	759 000
4. DévNR	65 000	120 000	30 000	76 000	98 000	0	0	36 000	6 000	431 000
	<b>124 000</b>	<b>156 200</b>	<b>657 900</b>	<b>115 000</b>	<b>273 000</b>	<b>356 900</b>	<b>0</b>	<b>36 000</b>	<b>30 000</b>	<b>1 749 000</b>
<b>1991-92</b>										
1. CMM	10 200	308 500	144 100	10 400	55 800	65 000	3 400	7 300	8 300	613 000
2. RBB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. DévRéc	26 000	350 000	160 000	48 000	164 000	267 000	0	0	20 000	1 035 000
4. DévNR	43 000	45 000	95 000	76 000	45 000	-5 000	0	20 000	0	319 000
	<b>69 000</b>	<b>395 000</b>	<b>255 000</b>	<b>124 000</b>	<b>209 000</b>	<b>262 000</b>	<b>0</b>	<b>20 000</b>	<b>20 000</b>	<b>1 354 000</b>
<b>1992-93</b>										
1. CMM	13 600	322 200	152 000	11 000	57 500	69 500	3 700	7 600	8 700	645 800
2. RBB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. DévRéc	0	1 017 000	580 000	0	117 000	368 000	0	0	0	2 082 000
4. DévNR	40 000	354 000	684 000	150 000	374 950	478 000	0	45 929	49 060	2 175 939
	<b>40 000</b>	<b>1 371 000</b>	<b>1 264 000</b>	<b>150 000</b>	<b>491 950</b>	<b>846 000</b>	<b>0</b>	<b>45 929</b>	<b>49 060</b>	<b>4 257 939</b>
<b>1993-94</b>										
1. CMM	10 700	331 300	158 300	11 100	59 200	72 200	3 700	7 700	8 800	663 000
2. RBB	0	0	0	50 000	0	0	0	0	0	50 000
3. DévRéc	110 960	315 000	922 000	0	252 029	664 000	0	0	0	2 263 989
4. DévNR	0	0	0	23 000	1 255 000	0	0	0	0	1 278 000
	<b>110 960</b>	<b>315 000</b>	<b>922 000</b>	<b>73 000</b>	<b>1 507 029</b>	<b>664 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3 591 989</b>
CMM/an (moyenne)	10 925	305 825	144 750	10 425	55 975	64 925	3 475	7 775	8 350	612 425
% CMM (phase)	1,78%	49,94%	23,64%	1,70%	9,14%	10,60%	0,57%	1,27%	1,36%	100,00%
\$ reçus/an (moyenne)	85 990	559 300	774 725	115 500	620 245	532 225	0	25 482	24 765	2 738 232
\$ reçus (phase)	3,14%	20,43%	28,29%	4,22%	22,65%	19,44%	0,00%	0,93%	0,90%	100,00%
\$ -CMM/an	75 065	253 475	629 975	105 075	564 270	467 300	-3 475	17 707	16 415	

Note : CMM veut dire contribution à la marge de manoeuvre  
RBB veut dire révision de la base budgétaire.  
DévRéc veut dire développement récurrent et DévNR indique du développement non récurrent.

Il n'est pas possible de faire le tableau pour la phase 1 de l'Hôpital. En effet, les données disponibles sont divisées en termes de projets et non pas par direction.

Il y a eu beaucoup d'équipes de base qui ont été réduites au minimum. Avec les fluctuations de volume plus grande en pédiatrie que pour les centres adultes, on a fait appel à des listes de rappel. Et cette prudence s'est avérée vraie pour les soins mais aussi partout. Les gestionnaires se gardaient des postes dans leur poche en espérant faire des économies sur des postes, l'idée étant de rencontrer les objectifs de ponction annuels. (...) (a10)

Les pratiques budgétaires, et la crédibilité des pratiques pour l'interne, s'appuient à la fois sur l'interne et (renforcé) sur l'externe tel que l'illustre le redressement de 1987-88. Ainsi l'Hôpital argumente l'insuffisance du coût de système et sa sous-budgétisation pour l'obtention de fonds additionnels. Malgré les contraintes en ressources, l'Hôpital va procéder à un redressement sans attendre la confirmation de l'octroi supplémentaire comme le veut sa tradition de "déficit zéro".

L'acquisition de ressources via, entre autres, l'octroi d'enveloppes tels les coûts de système supplémentaires obtenus en 1987-88 et en 1989-90 pour l'ajout de 4 lits en néonatalogie, contribue au développement de l'Hôpital. Toujours en ce qui a trait au développement des activités et en considérant les rapports annuels transmis au Ministère, lesquels n'incluent pas de données sur l'alourdissement de la clientèle et sur la complexité des cas, l'Hôpital 2 connaît une augmentation de ses activités particulièrement au niveau des modalités de soins ambulatoires, par exemples :

- une baisse globale des jours-présence avec une augmentation des jours-présence en santé mentale;
- une augmentation du nombre d'accouchements (qui atteint le nombre de 4000 pour la première fois en 1989-90) et des jours-présence pour les nouveau-nés;
- une baisse du nombre de patients au bloc opératoire mais une augmentation significative de ceux traités via la modalité ambulatoire "1 jour";
- une hausse des services ambulatoires (particulièrement des visites en cliniques externes) et des présences dans le centre d'activités du centre de jour;
- une augmentation dans le nombre de traitements d'hémodialyse.

Enfin, l'Hôpital a fait l'acquisition d'immobilisations pour environ 4M\$ par an durant cette seconde phase. C'est la source "recherche et dons" qui vient au premier rang au niveau du fonds d'immobilisations, avec près de la moitié du

---

financement, suivie de la source publique (39,5%) et de l'avoir propre (7,3%). Une partie des montants alloués par le Ministère provient de la relance du dossier d'immobilisations, initiative de la phase précédente, et pour laquelle l'Hôpital reçoit un montant additionnel en 1987-88. L'Hôpital transfère des fonds de l'avoir propre annuellement dans son fonds d'immobilisations.

L'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée semble relativement faible si l'on en juge par les initiatives retenues. L'Hôpital a augmenté ses activités, particulièrement ses activités ambulatoires, a obtenu du financement additionnel tout en maintenant sa philosophie de déficit zéro. L'Hôpital est, par ailleurs, en situation de couplage efficace avec l'environnement. Des difficultés sont cependant à prévoir pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire avec le retour des contraintes budgétaires en 1990-91.

#### ***4.2.2.4 Analyse transversale de la phase 2***

Tout comme pour la première phase, cette analyse transversale a comme objectif de faire ressortir ce qui distingue la dynamique financière-stratégique de deux (2) hôpitaux en présence d'un même environnement externe. L'un des objectifs de la recherche étant de comprendre l'influence des pratiques financières sur la stratégie de l'hôpital (et vice versa), cette section ne constitue pas une évaluation des pratiques des hôpitaux. De plus, une évaluation valable devrait comprendre un contrôle pour les différences entre les hôpitaux alors que c'est l'une des caractéristiques des études de cas de ne rien contrôler! Par ailleurs, l'étendue de la phase 2 diffère pour les hôpitaux. Elle s'étale sur 5 exercices financiers (1986-87 à 1990-91) pour l'Hôpital 1, la borne supérieure correspondant à la réalisation d'un déficit important en 1990-91. Pour l'Hôpital 2, la phase compte 4 exercices financiers et s'achève avec la fin d'un cycle de planification stratégique; la phase suivante débute, en 1990-91, avec le dépôt de son troisième plan stratégique et avec le retour des contraintes budgétaires.

L'environnement externe semble moins contesté qu'à la phase précédente. L'opération Blitz, qui a permis la révision des bases budgétaires d'hôpitaux déficitaires, le remboursement de déficits accumulés (1982-83 à 1985-86), la mise en place d'un coût de système santé paramétrique et d'un plan de désengorgement

---

des urgences sont des mesures pouvant expliquer, somme toute, la "tranquilité" de cette phase à comparer à la précédente. De plus, dans une conjoncture économique plus favorable, il n'y a pas eu de contraintes budgétaires allouées aux hôpitaux.

Cette abondance relative n'implique pas, par ailleurs, un consensus des différents intervenants du réseau sur la suffisance de financement. Par exemple, interrogés lors de présentations faites au moment de la Commission d'enquête sur les services de santé et sur les services sociaux sur les façons d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système, ceux-ci répondent par "Donnez-nous plus d'argent" (Bégin & Brunelle, 1991). Et tel que le diagnostique cette Commission (CESS, 1988), le système de santé québécois fonctionne toujours dans une logique de moyens. Il constitue davantage un réseau d'établissements, et de producteurs, qu'un véritable réseau de soins intégrés. En l'absence d'une culture enracinée pour l'évaluation des interventions ou de l'identification de priorités socio-sanitaires, les revendications des différents acteurs, bien qu'ayant leur légitimité, amènent un glissement naturel vers des demandes de financement accru (Bégin & Brunelle, 1991, p.66).

Avec l'abandon d'une méthode tenant compte de la performance des hôpitaux, l'indicateur privilégié du contrôle de la gestion financière devient l'équilibre budgétaire. La pratique rentable à la phase précédente du recours aux déficits pour le financement d'activités, et pour augmenter les revenus, n'est plus tolérée. Il y a des sanctions ou des désincitatifs liés aux déficits. Premièrement, ils ne sont plus remboursés par les autorités publiques. Autre exemple, l'atteinte de l'équilibre budgétaire est une condition pour l'obtention du coût de système. Les surplus sont toujours libérables, suite à l'analyse du Ministère, puis transférable à l'avoir propre. Les déficits sont également imputables à l'avoir propre depuis 1986-87 (avant ils étaient imputables au solde des activités principales).

Les divergences d'interprétation demeurent présentes entre le Ministère et les établissements. Par exemple, l'Hôpital 2 est félicité par la Ministre pour le respect de l'équilibre budgétaire en 1986-87. En fait, l'année financière se termine avec un résultat déficitaire de 0,17M\$ imputable à l'avoir propre. L'Hôpital s'objecte (en

vain) à la décision du Ministère et propose plutôt d'éliminer ce déficit via ses résultats sur les activités principales en 1987-88. Aux dires de l'Hôpital, un écart de 0,17% sur les revenus constitue à toute fin pratique une gestion financière saine et responsable compte tenu que l'équilibre "0" représente une limite théorique difficilement réalisable. L'imputation au fonds de l'avoir propre a comme effet de diminuer le montant transférable au fonds d'immobilisations.

Le couplage efficace avec l'environnement externe passe donc par des pratiques budgétaires de déficit zéro. Alors que l'Hôpital 2 est "instantanément" adapté aux changements de l'environnement, grâce au maintien de l'application de sa recette budgétaire, l'Hôpital 1 a à accomplir un redressement de sa situation financière. Ce redressement s'effectue alors que l'Hôpital connaît, en début de phase, un roulement élevé de directeurs administratifs et en l'absence de consensus interne. Il s'accompagne également du dépôt de plans pour 4 des 5 exercices financiers.

Toutefois, il semble que l'atteinte de l'équilibre budgétaire – les hôpitaux à l'étude arrivent à équilibrer ou presque les revenus et les dépenses – soit facilitée par l'octroi de fonds du Ministère. L'emploi des fonds provenant de l'environnement apparaît différent pour les 2 hôpitaux. Ils paraissent contribuer plus directement à l'atteinte de l'équilibre pour l'Hôpital 1. Par exemple, il semble raisonnable d'avancer, c'est également l'analyse de Lemieux (1994, p. 121), que les sommes reçues dans le cadre du plan de désengorgement des urgences aient autant servi à régler les problèmes de déficit budgétaire qu'à régler les problèmes de fonctionnement des salles d'urgence.

L'ajout de fonds externe semble davantage permettre le maintien de la recette de l'Hôpital 2 et de son efficacité, c'est-à-dire le développement d'activités grâce à l'allocation de la marge de manoeuvre et la santé financière. L'Hôpital 2 tente également de corriger la compétition forte pour les ressources entre les directions. Y a-t-il un essoufflement des pratiques budgétaires? Alors que l'Hôpital 2 semble parvenir à consolider la crédibilité de ses pratiques budgétaires, grâce entre autres à la gestion par objectifs, les pratiques budgétaires de l'Hôpital 1 restent à consolider si l'on en juge par le déficit important de 1990-91.

---

Les gains de crédibilité pour les gestionnaires (gardiens de ressources) sont possibles pour les 2 hôpitaux. À l'Hôpital 1, c'est grâce à l'emploi d'outils de contrôle, indiquant les écarts entre les budgets accordés et les dépenses réelles, en vue de justifier des fonds additionnels. Ces écarts s'expliquent par l'insuffisance des nouveaux fonds à financer l'augmentation des activités. L'Hôpital 1, toujours dans une logique de productivité, va faire des gains malgré le déficit 1990-91 puisqu'il expérimentera une révision de sa base budgétaire en début de phase suivante. Ainsi le déficit de 1990-91 va permettre l'acquisition de ressources et le développement d'activités, développement probablement plus émergent que pour l'Hôpital 2.

Alors qu'à l'Hôpital 2, les gains de crédibilité provenant de l'externe sont conséquents à la démonstration que le redressement, nécessaire pour atteindre l'équilibre en 1987-88, est dû à une sous-budgétisation de l'Hôpital. Résumons ainsi le comportement respectif de chaque hôpital : nous pénalisons notre clientèle à force d'avoir de bonnes pratiques non reconnues par le Ministère (gain via saine gestion selon l'Hôpital 2) et nous répondons aux besoins croissants de la clientèle en situation d'insuffisance de financement d'où le déficit (gain via une certaine délinquance de l'Hôpital 1).

En termes d'acquisition de ressources et en conformité avec leur mission respective, les 2 hôpitaux ont des résultats intéressants pour les activités et pour les immobilisations. L'Hôpital 2 obtient une correction pour sa base budgétaire non étudiée lors de l'Opération Blitz, des lits additionnels pour la néonatalogie et des fonds pour les immobilisations. L'Hôpital 1 reçoit des fonds pour le plan de désengorgement des urgences, pour la cardiologie tertiaire et par la campagne de la fondation pour les immobilisations. Cependant il connaît une modification à son permis d'exploitation, soit une hausse de lits de soins prolongés à l'encontre de la volonté exprimée dans ses orientations stratégiques.

Au niveau du fonds d'immobilisations, des différences émergent entre les deux (2) hôpitaux. L'Hôpital 1 ne peut plus recourir au transfert de fonds de l'avoir propre avec, entre autres, le règlement d'un dossier en litige avec le Ministère. Les économies provenant des projets autofinancés vont devenir une source



significative du financement du fonds d'immobilisation. À l'Hôpital 2, la source contribuant le plus au fonds d'immobilisations est celle des "dons et de la recherche". Cette source va demeurer centrale au financement des immobilisations avec la forte hausse des dons que connaît la Fondation à partir de 1989.

À la phase suivante, les hôpitaux auront à faire face au retour de contraintes budgétaires et à des changements pour l'octroi d'enveloppes de financement. Pour l'Hôpital 1, la gestion du politique est fortement présente avec, de plus, un monitoring accru de l'urgence suite à la création du Groupe tactique d'intervention (GTI). L'Hôpital 2 va connaître des difficultés dans l'application de sa recette budgétaire et va devoir effectuer des redressements budgétaires.

### **4.2.3 Phase 3**

#### **4.2.3.1 Description de l'environnement externe (1990-91 à 1993-94) : retour du stress financier**

Le réseau de la santé est en réflexion depuis quelques années déjà. La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESS, 1988) suivie des Orientations ministérielles (MSSS, 1989) ont soulevé de nombreuses lacunes en regard de l'organisation des services. Des mesures sont mises en place à la phase 3 pour favoriser la venue d'un système de soins intégrés bien que les changements majeurs pour l'organisation des soins et l'allocation des ressources auront lieu à la phase suivante.

L'article 88 de la LSSS (L.R.Q., c.S-4.2, 1995) établit des conditions à la désignation du CHU et, de là, indique la volonté du gouvernement d'en réduire le nombre (MSSS, 1997b). Les discussions sur la rationalisation des ressources académiques, et conséquemment sur le nombre d'hôpitaux à désigner centres hospitaliers universitaires, débutent également à la phase 3. Par exemple, une étude demandée conjointement par l'Université et des hôpitaux recommande des statuts de centre hospitalier d'enseignement multidisciplinaire (CHEM) pour 6 hôpitaux de Montréal (CGO, 1994).

Les hôpitaux vont connaître des modifications de leur environnement externe. La toile de fond s'inscrit dans la révision de la Loi sur les services de santé et des

---

services sociaux, laquelle annonce la réforme administrative du système de soins et l'identification d'objectifs de résultats dans une Politique de santé et de bien-être (MSSS, 1992). Les Régies régionales remplacent les Conseils régionaux avec des mandats de gestion d'organisation des soins et d'allocation des ressources. Dans la foulée de la régionalisation, l'organisation de la santé publique relève des régies régionales à partir de 1993-94. Les activités de protection, de prévention et de promotion des Départements de santé communautaire, auparavant rattachés à des hôpitaux, sont transférées dans la direction de la santé publique des différentes Régies régionales.

Par ailleurs, la réflexion sur la capacité de l'État à financer les services de santé et les services sociaux se poursuit. "Le Québec a-t-il encore les moyens de se payer son système de soins?" est la question posée dans un document ministériel (MSSS, 1991b). La problématique de l'endettement du Québec est soulevée, problématique exacerbée par le ralentissement de l'activité économique et la diminution des transferts du gouvernement fédéral (AHQ, 1993). Au niveau du système de soins, le diagnostic est à l'effet que, d'une part, le niveau maximal de la richesse collective à allouer pour le financement est atteint et que, d'autre part, la dotation des ressources apparaît suffisante pour la satisfaction des problèmes de santé.

Ainsi le réseau souffre d'"écarts d'adaptation" entre la situation désirable et celle diagnostiquée. Le document propose des correctifs sur différents plans particulièrement aux niveaux : 1. de la détermination des dépenses globales (ex. amélioration du contrôle de l'offre de services), 2. de l'allocation et de l'utilisation des ressources (ex. révision de la mission des établissements et allocation des ressources en fonction des besoins des populations et de la performance des établissements), 3. des sources et des modalités de financement (ex. diversification des sources), 4. du cadre administratif (ex. modification du cadre de régulation).

La phase 3 marque également le retour des contraintes budgétaires et, de là, d'un plus grand stress financier pour les hôpitaux. À partir de 1990-91, les ajustements apportés aux budgets des hôpitaux tiennent compte partiellement de l'inflation des

---

coûts de main d'oeuvre, des médicaments et des fournitures. Le développement pour les activités et les immobilisations est conditionnel à l'équilibre budgétaire des établissements (à partir de 1990-91). Certains établissements ont pu, pendant cette phase, profiter d'ajustements récurrents pour le financement de projets de développement résultant, soit de projets immobiliers, soit de priorités de développement de programmes à certains clientèles (ex. hémodialyse, oncologie). Il y a diminution puis disparition de la partie paramétrique du coût de système santé en 1991-92; celui-ci est alors alloué à des besoins dits prioritaires. Une contrainte appelée "efforts de rationalisation", calculée au prorata des budgets, est allouée aux hôpitaux de courte durée et aux hôpitaux psychiatriques à partir de 1992-93.

Enfin, le Groupe tactique d'intervention des urgences (GTI) propose, en 1993-94, d'allouer des pénalités financières, correspondant à 0,5% du budget de fonctionnement, aux hôpitaux ne rencontrant pas les objectifs de durée de séjour sur civière et du nombre de patients séjournant sur civière dans les corridors de l'urgence (GTI, 1993). Le GTI peut également être mandaté par le Ministre de la santé pour faire des recommandations de sanctions telles la retenue de budget de développement, de réaménagement et d'immobilisations pour les hôpitaux ne parvenant pas à résoudre les problèmes à l'urgence (GTI, 1992). Le GTI est créé en février 1990 devant la persistance de problèmes d'encombrement de plusieurs salles d'urgence dans la province. En effet, l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des mesures mises en place en 1986 montre une amélioration de la situation (Pineault et al., 1989), mais les problèmes n'apparaissent pas complètement réglés.

Avec le retour des compressions budgétaires en 1990-91, l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ, 1990a, 1990b) s'inquiète de leurs effets sur la situation financière des hôpitaux et dénonce le discours sur le présumé gaspillage existant dans le réseau. À son avis, les hôpitaux pourront difficilement absorber les impacts budgétaires négatifs, le manque à gagner est estimé à 70M\$, et risquent de se retrouver dans une position similaire à celle d'avant 1986-87, c'est-à-dire avant l'opération Blitz (AHQ, 1990a). Le changement apporté à l'allocation

---

du coût de système s'inscrit en faux avec les orientations de décentralisation et de responsabilité de gestion et amène une gestion à la pièce au niveau central.

(...) Le coût de système sera en effet distribué surtout de façon spécifique et discrétionnaire, qui peut dépendre tant de la qualité des dossiers de représentation que de considérations plus ou moins arbitraires. (...) (AHQ, 1990a)

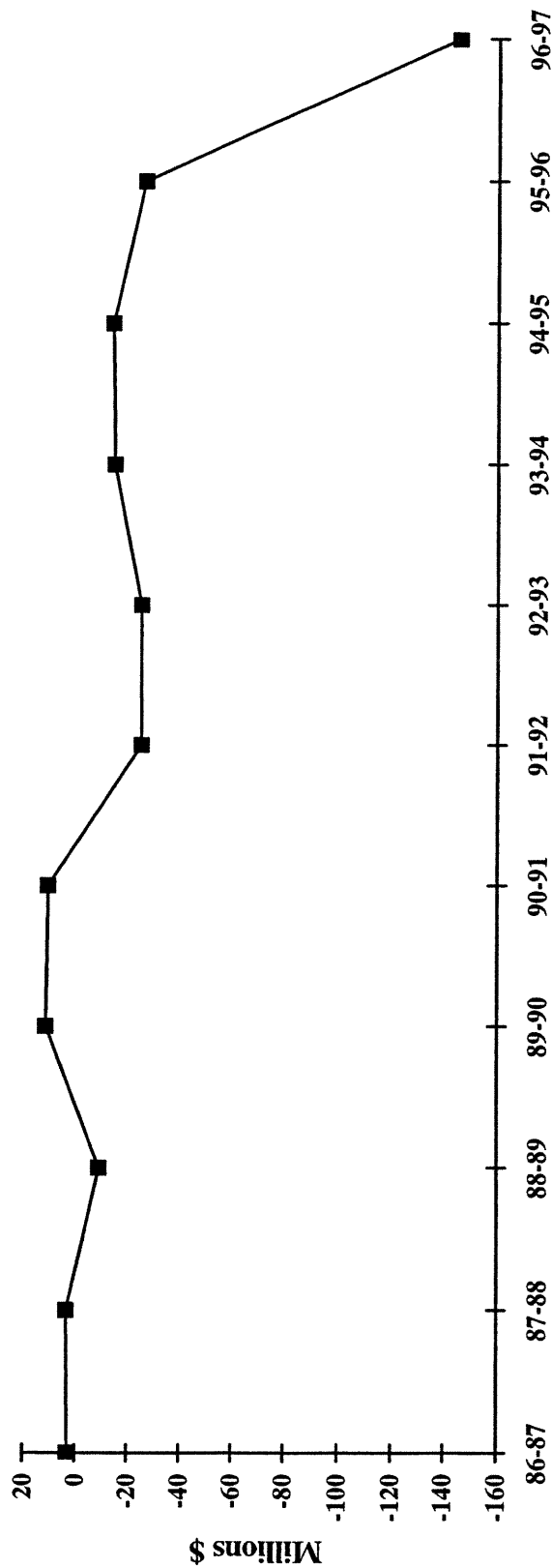
L'organisme rappelle que le coût de système devait contribuer, à l'origine, à "gérer" les pressions autres que l'inflation sur les ressources tels le vieillissement de la clientèle et le progrès technologique médical (AHQ, 1990b), pressions toujours présentes dans le réseau. L'AHQ (1990b) dénonce également les éléments rendant difficiles la planification budgétaire et la gestion efficace et efficiente des ressources dont : l'ajout de compressions en cours d'année (ex. la prise en charge de nouveaux coûts de conventions collectives), les retards dans l'obtention d'informations-clé pour des approbations budgétaires et la confirmation de leur budget final, très tard en cours d'année. Cependant le graphique 3 ne semble pas démontrer une détérioration de la situation financière des hôpitaux durant cette troisième phase.

#### ***4.2.3.2 Phase 3 de l'Hôpital 1 (1991-92 à 1994-95) : troc de l'aide externe en échange d'efforts de saine gestion***

L'Hôpital 1 met à jour ses orientations stratégiques lors de cette troisième phase. Le document des Orientations 1994-1997 se veut un complément à la démarche réalisée pour l'élaboration du plan précédent. Dans un premier temps, les travaux débutent avec un bilan des Orientations de 1984, bilan positif avec 83% des objectifs opérationnels réalisés ou partiellement réalisés en 1992.

L'environnement externe à l'Hôpital est jugé moins abondant en termes de ressources disponibles et plus exigeant aux niveaux des caractéristiques de la clientèle (ex. reconnaissance plus grande de leurs droits, vieillissement) et de contraintes du réseau (ex. situation des urgences, contexte académique, pénurie de lits de soins aigus et d'hébergement dans la région immédiate de l'Hôpital). Les principaux enjeux auxquels fait face l'Hôpital sont liés à la réalisation de sa mission : au niveau de la prestation de soins spécialisés et ultra-spécialisés, les

Graphique 3. Évolution des surplus (déficits) : membres de l'AHQ, 1986-87 à 1996-97



Note : Comprend les activités principales et accessoires.  
Sources : AHQ, 1992, 1997.

---

éléments de qualité des soins, de l'accessibilité aux services et le développement malgré les restrictions budgétaires sont entre autres soulevés. Et au niveau de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation des technologies, l'on mentionne, entre autres, le maintien de la reconnaissance universitaire et de la performance du Centre de recherche. Enfin, les orientations stratégiques sont réparties en trois catégories : celles (n=33) ne demandant aucune injection de ressources et devant s'intégrer aux activités régulières, celles (n=4) requérant un redéploiement de ressources de l'Hôpital et celles (n=13) dites de développement nécessitant l'injection de ressources additionnelles.

Une étude antérieure au plan stratégique, portant sur l'allocation des lits de l'hôpital, inclut un profil des spécialités "centrales" de l'Hôpital soit la cardiologie, la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, la médecine interne, la neuro-chirurgie et l'orthopédie. Durant cette phase, des décisions vont favoriser le développement de quelques-unes de ces spécialités dont des octrois spécifiques pour la cardiologie tertiaire et la désignation de l'Hôpital comme centre de traumatologie tertiaire. Cette dernière correspond à l'une des initiatives retenues pour les entretiens avec les acteurs. Fait à noter, l'obtention d'une enveloppe récurrente, en 1991-92, pour la cardiologie tertiaire est assortie d'une condition portant sur le nombre minimal d'interventions chirurgicales à effectuer.

Cette phase de la dynamique financière-stratégique se caractérise par une accentuation de la gestion du politique de l'Hôpital. D'une part, l'Hôpital 1 a terminé la phase précédente avec un déficit en 1990-91. Il doit, conséquemment, procéder à un redressement de sa situation financière pour éviter les sanctions associées au déficit budgétaire. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'initiative du budget base zéro modifié (BBZM) explicitée ci-après. D'autre part, le GTI fait le monitoring de la situation de l'urgence de l'Hôpital depuis sa première visite en août 1990. Ce monitoring a un prix : la recommandation du GTI peut être nécessaire à la réalisation de projets de l'Hôpital. L'un de ceux-ci est la rénovation du service de l'urgence, projet pour lequel le GTI suggère une baisse significative du nombre de civières, soit de 45 à 30. L'influence du GTI sur l'Hôpital, particulièrement au niveau des pénalités, est reprise plus loin.

- ***Gestion de la finance et recette budgétaire***

Les recettes budgétaires se suivent et se ressemblent : ainsi celle de la phase 3 est relativement identique à celle de la phase 2. Toujours dans une philosophie de décentralisation, un budget historique révisé est alloué aux différentes directions suite à l'approbation, au sein de comités, de demandes de développement. Le recours aux plans de redressement est moins fréquent qu'à la phase précédente : un exercice de BBZM a permis d'identifier des économies pour l'exercice financier 1992-93 et un redressement a permis de réaliser des économies en 1994-95 et de favoriser un recours accru aux modalités ambulatoires de soins.

Cette troisième phase prend fin avec un déficit de 3M\$ en 1994-95 sur les opérations (ou les soins) correspondant presque au niveau des compressions demandées pour l'an 1 du Défi qualité performance. L'"effort de rationalisation" équivaut à 1,89% du budget de l'Hôpital ou 2,6M\$, effort auquel s'ajoutent différents manques à gagner dont un taux d'accroissement nul sur les dépenses non-salariales. L'Hôpital estime que ses revenus ont baissé de 3,3M par rapport à l'année précédente. Ce déficit de 1994-95 s'ajoute à la dette de l'Hôpital; en effet, le déficit de 1990-91 n'a pas été remboursé. L'Hôpital a également un déficit au niveau des immobilisations (d'environ 1,5M\$) depuis la phase précédente.

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : le "Budget base zéro modifié" (BBZM)***

Au préalable à la description de cette initiative retenue pour les entretiens auprès d'acteurs de l'époque, cette sous-section débute avec la genèse du BBZM, c'est-à-dire par un bref rappel de la fin de la phase précédente. Celle-ci se termine avec le dépôt d'un plan de redressement devant permettre de récupérer les montants nécessaires pour résorber, à partir des exercices de 1991-92 et 1992-93, le déficit de 1990-91 et pour équilibrer le budget des activités de soins. Alors que la préparation budgétaire de l'Hôpital comprend la récupération prévue de 3,75M\$, l'Hôpital anticipe en juin un déficit de 2M\$ comme résultat de l'exercice 1991-92.

Comment expliquer ce retournement? L'Hôpital ne semble plus être en mesure de faire le redressement étant, qui plus est, sous-financé pour différents secteurs (ex. urgence, pharmacie, gériatrie). Ou bien est-ce la prévision, suite à des rencontres avec des représentants du Ministère au printemps, à l'effet d'obtenir du

---

financement additionnel? C'est d'ailleurs de "l'oxygène pour fonctionner" que l'Hôpital reçoit du Ministère à l'automne : une révision de la base budgétaire (RBB) visant à assurer une meilleure accessibilité pour les clientèles dont celle de l'urgence. La révision permet de refinancer les lits et la salle d'opération fermés l'année précédente et d'injecter des fonds additionnels pour des secteurs (ex. hémodialyse, pharmacie, bloc opératoire, urgence et cardiologie). Simultanément à cette révision, l'Hôpital reçoit des fonds pour 15M\$ pour des projets d'immobilisations : pour des travaux de vétusté pour le pavillon de psychiatrie, pour le réaménagement de la salle d'urgence et pour de l'équipement pour une salle d'hémodynamique.

Le rehaussement budgétaire s'accompagne de l'analyse du déficit de 1990-91 qui, avec l'annulation de comptes à recevoir, est majoré à 4M\$. De plus, le Ministère suggère à l'Hôpital d'entreprendre une démarche du type "budget base zéro" (BBZ), c'est-à-dire une révision des modes de fonctionnement tant sur les plans clinique qu'administratif. Ce sont d'abord les pressions extérieures à l'Hôpital qui expliqueraient la réalisation de l'exercice du BBZM suite, entre autres, à la révision de la base budgétaire :

(...) Le BBZM, c'était un préambule à notre octroi. Et nous autres, ce qu'on nous avait demandé, c'est "Faites votre part" (...) et on viendra vous aider. (...) (b19)

L'exercice se déroule en 1991-92 et est coordonné par un comité créé spécifiquement à cette fin. C'est un exercice consistant, selon la méthodologie, à questionner les activités et les façons de faire des services des différentes directions, en d'autres termes de partir "de zéro". Aux dires d'acteurs rencontrés, l'exercice a été rigoureux bien que laborieux. Ainsi il comprend de nombreuses consultations, dont celles auprès de médecins, au préalable au dépôt de projets des directions et d'autres pour l'acceptation des recommandations.

Le produit final de l'exercice est un document reprenant les mesures jugées applicables lesquelles représentent une partie des demandes acceptées. Puis les mesures se subdivisent en "applicables sans condition" et en "applicables sous condition" (ex. obtention d'ententes patronales-syndicales). Le résultat financier



---

du BBZM à court terme consiste en l'intégration d'économies pour 0,6M\$ dans la planification budgétaire 1992-93. Si l'on en juge par les extraits d'entrevues suivants, provenant d'une infirmière, d'un médecin et d'un gestionnaire, ce résultat est faible :

(...) Moi je trouvais que c'était un processus très très lourd; on est parti à "0". Tout refaire, tout requestionner. Mon feeling, je ne sais pas si ça l'a donné quelque chose. Je ne suis pas sûre. En tout cas pour tout l'investissement qu'on a mis, je suis sûre que ça n'a pas donné autant. Le coût-bénéfice n'a pas été élevé. (...) (b22)

(...), moi, j'ai toujours considéré que le BBZ, c'était une montagne qui avait accouché d'une souris. C'était énorme l'effort, la paperasse et tout un exercice qui a duré des mois. (...) Et finalement, on est arrivé avec de petites économies. Ce qui est arrivé, il y avait des endroits où on a économisé, où on a identifié des choses. Mais c'est très politique aussi, entre guillemets. C'est qu'à un moment donné, on arrive avec la secrétaire de tel service versus telle activité. C'est pas simple et il y avait beaucoup de pressions. Et des gens qui vont faire directement pression directement au dsp, directement au dg. (...) (b15)

(...) C'est comme ça qu'ils avaient décidé de l'appeler BBZM, budget base zéro modifié. C'était vraiment un budget historique révisé comme d'habitude. (...) (b8)

Au niveau de la distribution de l'effort du BBZM, les directions de services de support contribuent davantage que les directions de soins protégées par leur proximité aux patients. Cependant la réflexion inhérente à l'exercice collectif du BBZM a des impacts positifs liés à l'apprentissage organisationnel. Par exemple, des acteurs ressortent le document pour identifier des avenues d'économies lors de plans de redressement subséquents.

Finalement un résultat positif à court terme se situe au niveau des relations entre l'Hôpital et les autorités publiques. Ainsi grâce au BBZM, l'Hôpital montre au Ministère ses efforts pour améliorer sa situation financière.

(...) Et quels ont été les impacts de l'initiative sur les relations entre l'Hôpital et le Ministère et autres? Ben moi je pense que ça l'a aidé d'une certaine façon, on gagnait du temps. (...) (b16)

---

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : les pénalités du GTI***

Selon plusieurs acteurs rencontrés et à la lecture de nombreux documents, dont les Orientations de 1984, la situation à l'urgence de l'Hôpital est une problématique historique et complexe. Plusieurs facteurs internes et externes à l'Hôpital peuvent contribuer à la congestion de la salle d'urgence dont le manque de ressources sur le territoire pour les cas d'hébergement, la directive du Ministère en 1976 à l'effet de réserver 10% des lits de courte durée pour les soins prolongés, la position géographique de l'Hôpital et la sectorisation des lits entre les spécialités médicales et chirurgicales.

La méthodologie choisie ne permet pas de conclure sur l'efficacité et sur l'efficience de l'urgence. D'ailleurs, l'objectif de cette étude est de comprendre la dynamique financière-stratégique de l'Hôpital. D'où le choix des pénalités du GTI comme initiative retenue pour comprendre comment l'urgence s'inscrit dans la dynamique financière-stratégique de l'Hôpital. Et tel que le rapporte un médecin :

(...) La gestion financière découle nécessairement de l'activité et l'urgence est une porte d'entrée de l'Hôpital. Alors vous devez nécessairement en tenir compte (...) (b10)

Les pénalités sont de 2 ordres : au niveau des opérations (à partir de 1993-94) et au niveau des autorisations pour des projets d'immobilisations (à partir de 1990-91). Aux dires d'acteurs rencontrés, l'irritant majeur porte sur les projets d'immobilisations. En effet, l'Hôpital réussit à éviter les pénalités financières annoncées, la première datant de l'automne 1993, en alléguant, entre autres, l'augmentation de la demande et de ses activités. L'une des normes du GTI cible les séjours dits excessifs, ceux de plus de 48 heures à l'urgence, et fixe un maximum de 4% pour ces séjours en 1993-94 et de 2% en 1994-95. L'Hôpital ne parvient pas à respecter cette norme malgré l'ensemble des mesures mises en place pour améliorer la situation. Ainsi,

(...) Et on a fait toutes sortes de compromis : on a révisé la sectorisation, le chef de département [de chirurgie] prêtait des lits en autant qu'on les gardait 48 heures maximum ou 24 heures et qu'après ça on les retournait en médecine. On a changé la vocation des lits, on a fait des lits transitoires, on a fait un paquet d'alternatives pour être en mesure de rouler plus. Sauf que le

---

robinet, il est plus grand que l'évier. Et à un moment donné, t'as pas le choix, ça déborde! (...) (b3)

Au niveau des immobilisations, les pénalités portent sur des délais pour des autorisations pour, entre autres, les projets de résonance magnétique et du pavillon de psychiatrie. Cependant la situation financière peut contribuer également à retarder ces projets. Le GTI peut également faire des recommandations sur des correctifs à apporter et des mesures à prendre. C'est dans ce contexte que s'inscrit le projet de rénovation de l'urgence, projet névralgique si l'on juge que le nombre de civières influence les résultats d'indicateurs de l'urgence. La négociation tourne autour du nombre de civières : le GTI considère que 30 civières suffisent alors qu'avec 45 l'Hôpital a des problèmes de congestion. Le nombre de 35 est finalement retenu et l'Hôpital peut alors recevoir l'octroi du Ministère pour la rénovation. Ce nombre de civières pourrait suffire, dans des conditions optimales de fonctionnement, pour répondre à la demande :

(...) C'est mathématique. T'as tant de visites à l'urgence, tu couches à un taux de tant par jour, tu hospitalises de ceux-là à un taux de tant par jour. (...) Si chaque patient passe le séjour optimal, tu sais le nombre de patient couchés sur les civières, et qui vont sortir à un moment donné, et tu sais ceux qui vont être hospitalisés. Tu dis ceux qui vont partir ne resteront pas plus de 8 heures, les autres, ils ne resteront pas plus de 12 heures. Tu fais une mathématique et t'arrives à 30 civières. Tu dis plus 5 parce qu'Il [le GTI] voulait nous mettre à 30. (...) Il a dit O.K. 35 considérant votre vocation de trauma, considérant, considérant (...). (b1)

Pour plusieurs, ce nombre ne peut satisfaire à la demande et repose sur une lecture inadéquate de la problématique de l'urgence. Celle-ci étant systémique, la solution repose non seulement sur les hôpitaux mais sur l'ensemble du réseau de la santé. Les indicateurs choisis pour diagnostiquer les problèmes de salles d'urgence sont donc inadéquats voire arbitraires. C'est du moins l'opinion exprimée par des acteurs :

(...) Ils regardent l'urgence dans une dynamique d'urgence. Ils ne regardent pas l'urgence dans une optique hospitalière pis dans une dynamique de réseau. De toute façon leur mandat, c'est de regarder l'urgence. Et aussitôt qu'on essayait de déborder, oui mais les lits on n'en a pas (...). De toute façon, pour moi, c'est une réalité qui date depuis 20 ans et qui va être là tant qu'on ne changera pas. Tant

qu'on ne changera pas nos façons de voir et tant qu'on n'aura pas un réseau intégré et complet. (...) (b3)

(...) Ce qu'on avait voulu, je pense, c'est de diriger les médecins à la baguette avec les recommandations du GTI. Et lorsque les recommandations disaient de libérer des lits pour les patients en attente d'hébergement et qui occupaient des lits aigus, ben là ils ne suivaient jamais leurs propres recommandations. (...) (b19)

(...) Ils [les gens du GTI] sont perçus ici comme des gens très technocratiques, bureaucratiques et qui n'ont pas nécessairement les 2 pieds sur terre. Et je dirais même plus que ça. On a l'impression qu'il y a un peu de mauvais foi en arrière de ça. Parce qu'ils veulent, bon, justifier les décisions ministérielles et de la Régie régionale. Et ils viennent nous imposer des chiffres arbitraires. (...) Ils nous retiennent tous nos projets. (...) (b15)

Mais la situation à l'urgence n'amène pas que des pénalités, évitées pour le budget de fonctionnement et concrètes pour les immobilisations (ex. délais pour des projets financés à la phase 2, nombre de civières pour la salle d'urgence). Ainsi l'Hôpital tente, à la phase 3, de faire reconnaître que la solution à l'engorgement implique une diminution de nombre de patients en hébergement et/ou un ajout d'une trentaine de lits. L'Hôpital décide de rendre disponibles 30 des lits devant être fermés à l'été 1992 – comme c'est la coutume dans les hôpitaux de ralentir le niveau d'activités – et en informe le Ministère. Cette mesure s'inscrit dans la recherche de solutions pour éviter la congestion à l'urgence. L'Hôpital reçoit, à l'automne 1992, une lettre du Ministre, qui se dit préoccupé par l'état déficitaire des ressources en lits sur le territoire desservi par l'Hôpital. Ce constat se traduit par une subvention non-récurrente pour l'ouverture de ces lits et par l'ajout, dans une enveloppe de coût de système, de 40 lits au permis pour 1993-94 avec le budget correspondant. L'Hôpital décide alors de créer une unité de soins de longue durée pour y regrouper des patients en attente d'hébergement.

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : la désignation de centre de traumatologie tertiaire***

Le Ministère (1991 dans Riley, 1993) adopte des principes directeurs pour assurer la qualité des soins en traumatologie dont celui de concentrer les blessés graves dans quelques centres afin de créer une masse critique apte à développer et à maintenir une expertise. À l'échelle de la province, seuls 4 centres hospitaliers vont recevoir la désignation de centre de traumatologie tertiaire.

L'Hôpital 1 est dans la course pour l'obtention de la désignation. Celle-ci, d'une part, confirme et reconnaît l'expertise interne de l'Hôpital en traumatologie et, d'autre part, s'inscrit dans la volonté de préserver l'affiliation universitaire contestée lors de cette troisième phase.

(...) C'était une vocation naturelle pour nous autres. On fait de la traumato depuis 25 ans compte tenu de la situation géographique de l'Hôpital, compte tenu de l'importance du service d'orthopédie, compte tenu qu'il y avait aussi un gros service de neuro-chirurgie et les gens de chirurgie cardiaque étaient aussi intéressés à ça. Donc quand le Ministère a lancé son projet de centres de traumatologie, évidemment on était là et on a appliqué immédiatement. On a fait un long travail à l'interne pour préparer les documents et ramasser tout ça. (...) (b15)

(...) c'est important dans la mission stratégique de l'Hôpital d'avoir la désignation. (...) (b19)

L'Hôpital obtient la désignation voulue et une enveloppe budgétaire récurrente de 0,8M\$ en 1992-93. En cas d'augmentation d'activités en traumatologie, l'Hôpital a à les financer, à l'instar d'autres secteurs d'activités, à même son budget global au moyen de réallocation interne à moins d'obtenir des enveloppes supplémentaires. Aux dires d'acteurs rencontrés, la traumatologie est un stress financier important à cause, dans un premier temps, de l'insuffisance du budget initial reçu puis de la hausse des activités conséquentes à la désignation dont des signatures d'ententes de services avec d'autres établissements :

(...) On a été un petit peu trop gentil (...), on a été amené à la décision de présenter un projet qui ne coûterait pas cher et qui serait facilement achetable. (...) Disons qu'on voulait tellement l'avoir, on voulait tellement pas que ça nous échappe; c'est comme si on n'a pas pris de chance. (...) (b15)

(...) On savait très bien qu'on était sous-budgeté. Pis qu'en le désignant [centre de traumatologie], t'aurais pas le choix, ça se concentrerait, que t'en aurais plus [de clients] et que ça coûterait plus cher. Ça c'était sûr. Mais la dialectique de l'époque, c'est de dire qu'on le gèrerait, que c'était important pour le statut universitaire, pour maintenir l'intérêt des gens en place. On était déjà reconnu comme centre, il n'était pas question de laisser passer ça. (...) (b3)

---

Malgré l'augmentation des cas, le budget pour la traumatologie n'a pas été majoré par le Ministère bien que des enveloppes aient été reçues pour des clientèles spécifiques (ex. un programme pour personnes accidentées avec la SAAQ pour 1994-1997). Au niveau de la stratégie, la désignation permet de confirmer l'expertise de l'Hôpital puis d'ajouter, également à la phase suivante, de nouvelles clientèles (ex. programme pour blessés médullaires). La traumatologie est un fleuron de l'Hôpital :

(...) Je dirais que c'est un des secteurs d'excellence qui correspond le mieux à ce qu'on souhaitait dans tous les secteurs d'excellence. En termes d'articulation, en termes de partenariat avec l'externe, dans toutes ces dimensions-là, c'est le secteur qui fonctionne le mieux. Lors de la dernière visite d'agrément [en 1997-98], quand on regardait les normes par rapport à l'agrément, c'est la spécialité qui correspondait le mieux à toutes les normes autant pour l'accueil des usagers, la prise en charge, etc. (...) (b20)

- ***La performance ou les résultats***

Dans la perspective de comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'apprécier l'influence de la gestion financière sur la stratégie (et vice versa), cette section aborde la performance, ou les résultats, de l'Hôpital. À l'instar des phases précédentes, une synthèse des enseignements des initiatives provenant des contenus des entretiens, de documents administratifs et de données sur les activités, est présentée et résumée dans le tableau XIX. Les mêmes résultats et impacts sont repris.

En début de cette phase de complexification des liens avec l'environnement, l'Hôpital 1 a procédé à un redressement de sa situation financière suite au déficit de 1990-91. Ce redressement se concrétise puisqu'il y a équilibre pour les 2 premiers exercices budgétaires. Ce redressement est plus attribuable à une gestion efficace du politique avec l'externe, grâce à l'octroi d'une RBB, qu'à une maîtrise accrue de la gestion financière de l'Hôpital qu'aurait pu amener, par exemple, l'exercice du BBZM. D'ailleurs, plusieurs des personnes rencontrées sont d'avis qu'avant la consolidation de la décentralisation budgétaire aux Régies régionales, l'Hôpital utilise la logique politique; c'est l'expression des "Voyages à Québec" (au Ministère) :

**Tableau XIX. Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 1 en phase 3 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe**

**Phase 3 : troc de l'aide externe en échange d'efforts de saine gestion (1991-92 à 1994-95)**

	Maîtrise gestion financière	Stratégie	Relations MSSS-Régie
<b>Initiative 1 :</b> Exercice du BBZM (1991-92)	<u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne permet pas équilibre budgétaire</li> <li>- intégration d'économies dans planification 1992-93</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• On touche peu à la stratégie : protection des directions «centrales» aux soins</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtention d'une RBB au préalable à l'exercice :</li> <li>- on montre qu'on fait des efforts pour améliorer la situation financière</li> </ul>
	<u>POUR LA PHASE 4 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage :</li> <li>- intégration de mesures dans d'autres plans</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 4 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir gestion financière</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 4 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec les changements dans le réseau, fin des RBB ad hoc</li> </ul>
<b>Initiative 2 :</b> Pénalités du GTI	<u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pénalités financières :</li> <li>- Hôpital réussit à éviter celles-ci (ex. hausse des activités)</li> <li>• Non pénalité - utilisation de la problématique de l'urgence :</li> <li>- ajout de lits au permis</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pénalité sur immos :</li> <li>- retard pour des projets dont certains financés en phase 2 (campagne Fondation)</li> <li>- baisse du nombre de civières à l'urgence</li> <li>• Non pénalité - utilisation de la problématique de l'urgence :</li> <li>- ajout de lits au permis</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GTI : outil politique du Ministère?</li> <li>- vision réductrice de la problématique de l'urgence (problématique systémique)</li> <li>• Ajout de lits :</li> <li>- argument du manque de lits sur territoire</li> </ul>
	<u>POUR LA PHASE 4 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite du monitoring de la salle d'urgence</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 4 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir gestion financière</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 4 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite du monitoring de la salle d'urgence</li> <li>• Contexte de virage ambulatoire : baisse de lits dans le réseau</li> </ul>
<b>Initiative 3 :</b> Désignation de centre de traumatologie tertiaire	<u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budget insuffisant selon acteurs</li> <li>• Réception du budget la première année :</li> <li>- contribue à équilibre</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Désignation confirme expertise interne</li> <li>- secteur tertiaire (plusieurs spécialités)</li> <li>- lié à l'affiliation universitaire</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 3 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas en mesure de négocier un plus gros budget :</li> <li>- interaction avec dossier d'affiliation</li> </ul>
	<u>POUR LA PHASE 4 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress financier :</li> <li>- hausse du volume d'activités (non financées)</li> <li>• Puis ajout de clientèles</li> <li>- certaines financées</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 4 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puis ajout de clientèles</li> <li>- certaines financées (enveloppes ad hoc)</li> </ul>	<u>POUR LA PHASE 4 :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demandes de fonds</li> </ul>

(...) Alors c'est la période dite politique de l'Hôpital. (...) Où tu gères les relations, les apparences. Mais ça paye parce que tu peux partir, tu peux aller chercher des argents au Ministère. (...) Et pour le plus grand bien-être de l'Hôpital. Si je prends juste l'Hôpital, ben oui, l'Hôpital s'est développé. (...) (b1)

La phase se termine avec des résultats déficitaires sur les opérations, le dernier déficit équivalant presque à la contrainte du Défi qualité performance (DQP). Il faut dire que l'atteinte de l'équilibre est plus difficile particulièrement avec le DQP puisqu'à cette compression s'ajoute le cumul d'autres contraintes budgétaires et différents manques à gagner depuis 1990-91, la disparition du coût de système santé paramétrique, alors que les pressions technologiques et démographiques demeurent, dans un contexte d'incertitude de l'affiliation universitaire, et de la baisse d'enveloppes tel le PRIMA (programme régional de maintien des activités).

1994-95 constitue d'ailleurs la première année où les revenus diminuent, en valeur absolue, pour l'Hôpital de près de 3M\$ alors que les dépenses baissent de 0,5M\$ par rapport à l'année précédente. Ainsi l'Hôpital a fait des efforts de redressement mais tard, en fin d'année financière et suite au départ du directeur général. La situation financière de l'Hôpital est problématique d'autant plus que le déficit de 1990-91 n'a pas été remboursé.

Il semble y avoir une application politique de la recette budgétaire à l'interne et à l'externe. En effet, le "M" de l'exercice du BBZM vient de la "contrainte" à l'effet de ne pas modifier les services et les activités de façon radicale. Le volet externe s'explique, d'une part, par l'aide attendue des autorités pour l'obtention de fonds en cours d'année afin d'équilibrer les revenus et les dépenses soit pour des dossiers administratifs (ex. conventions collectives) soit pour des secteurs d'activités sous-financés ou déficitaires. D'autre part, dans un hôpital de gros volume et performant, c'est-à-dire productif, il est difficile d'arrimer "équilibre" et "performance", d'où le recours à l'externe :

(...) Un va à l'encontre de l'autre. Si tu es performant, tu devrais être en déficit théoriquement. Et si t'es pas performant, tu pourrais être en équilibre. Pourquoi? C'est toute la notion du budget global.  
(...) (b19)



---

(...) Alors comment peut-on arriver à l'équilibre budgétaire? C'en est une façon : il faut jouer nos influences politiques. Et là les mannes arrivent. (...) (b18)

La crédibilité des pratiques budgétaires à l'interne demeure à consolider et, à l'instar des phases précédentes, s'appuie sur l'insuffisance de fonds alloués dans un contexte d'augmentation des activités et exacerbée, en fin de phase, par une diminution des revenus de l'Hôpital. C'est donc un redressement majeur qu'aura à faire l'Hôpital à la phase suivante alors que la gestion avec le politique connaît des changements structurels majeurs avec l'avènement de l'organisation régionale des soins et de l'allocation des ressources par les Régions régionales.

L'acquisition de ressources grâce, entre autres, à la RBB de 1991-92, à l'ajout de lits au permis, à la désignation en traumatologie et d'enveloppes pour la cardiologie tertiaire, l'hémodialyse et la gériatrie contribue aussi au développement de l'Hôpital et cela conformément à sa mission, sauf peut-être au niveau de l'augmentation des activités de longue durée. La capacité de développement de l'Hôpital n'a probablement pas été affectée de façon significative durant la phase bien que des mesures, telles des fermetures de lits et d'une salle d'opération en 1991-92 et en 1994-95, aient pu avoir des impacts sur les activités. Des indicateurs montrent d'ailleurs une augmentation des activités de l'Hôpital, et simultanément des heures travaillées (de 5,6%), par exemples :

- une augmentation des jours-présence "totaux" et des admissions totales, le volume maximal d'activités pour l'ensemble des phases étant atteint en 1994-95. L'augmentation est plus forte pour les jours-présence de longue durée que pour celle de courte durée;
- une diminution du nombre d'accouchements et de soins aux nouveau-nés;
- une légère baisse du nombre de patients au bloc opératoire bien que la valeur maximale pour l'ensemble des phases est atteinte en 1991-92 (19 865 patients);
- une augmentation du nombre de traitements en hémodialyse (valeur maximale en 1992-93);
- une hausse des services ambulatoires, particulièrement des visites en cliniques externes;
- une augmentation du nombre de greffes de moelle osseuse.

L'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée apparaît faible. Ainsi l'analyse des résultats sur les activités est probante avec, entre autres, la

---

désignation de centre de traumatologie tertiaire, l'octroi de fonds pour la cardiologie et l'ajout de lits. Cependant les activités de longue durée augmentent – ce secteur ne constitue pas une activité jugée centrale de l'Hôpital – et l'Hôpital craint pour son statut universitaire. En effet, une étude (CGO, 1994) recommande pour l'Hôpital le statut de Centre hospitalier d'enseignement multidisciplinaire (CHEM) en médecine familiale, statut restrictif ne correspondant pas à ses activités réelles en enseignement. L'année suivante, c'est le statut de Centre hospitalier universitaire (CHU) périphérique, complémentaire à celui du CHU du centre-ville, qui pourrait être accordé à l'Hôpital à la condition de fusionner avec un autre hôpital périphérique. Ce dossier continuera de préoccuper l'Hôpital à la phase suivante.

Au niveau des immobilisations, l'Hôpital obtient également des fonds publics importants et fait des acquisitions moyennes de 5,9M\$ par an. La source publique est toujours celle contribuant le plus au fonds d'immobilisations (54,4%), suivie des économies provenant des projets autofinancés (21,2%) et de la "recherche et dons" (20,8%). Cependant l'Hôpital est restreint dans son rythme d'expansion avec le monitoring de la situation de l'urgence, sa situation financière difficile et l'incertitude entourant l'affiliation universitaire. Il s'ensuit des délais pour des projets d'immobilisations. Ces délais "technocratiques" laissent un goût amer aux acteurs sur les processus décisionnels et, pour certains, ces délais pénalisent l'Hôpital :

(...) Et ça tu vas voir, les Ministres et les Régies; ils vont te faire comme des petites menaces. Mais dans le fond, on sait tous que c'est de la frime et que c'est pour contenter quelqu'un. "C'est ça, t'es pas fin, on ne te donnera pas ça. Si tu fais pas tes urgences comme du monde, c'est de valeur mais ton scan, ta résonance magnétique, tu l'auras pas". (...) On va l'avoir. On va l'avoir. À qui sait attendre, on l'a. C'est toujours comme ça. Mais ce sont des menaces technocratiques. (...) Donc dans le fond, ils te tiennent en haleine. (...) (b18)

(...) Dans le fond, tu donnes les bons services, t'es disponible, tout le kit; les gens reviennent. T'es pénalisé. T'es victime de ta propre activité, de ton propre élan. C'est frustrant. (...) (b3)

Enfin, la coexistence d'un couplage politique et d'un couplage administratif avec l'environnement produit des résultats positifs et négatifs. Si l'on en juge par les pénalités conséquentes au monitoring de l'urgence et des problèmes budgétaires en fin de phase, l'Hôpital n'est pas en situation de couplage efficace avec l'environnement externe. Néanmoins, c'est une phase de développement pour l'Hôpital qui expérimente plusieurs gains budgétaires significatifs dont la RBB de 1991-92 et l'ajout de lits en 1993-94. Cet ajout de lits se fait avant la percée du virage ambulatoire, en phase suivante, qui se traduit par une baisse de lits sur le territoire de Montréal.

#### ***4.2.3.3 Phase 3 de l'Hôpital 2 (1990-91 à 1993-94) : complexification et/ou partenariat***

En début de phase 3, l'Hôpital dépose des Orientations stratégiques 1990-95. En continuité avec le plan précédent, l'Hôpital se définit comme un centre mère-enfant, surspécialisé, universitaire et de référence pour l'ensemble de la province. Les enjeux et préoccupations sont liés à la qualité et à l'excellence dans toutes les activités, en favorisant une approche de soins interdisciplinaire centrée sur la clientèle et sur les ressources humaines, centrales aux réalisations, et le développement de la tertiarisation et des alternatives à l'hospitalisation. C'est un plan d'orientations traçant la voie à suivre, à intégrer dans le processus annuel de gestion des objectifs et à ajuster aux besoins émergents et aux opportunités pouvant s'offrir à l'Hôpital.

La phase 3 se caractérise par un partenariat accru de l'Hôpital avec l'environnement se traduisant par des retombées intéressantes pour deux (2) des initiatives retenues pour les entretiens, soit la création d'un centre d'oncologie pédiatrique et des montages financiers pour la recherche. Par ailleurs, il semble y avoir un essoufflement de la recette budgétaire de l'Hôpital. Tel que le reprend ses Orientations, celle-ci s'appuie sur une approche décentralisée favorisant l'autonomie de chaque direction et dans un contexte de solidarité et de respect mutuel des différentes directions. Cette solidarité est mise à l'épreuve à au moins à deux (2) reprises durant cette phase.

---

- ***Gestion de la finance et recette budgétaire***

La recette budgétaire de l'Hôpital comprend, comme le veut la tradition, la création et la distribution d'une marge de manoeuvre auquel s'est greffée la gestion par objectifs à la phase précédente. Aux objectifs traditionnels de gestion budgétaire, c'est-à-dire l'implication et la sensibilisation des différents intervenants, s'ajoutent des objectifs opérationnels de productivité et de gestion financière au sens large dont : une baisse des heures travaillées de 1% (en 1992-93 et 1993-94), une plus grande cohérence dans la planification des budgets d'exploitation et d'immobilisations (1990-91), l'intégration des priorités d'immobilisations dans la planification annuelle (1991-92), la recherche de sources de financement pour la recherche et l'augmentation des revenus de la Fondation.

En continuité avec la phase antérieure, l'Hôpital achemine régulièrement des "revues de programmes" aux autorités publiques afin d'obtenir du financement additionnel. L'Hôpital reprend d'ailleurs une façon de faire ayant eu des retombées à la phase précédente. Ainsi suite à une diminution de son financement (ex. coût de système) et, conséquemment, à un ralentissement de ses activités en 1991-92, l'Hôpital dépose un dossier au Ministère. Celui-ci comprend trois sections : 1. une étude d'équité évaluant la sous-budgétisation de l'Hôpital à plus 30M\$ à partir d'une comparaison de coûts unitaires de centres d'activités des hôpitaux pédiatriques de Montréal, 2. la "revue de programmes 1992-93" incluant des programmes de soins et d'immobilisations issus des Orientations stratégiques, et 3. des "besoins essentiels 1992-93". Malgré la divergence d'opinion du Ministre de la santé sur la définition d'équité – la comparaison de coûts unitaires de centres d'activités étant jugée insuffisante –, l'Hôpital reçoit une subvention récurrente de 3M\$ en 1992-93, dans le cadre d'une enveloppe de coût de système non paramétrique, pour maintenir l'accessibilité aux services et satisfaire des besoins de la clientèle.

- ***La prise en charge des directions du secteur de la pharmacie***

La méthodologie de recherche choisie ne permet pas de conclure sur la suffisance en termes de ressources pour la réalisation de la mission de l'Hôpital ni de ses différentes directions et conséquemment d'un secteur d'activités. L'initiative de la

---

prise en charge des directions du secteur de la pharmacie s'inscrit davantage dans la compréhension de la recette budgétaire de l'Hôpital et s'appuie sur la récurrence des déficits dans ce secteur lors de cette phase. Le dossier de la pharmacie semble constitué, par ailleurs, un révélateur de l'essoufflement de la recette budgétaire de l'Hôpital. C'est du moins la lecture de plusieurs acteurs rencontrés.

Si l'on en juge par les procès-verbaux du conseil d'administration, l'atteinte de l'équilibre budgétaire est, en effet, problématique à 2 reprises durant cette phase. Un déficit sur le budget de gestion est annoncé à la séance du conseil d'administration de novembre 1991 dans un contexte de diminution du coût de système. Malgré les mesures mises en place pour atteindre l'équilibre au sein des directions déficitaires, l'équilibre pour la pharmacie est jugé problématique. Ce secteur d'activités connaît des hausses de coûts importantes. Deux ans plus tard, les directions doivent de nouveau s'engager à compenser pour la manque à gagner du secteur de la pharmacie, secteur ayant obtenu un financement additionnel à même la marge de manoeuvre cette année-là, alors que l'exercice budgétaire 1993-94 comprend, entre autres, un "effort de rationalisation" demandé par la Régie régionale représentant l'équivalent de 1% de la masse salariale des syndiqués et des cadres de l'Hôpital.

C'est une phase de tension et de compétition entre les directions. Les réallocations intra-Hôpital pour l'atteinte de l'équilibre créent des insatisfactions puisqu'elles se traduisent par une baisse de la marge de manoeuvre accordée à des directions :

(...) Il y a eu des époques de solidarité et d'autres d'agressivité. Par exemple, si un dossier revenait tout le temps, on se disait : On vas-tu finir par le régler? C'est-à-dire celui des médicaments. Ainsi les directions qui avaient obtenu du développement se faisaient dire d'attendre pour payer le déficit du secteur du médicament. (...)  
(a10)

Ce sont les directions des soins qui auraient le plus contribué à corriger pour le secteur de la pharmacie. En effet, il peut y avoir une décroissance de directions conséquente, d'une part, à l'effort de productivité inscrite dans la recette budgétaire. Ce sont généralement des directions administratives obtenant peu lors de la distribution des marges de manoeuvre. D'autre part, à cette contrainte

paramétrique et récurrente de l'effort de productivité s'ajoute, à la phase 3, les contraintes de l'environnement externe à assumer :

(...) C'est qu'à la limite, avec une approche comme celle-là, tu peux te retrouver avec un budget "à moins zéro". Parce que d'année en année ton budget diminue. (...) Parce qu'en plus du 0,5%, il fallait aussi très souvent assumer l'indexation au coût de la vie (...). (a1)

La recette budgétaire contribue à l'atteinte de l'équilibre budgétaire, mais favorise une forte compétition entre les directions, compétition aggravée par le cumul des contraintes internes et externes. La compétition pour les ressources est également abordée à la phase précédente dans l'initiative des "dossiers prioritaires", dossiers déposés conjointement par plusieurs directions en vue de contribuer à un partage plus articulé (entre les directions) de la marge de manoeuvre. La mise en place de ce mécanisme administratif s'inscrit dans l'allocation du développement de l'Hôpital et ne modifie en rien le suivi et le contrôle budgétaire ni le degré de décentralisation. Ainsi la compétition demeure élevée entre les directions de l'Hôpital et les préoccupations du contrôle des ressources se reflètent, entre autres, dans le secteur des médicaments :

(...) J'avais rarement vu un hôpital aussi décentralisé que ça, en termes de budget en termes de vase clos hermétique. Quand j'allais voir d'une direction à l'autre, on me disait : "Moi, je fais le maximum, mais l'autre ne le fait pas, les médicaments, etc.". Chacun misait sur la décentralisation au maximum, et même trop. (...) Très forte responsabilité; il y avait une petite direction des finances dans chaque direction, (...). Beaucoup de compétition et de critiques envers les autres directions. (...) L'objectif était d'atteindre l'équilibre budgétaire de la direction. (...) (a8)

(...) C'était un secteur qu'on pensait pouvoir être sous le contrôle de la (...) [direction X]. (...) Je pense que pendant plusieurs années on a réussi à contrôler le budget. Et à un moment donné, ça l'a sauté. C'est un mélange, je ne sais pas, c'est mon interprétation et c'est subjectif. C'est un mélange d'abord de réalités parce que les médicaments coûtent de plus en plus chers et les nouveaux encore plus. Ça c'est une réalité. La deuxième réalité, c'est qu'avec la pression constante de la décroissance, qui a commencé au début des années 1990, et on ne sait pas si c'est une résistance passive de ne pas vouloir travailler pour diminuer les médicaments. Ça c'est un élément qui contrebalance pour le premier, c'est une résistance. Le troisième élément, c'est : est-ce que le monde qui est responsable de la pharmacie, est-ce qu'ils y croient à la diminution

des coûts dans ce secteur-là ou, au contraire, ils sont convaincus que leur secteur devrait être développé (...) (a4)

Pour d'autres, les pressions sur le budget de la pharmacie expliquent les résultats déficitaires :

(...) Et il y a toujours un déficit avec la pharmacie. Et ça ne peut pas être autrement avec un hôpital d'avant-garde où il y a beaucoup de soins tertiaires, de la recherche, et parce qu'on pense hématologie. (...) (a3)

Est-ce un indicateur de résistance à contrôler le budget des médicaments, mais la direction déficitaire n'aurait pas eu recours à la révision de sa base budgétaire. Une demande de révision peut être déposée dans le cadre de l'allocation de la marge de manoeuvre et, dans l'affirmative, il s'ensuit un rehaussement du budget de la direction. Selon un médecin, les directions utilisent peu ce mécanisme :

(...) C'était un mécanisme où les directions lorsqu'elles étaient prises à la gorge, elles pouvaient donner ce signal. Le df et son adjoint se déplaçaient, rencontraient la direction concernée et l'épluchaient de A à Z. (...) Sauf qu'en demandant une telle révision, on s'exposait à ouvrir tous les livres et à répondre à toutes les questions. Et la compétition était telle entre les directions, que tout le monde avait ses cachettes et ses marges de manoeuvre. (...) (a7)

La direction déficitaire reprend le contrôle de l'enveloppe des médicaments – une rubrique spécifiquement pour les médicaments avait été créée en 1993-94 – en début de phase suivante alors que l'Hôpital connaît une transformation de sa recette budgétaire. Cette remise s'accompagne d'une révision de la base budgétaire pour ce secteur et la méthodologie choisie, une comparaison avec le taux moyen d'augmentation d'autres hôpitaux, amène un rehaussement de celle-ci.

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : le centre d'oncologie pédiatrique***  
La création d'un centre de cancérologie pédiatrique est un exemple d'initiative illustrant bien le partenariat accru avec l'environnement externe. C'est une initiative, liée aux Orientations stratégiques, traversant plus d'une phase de la dynamique financière-stratégique de l'Hôpital : il en est fait mention dans différentes "revues de programmes" dès 1986-87, la construction du centre débute à l'automne 1993 et l'ouverture officielle date de l'hiver 1995.

---

Le centre d'oncologie va permettre de regrouper les activités reliées à cette clientèle, les tumeurs étant au second rang comme cause de décès des enfants au Québec, c'est-à-dire : unité de greffes de moelle osseuse – les premières de ces greffes sont pratiquées à l'Hôpital en 94-95 –, unités de soins oncologiques, centre de jour et clinique externe. Il est également prévu de favoriser la recherche grâce à la construction d'un étage dédié à cette fin.

La réalisation de l'initiative nécessite du financement pour les opérations et pour les immobilisations. Les opérations étant financées à même les fonds publics, les efforts de partenariat s'inscrivent dans le financement des immobilisations du centre. L'avancement de l'initiative dans une perspective de partenariat implique une logique de concertation où la stratégie suit l'action plus qu'elle ne la devance, à l'encontre d'autres projets. En effet, l'Hôpital ne peut contrôler les éléments de l'environnement :

(...) Mais ce qui ressort, c'est que c'est plus un dossier de concertation qu'un dossier de technique administrative. (...) C'est un dossier de concertation sur lequel on a aucune prise. (...) (a4)

(...), c'est un dossier qui illustre bien une situation où la stratégie a plus tendance à suivre l'action qu'à la devancer. Alors qu'habituellement, on fait une stratégie et on élabore des plans d'action pour suivre cette stratégie. Ça part d'un besoin et d'un secteur en ébullition, l'hémato-oncologie pédiatrique. C'est un secteur pour lequel l'Hôpital a pris le leadership et détient tous les atouts nécessaires pour un développement éventuel. (...) À un moment donné, avec tout ça [expertise interne à consolider, un leader médical de l'Hôpital, le président d'une Fondation autre que celle de l'Hôpital, etc.], on s'est mis à développer des choses. (...) Il s'agit de le réaliser [l'initiative] et de faire en sorte qu'il y ait une infrastructure physique qui va permettre le développement du secteur. On n'a pas d'argent. (...) (a4)

Les besoins en financement sont importants et divisés en 3 enveloppes distinctes : la construction (10M\$), les équipements (7M\$) en incluant une résonance magnétique et les opérations (environ 3,5M\$). L'Hôpital n'est pas le maître d'oeuvre des enveloppes d'immobilisations. La complexité de l'initiative vient de délais amenés par la concertation et de l'arrimage difficile entre les enveloppes, voire de différents dossiers pour chacune d'elle, et de la coordination que doit faire



---

l'Hôpital pour, entre autres, l'obtention de différentes autorisations auprès des autorités publiques.

Par exemple, le financement de la construction du centre d'oncologie provient de fonds privés non pas sous la forme d'une contribution monétaire mais plutôt d'un téléthon qui prend les ondes la première fois en 1988. Ce téléthon s'ajoute à un autre téléthon dédié également à la clientèle des enfants malades et, de là, pourrait entrer en compétition avec celui-ci. La Corporation gestionnaire des fonds, distincte de l'Hôpital, voit à la distribution des téléthons sur les ondes et à l'allocation des fonds entre les hôpitaux soit pédiatriques soit dispensant des soins pédiatriques. Ce partage est négocié à quelques reprises. Ainsi alors qu'au départ 50% des fonds va à l'initiative du centre d'oncologie pédiatrique jusqu'à concurrence de 10M\$, le montant maximal passe l'année suivante à 8M\$, le Ministère devant contribuer pour la différence. Le financement de la construction prend fin à la phase suivante.

Par ailleurs, le financement de l'équipement du centre d'oncologie est confié, dans un premier temps, à une Fondation pour enfants atteints de cancer. Suite à un différend, une nouvelle Fondation complètement autonome, et également distincte de la Fondation de l'Hôpital, est créée. Cette dernière parvient à récolter des fonds significatifs, dont des fonds publics à la phase suivante. De plus, une partie du financement pour l'achat de la résonance magnétique provient d'une initiative de la phase suivante.

Donc le financement des immobilisations pour le centre d'oncologie conduit à une "multiplication" de fondations en compétition potentielle avec la Fondation de l'Hôpital. La présence de plusieurs fondations a déjà existé au sein même de l'Hôpital. La première campagne de levée de fonds avait amené, lors de la phase 1, une réforme de l'organisation des deux fondations de l'Hôpital puis, une fusion de celles-ci. À la phase 3, de nouvelles fondations entrent en scène sur l'échiquier philanthropique. L'Hôpital va tenter, à la phase suivante, de favoriser la coordination entre celles-ci grâce à la mise en place d'un comité conjoint. Cette multiplication de fondations retarde, entre autres, la tenue d'une seconde

---

campagne corporative de la Fondation de l'Hôpital. La première étape de celle-ci, une campagne interne auprès des employés, dépasse l'objectif fixé en 1992-93.

L'Hôpital obtient également la promesse de budget d'opération du Ministère lors de cette phase. Ce financement comprend un ajout significatif pour la stratégie, celui d'effectuer des greffes de moelle osseuse. De plus, l'octroi obtenu en 1992-93 dans le cadre d'une enveloppe de coût de système santé, comprend le financement des activités de la résonance magnétique. Enfin, l'Hôpital contribue à même sa marge de manoeuvre au financement d'une partie de l'aménagement du centre d'oncologie alors que, simultanément, on note un essoufflement de la recette budgétaire (voir l'initiative précédente).

Après des années de partenariat et de gestion administrative, l'initiative se concrétise : un développement s'inscrivant dans les axes de développement de l'Hôpital. Le centre d'oncologie pédiatrique est un acquis pour l'Hôpital :

(...) Ça l'a été difficile pour toutes sortes de raisons parce que, étant dans un milieu hospitalier dont l'avenir est plutôt vers la restriction budgétaire, ça l'a été difficile à gérer (...) (a9)

(...) Pour moi, ça l'a été comme un miracle. C'est extraordinaire. Grâce à la vision et au leadership du docteur (...) et aux initiatives qui ont été prises par les membres de son équipe ont conduit à ce qu'on connaît aujourd'hui. (...) (a14)

• ***Dialogue entre la finance et la stratégie : les montages financiers***

Les activités du Centre de recherche de l'Hôpital sont financées au moyen de fonds privés et de fonds publics (ex. FRSQ, CRM). Les hôpitaux pédiatriques seraient défavorisés, selon des acteurs, pour l'octroi de fonds publics de recherche au détriment des hôpitaux pour adultes. Le financement privé provient, entre autres, de compagnies privées, des contributions de la Fondation de l'Hôpital, où il existe un programme de bourses pour chercheurs, et d'un organisme allouant des fonds d'un téléthon spécifique à la clientèle des enfants malades (et distinct du téléthon pour la construction du centre d'oncologie pédiatrique). À ces sources, l'Hôpital anticipe, et c'est l'un des objectifs apparaissant dans différentes planifications annuelles et dans ses Orientations, une augmentation de ses activités de recherche grâce à des mesures de dégrèvement fiscal.

---

Les investissements dans la recherche vont s'inscrire dans des montages financiers, initiatives visant à augmenter le niveau de financement et les activités de recherche. Les montages comprennent plusieurs partenaires et généralement la création d'une société autonome des partenaires laquelle mandate l'Hôpital, plus particulièrement son centre de recherche, à faire des recherches. En 1991-92, trois de ces montages sont lancés. Parmi ceux-ci, deux prennent la forme de sociétés en commandite. Ce sont des programmes d'épargne publique (déductions fiscales) où les particuliers obtiennent des crédits d'impôts à la recherche. L'estimation des retombées de ces montages se chiffre entre 17 et 22M\$ sur 2 ans.

Le troisième montage, d'une durée de 5 ans, s'appuie sur la création de deux sociétés de recherche et de développement (R&D). Son financement provient non pas de l'épargne publique (absence de capital de risque) mais d'une gestion des crédits d'impôts. Ce montage nécessite un emprunt cautionné par la Fondation de l'Hôpital et pourrait amener des retombées estimées à près de 28M\$. Selon un acteur rencontré,

(...) C'était des bijoux de montage, (...). J'ai assisté à une présentation : c'était de la haute voltige sur le plan financier. Ça l'a donné un essor à la recherche, mais je ne peux dire si ça l'a duré.  
(...) (a7)

En effet, les résultats pour le financement des activités de recherche sont spectaculaires et rapides : ils passent de 7,3M\$ en 1991-92 à 17,3M en 1992-93 pour se stabiliser à environ 10M\$ à la fin des montages. En 1992, les montages représentent plus de 40% des fonds de recherche. L'année suivante, le Centre de recherche se situe au premier rang pour le financement des centres membres du même réseau universitaire et en troisième position en excluant les montages. Cependant les montages ne génèrent pas d'effets financiers positifs, ou d'effet de levier, pour la phase suivante, situation aggravée par la baisse du financement public pour la recherche :

(...) Ça l'a été une période de développement très limitée dans le temps. Et en termes de retombées, on n'a pas été capable, je dirais, de capitaliser là-dessus pour se donner un élan et aller plus loin avec ça. Donc on retombe à certains égards à "0" et il faut tout rebâtir. (...) (a17)

---

(...) Pour moi, je vais tenter de dire les bons mots, ces montages financiers, c'est un couteau à deux tranchants. Dans le temps quand ça nous a été présenté au conseil, étant donné mon expérience en affaires, ça m'inquiétait. Parce que dans le fond, on créait tout à coup une masse critique énorme dont l'avenir n'était pas assuré. (...) Ce n'était pas récurrent. (...) et finalement, on a décidé d'y adhérer. Parce qu'en même temps tu te dis, si je ne le fais pas il y en a d'autres qui vont le faire. Et au moins ça crée une opportunité pour le temps qu'il faut. Mais là on vit le bas de la vague [en phase 4], l'autre tranchant. (...) (a9)

L'autre tranchant, c'est le refus d'autorités publiques à reconnaître une partie des crédits d'impôts d'un montage. Il y a un remboursement à la phase suivante qui se traduit par un déficit aux activités accessoires de l'Hôpital. Il y a une baisse des options disponibles pour financer les activités de recherche avec la modification de modalités associée à ces montages financiers. La consolidation de la recherche constitue un défi important pour l'Hôpital à la phase suivante. Cette consolidation est d'autant importante que l'Hôpital se voit confirmer sa vocation universitaire par le Ministre de la Santé en 1995.

- ***La performance ou les résultats***

Le tableau XX résume les enseignements provenant des initiatives retenues et validées par les documents administratifs, des données quantitatives et des entretiens auprès d'acteurs. Les mêmes indicateurs de résultats sont repris ainsi que des impacts pour la phase suivante.

À l'instar des phases précédentes, l'Hôpital n'a pas à modifier de façon significative ses pratiques budgétaires puisque les résultats obtenus sont conformes aux résultats attendus de l'environnement externe. L'Hôpital obtient, en effet, l'équilibre budgétaire (ou des déficits négligeables de l'ordre de moins de 0,05% des revenus) pour la totalité des exercices budgétaires. L'une des initiatives retenues, la compensation des directions pour le dossier déficitaire de la pharmacie, contribue directement à l'atteinte de ces résultats et montre l'application serrée de la recette budgétaire tout au long de la phase 3. L'Hôpital reçoit également à l'occasion des fonds associés à des dossiers administratifs (ex. conventions collectives).

**Tableau XX. Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 2 en phase 3 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe**

**Phase 3 : complexification et/ou partenariat (1990-91 à 1993-94)**

	Maîtrise gestion financière	Stratégie	Relations MSSS-Régie
<p><b>Initiative 1 :</b> Dossier du secteur de la pharmacie</p>	<p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secteur d'activités en déficit en '91-92 , '93-94 :</li> <li>- besoin de compensation d'autres directions pour atteindre l'équilibre</li> <li>? - reflet d'une forte décentralisation et compétition</li> <li>? - bon contrôle des coûts</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision de la base budgétaire en début de phase</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coupures dans d'autres directions</li> <li>- directions de soins sont les plus touchées</li> <li>ex. projets reportés</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision de la base budgétaire en début de phase</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne s'applique pas :</li> <li>- mécanisme de gestion interne à l'Hôpital</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem qu'à la phase 3</li> </ul>
<p><b>Initiative 2 :</b> Centre d'oncologie pédiatrique</p>	<p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement partagé (arrimage complexe) :</li> <li>- opérations : Ministère</li> <li>- construction : téléthon (sauf coûts indirects)</li> <li>- équipement : fondation autre que celle de l'Hôpital</li> <li>- aménagement : une partie est financée à même la marge de manoeuvre</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite du financement : ex. résonnance magnétique</li> <li>- Danger à la multiplication des fondations</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement d'un axe de développement :</li> <li>- ajout des greffes de moelle osseuse</li> <li>- acquisition d'une résonnance magnétique</li> </ul> <p>• Dossier de concertation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la stratégie suit plus l'action qu'elle ne la devance</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite de l'initiative</li> <li>- Danger à la multiplication des fondations</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenariat avec l'environnement :</li> <li>- illustration au Ministère d'un exemple de réussite</li> </ul> <p>• Obtention de fonds publics pour opérations et pour immobilisations</p> <p>• Obtention d'autorisations ex. construction, greffes</p> <p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finaliser des éléments du dossier</li> </ul>
<p><b>Initiative 3 :</b> Montages financiers</p>	<p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausse du financement :</li> <li>- mais financement non récurrent</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baisse du financement total en recherche</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réhaussement du secteur de la recherche :</li> <li>- maintien et recrutement de chercheurs</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir gestion financière</li> <li>• Secteur à consolider :</li> <li>- surtout depuis l'obtention du statut de CHU</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 3 :</u></p> <p>N.S.P. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- financement provenant de montages</li> </ul> <p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baisse du financement public (FRSQ, CRM)</li> <li>• Ministère du revenu :</li> <li>- discussions sur le niveau de crédits d'impôt à allouer pour un des montages</li> </ul>

---

Cependant, des indicateurs montrent l'essoufflement de la recette qui a permis de maintenir la santé financière de l'Hôpital et de favoriser son développement pendant une longue période. Ainsi à l'effet cumulatif et paramétrique de l'effort de productivité demandé aux directions – est-ce juste que l'effort soit égal pour toutes les directions? – s'ajoute les contraintes de l'environnement externe. Le temps est probablement venu d'envisager une remise en question des activités en remplaçant la perspective intra-direction par une perspective inter-directions. De plus, le développement récurrent accordé lors des différents Lac-à-L'Épaule peut créer des pressions fortes sur le budget de l'Hôpital.

Par ailleurs, alors que l'ajout de financement externe ait contribué dans le passé au renforcement de la recette budgétaire, cela semble moins évident à la phase 3. Par exemple, malgré l'octroi de fonds significatifs du Ministère en 1992-93, l'Hôpital doit procéder à un redressement budgétaire se traduisant, l'année suivante, par une diminution du développement annoncé. En quelque sorte, l'augmentation des contraintes externes contre-balancent ou annulent les effets positifs de l'octroi de fonds supplémentaires.

D'aucuns avanceront que la baisse de l'efficacité des fonds externes pour le maintien de la recette budgétaire s'explique également par un contrôle insuffisant des dépenses pour un des secteurs de l'Hôpital, celui des médicaments. En effet, ce secteur connaît des difficultés à rencontrer le budget prévu. Bien qu'un contrôle non optimal du secteur soit envisageable – ne serait-ce pas plutôt un contrôle non optimal des responsables de la prescription des médicaments alors que 2 directeurs se succèdent durant la phase – la révision de la base budgétaire laisse croire à une sous-budgétisation. Cependant la méthodologie choisie, une comparaison avec le taux moyen d'augmentation d'autres hôpitaux, soulève également une autre possibilité : une importation inappropriée dans l'Hôpital de la croissance du financement des médicaments d'autres hôpitaux.

Quelle que soit l'interprétation sur la gestion des ressources du médicament, l'impact pour la phase suivante est le changement de la recette budgétaire de l'Hôpital. Ce changement se fait simultanément à l'arrivée des contraintes importantes associées au Défi qualité performance en 1994-95 et d'un nouveau

---

directeur des finances. À la phase suivante, l'Hôpital ne peut plus recourir à une gestion du politique, en s'appuyant sur sa saine gestion, en alléguant sa sous-budgétisation suite à la consolidation de la décentralisation budgétaire aux Régies régionales.

À l'instar de la phase précédente, les pratiques budgétaires, et la crédibilité des pratiques pour l'interne, s'appuient sur l'interne et (renforcé) sur l'externe tel que le montre le redressement de 1991-92. Ainsi malgré la diminution du financement, l'Hôpital, conformément à sa philosophie de "déficit 0", va procéder à un redressement au préalable à l'octroi de fonds supplémentaires en 1992-93 en alléguant, entre autres, sa sous-budgétisation. Cependant, et tel que vu précédemment, le renforcement est de courte durée puisque l'Hôpital doit faire des efforts non prévus en début d'année pour atteindre l'équilibre budgétaire en 1993-94.

L'acquisition de ressources grâce, entre autres, à l'octroi d'enveloppes de coûts de système non-paramétriques (ex. en 1991-92 et en 1992-93) pour la néonatalogie, l'ajout de greffes hépatiques, la fibrose kystique, des médicaments en oncologie, pour le programme PRIMA (en 1993-94) ainsi que les montages financiers contribue au développement de l'Hôpital, conformément à sa mission. Des promesses pour le budget d'opération accordées par le Ministère seront utiles à la phase suivante lors de l'ouverture du centre d'oncologie pédiatrique pour la réalisation de greffes de moelle osseuse et le fonctionnement de la résonance magnétique.

Bien que les deux redressements de la phase aient pu avoir des effets négatifs sur les activités, la capacité de développement de l'Hôpital n'a probablement pas été touchée de façon significative. Tel que le rapport un acteur,

(...) Donc une période très affluente dans un contexte où les contraintes commençaient. Nous on était favorisé parce qu'on avait du développement. On avait une contrainte mais on était compensé par du développement. Alors on la vivait beaucoup plus facilement que d'autres établissements. (...) (a8)

Selon les rapports annuels, l'Hôpital voit ses heures travaillées augmenter de 0,9% sur 4 ans. On note une stabilité pour des activités, particulièrement pour les

---

hospitalisations, jumelée à une augmentation des activités de modalités ambulatoires se reflétant, entre autres, par la baisse du nombre de lits dressés durant cette phase, par exemples :

- une diminution des jours-présence totaux et des admissions totales;
- une stabilité des jours-présence et des admissions pour les soins aux nouveau-nés – la valeur maximale pour l'ensemble des phases étant atteinte pour les jours-présence en phase 3 – ainsi que du nombre d'accouchements avec un plafond en 1991-92 de 4 255 accouchements;
- une baisse du nombre de patients au bloc opératoire – le nombre maximal de patients vus est atteint, pour l'ensemble des phases, en 1991-92 avec 13 179 – et la poursuite de la tendance à la hausse pour le 1 jour;
- une hausse des services ambulatoires, particulièrement des visites en cliniques externes, et des présences au centre de jour;
- une baisse dans le nombre de traitements d'hémodialyse;
- une augmentation dans le nombre de greffes (hépatique, rénale et cardiaque) qui passe de 18 à 24.

C'est toujours la source "recherche et dons" (43,8%) qui contribue le plus fortement au fonds d'immobilisations, suivie de la source "publique" (26,7%) et de l'avoir propre au troisième rang (9,1%). L'Hôpital a fait en moyenne des acquisitions d'immobilisations annuelles pour 6,5M\$ durant cette troisième phase. L'allocation des fonds va à différents projets dont pour la recherche (ex. espaces et animalerie), des équipements en angioradiologie, en radioscopie, en néonatalogie, des projets d'humanisation des soins (ex. cohabitation des parents sur les unités de soins) et pour des programmes de sécurité-vétusté (ex. génératrice).

Enfin, l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée apparaît faible en regard des initiatives choisies. Tout en maintenant sa santé financière, l'Hôpital obtient des fonds importants, met en place les éléments favorisant la création d'un centre d'oncologie pédiatrique et rehausse les activités de recherche. Grâce au partenariat, c'est une phase de situation de couplage efficace avec l'environnement au sens large et non seulement de l'environnement "système de soins". De plus, l'Hôpital est l'un des premiers hôpitaux du Québec à se voir confirmer son statut universitaire en début de phase suivante en 1995.



---

#### *4.2.3.4 Analyse transversale de la phase 3*

Cette section ne constitue pas une comparaison normative des pratiques financières et stratégiques des hôpitaux retenus. La recherche ayant comme objectif de comprendre l'influence des pratiques financières sur la stratégie des hôpitaux (et vice versa), l'analyse transversale vise l'émergence d'enseignements pour chacun des hôpitaux dans une perspective longitudinale et l'identification de différences chez ces hôpitaux en présence d'un même environnement externe.

La phase 3 est similaire pour les deux hôpitaux en termes de durée mais diffère au niveau des exercices financiers considérés. Ainsi, le critère pour en déterminer les frontières pour l'Hôpital 1 est la réalisation de déficits importants : la borne inférieure correspond à l'année suivant le déficit significatif de la phase précédente (1990-91) et la borne supérieure, un résultat déficitaire important (1994-95). Les critères de démarcation de la phase pour l'Hôpital 2 s'appuie sur son cycle de planification stratégique et un changement de l'environnement externe. Ainsi, la phase débute en 1990-91 avec le retour des contraintes budgétaires dans le réseau de la santé et le dépôt d'orientations stratégiques. Elle prend fin en 1993-94, dernière année d'utilisation de la recette budgétaire de l'Hôpital définie à la phase 1.

C'est le début de changements significatifs dans le réseau de la santé avec, comme toile de fond, une révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (en 1991) et une réflexion sur la capacité de l'État à financer les services de santé et les services sociaux. La révision de la Loi annonce une réforme administrative du système de soins et l'adoption d'une politique de santé et de bien-être. Ces dernières modifient, dès la phase 3, l'environnement des hôpitaux avec, entre autres, la décentralisation budgétaire au niveau des régies régionales (1993-94) et l'allocation d'enveloppes de coût de système en fonction de priorités socio-sanitaires.

Alors qu'il y a quelques années à peine la base de financement jugée raisonnable était le taux d'inflation plus 3,5% (CESS, 1988; Nadeau, 1996), l'heure est à la crise des finances publiques : le niveau maximal à allouer pour le financement public de la santé est atteint (MSSS, 1991b). Les hôpitaux expérimentent durant

---

cette phase des contraintes budgétaires alors que l'indicateur du contrôle de la gestion financière demeure l'équilibre budgétaire. L'amélioration de l'efficacité et de l'efficience dans le réseau est visée, entre autres, via la rationalisation des ressources, dont les ressources académiques. Enfin devant la persistance de problèmes d'engorgement de salles d'urgence, le GTI est créé et peut recommander des sanctions aux hôpitaux déviants.

C'est donc le retour d'une perspective moins abondante pour les hôpitaux. Le couplage efficace avec l'environnement externe passe encore par des pratiques budgétaires de saine gestion. Alors que la recette budgétaire de l'Hôpital 2 est toujours adaptée aux résultats attendus de l'environnement, l'Hôpital 1 a à effectuer un redressement de sa situation financière suite au déficit de 1990-91. Ce redressement semble plus attribuable à une gestion efficace avec le politique qu'à une maîtrise accrue de sa gestion financière si l'on en juge par la comparaison des retombées de la révision de sa base budgétaire et de l'exercice du BBZM.

Ce redressement budgétaire est de courte durée puisque deux ans plus tard, alors que les contraintes augmentent ainsi que les activités, on note le retour d'un déficit en 1993-94. Malgré un redressement appliqué l'année suivante, lequel permet de générer des économies et de favoriser un recours accru aux modalités ambulatoires de soins, le déficit de 1994-95 augmente et atteint pratiquement le niveau de contraintes demandées cette année-là. L'application politique de la recette budgétaire, tant à l'interne qu'à l'externe, ne suffit plus pour stabiliser les revenus et les dépenses de l'Hôpital 1. Dans un contexte d'augmentation d'activités et d'incertitude sur son avenir universitaire, l'Hôpital s'attend, aux dires d'acteurs rencontrés, à recevoir des octrois pour l'aider à équilibrer et, de là, tarde à changer de façon radicale ses pratiques budgétaires et à faire des choix sur les activités. C'est la situation cornélienne entre l'équilibre et la performance (productivité).

Le redressement de la situation financière de l'Hôpital 1 constitue l'une des préoccupations centrales à la phase suivante, d'autant plus que le transfert de responsabilités budgétaires aux Régies régionales met fin à la gestion forte des relations avec le politique. Ce redressement pourrait se traduire par l'ajout de responsabilités budgétaires aux directions. Bien que celles-ci participent à la

---

planification budgétaire et voient à la gestion des ressources, au moyen de suivis à chaque période où les dépassements sont justifiés, les corrections (contrôle) semblent moins rapides qu'à l'Hôpital 2. De plus, l'atteinte de l'équilibre budgétaire de chaque direction n'apparaît pas un objectif aussi formellement poursuivi à l'Hôpital 1 qu'à l'Hôpital 2.

L'octroi de fonds (ex. dossiers administratifs, activités) facilite l'atteinte de l'équilibre des deux hôpitaux, mais il semble contribuer plus directement à l'équilibre de l'Hôpital 1. Alors que l'ajout de fonds ait longtemps permis la maintien voire le renforcement de la recette budgétaire de l'Hôpital 2, ce dialogue entre l'interne et l'externe semble moins efficace lors de cette phase. Il y a un essoufflement de la recette budgétaire amené par différents facteurs dont le cumul des contraintes internes sur une longue période (effort de productivité de 0,5% des différentes directions) et le retour de contraintes externes. Les déficits du secteur des médicaments semblent constitués, par ailleurs, un révélateur de cet essoufflement. L'Hôpital va modifier sa recette budgétaire à la phase suivante.

Les gains de crédibilité pour les gestionnaires (gardiens des ressources) sont possibles pour les 2 hôpitaux. À l'Hôpital 1, les gains sont liés à l'emploi d'outils de contrôle en vue de justifier le besoin de fonds additionnels et d'une utilisation réussie du dossier de l'urgence malgré le monitoring du GTI. Toujours dans une logique de productivité, l'Hôpital 1 fait des gains significatifs à la phase 3 : une révision de sa base budgétaire en 1991-92 et l'ajout de lits en 1993-94. Cela permet l'acquisition de ressources et le développement d'activités, développement en partie moins émergent qu'à la phase 2 puisque des enveloppes obtenues sont associées à des dossiers spécifiques (ex. cardiologie tertiaire, désignation de traumatologie).

À l'Hôpital 2, les gains de crédibilité provenant de l'externe suivent – et c'est une redite de la phase précédente – la démonstration qu'un redressement nécessaire à l'équilibre budgétaire 1991-92 s'explique par une sousbudgétisation de l'Hôpital. Ce recours à la gestion du politique en alléguant la performance administrative et technique de l'Hôpital n'est plus possible à la phase suivante. Par ailleurs, l'initiative du centre d'oncologie pédiatrique représente un résultat positif pour la

---

réalisation de la mission de l'Hôpital malgré la multiplication des fondations et les délais amenés par la concertation.

En termes d'acquisition de ressources, les 2 hôpitaux ont des résultats intéressants pour les activités et pour les immobilisations conformément à leur mission respective bien que l'Hôpital 1 connaît une augmentation des activités de longue durée. L'Hôpital 1 est également contraint dans son rythme de développement avec le monitoring de l'urgence, l'incertitude entourant l'affiliation universitaire ainsi que sa situation budgétaire. Il s'ensuit des délais pour la réalisation de projets d'immobilisations, certains financés lors de la campagne de la Fondation de la phase précédente. Enfin, alors que l'Hôpital 1 décide de ne pas assumer les risques financiers d'un projet d'épargne publique, l'Hôpital 2 connaît une forte croissance du financement de la recherche grâce à des montages financiers.

La transformation de l'environnement des hôpitaux s'accélère à la phase suivante. Les plans régionaux d'organisation des soins alliés à des contraintes budgétaires sans précédent vont amener des changements dans les pratiques budgétaires des hôpitaux. L'un des changements est l'horizon temporel de plans d'équilibre budgétaire, ceux-ci s'étalant sur plusieurs exercices budgétaires.

#### **4.2.4 Phase 4**

##### **4.2.4.1 Description de l'environnement externe (1994-95 à ...) : arrimage réussi des règles de gestion financière et des réformes?**

Le réseau de la santé et des services sociaux traverse une période de grande turbulence. À l'automne 1993, le Ministère (MSSS, 1993a) propose le Défi qualité performance (DQP). Ce défi comprend la consolidation de la Réforme axée sur le citoyen (MSSS, 1990) et de la Politique de santé et de bien-être (MSSS, 1992). Le réseau est interpellé – dans ce qui est appelé également la réforme ou la transformation – à modifier les façons de faire tant cliniques qu'administratives et organisationnelles (ex. virage ambulatoire, révision des missions, fusions, fermetures d'établissements) et est appelé à contribuer au redressement des finances publiques; il ne peut totaliser une part importante des dépenses gouvernementales sans sentir les contraintes de la crise des finances publiques (Bélanger, 1994).

---

Au départ, le DQP comprend une commande budgétaire triennale de 750M\$ (MSSS, 1993a) débutant en 1994-95. Celle-ci est majorée avec, entre autres, le consensus obtenu autour de l'objectif du "déficit zéro" lors du Sommet économique à l'automne 1996. Une partie des compressions budgétaires vont s'inscrire à l'intérieur de plans régionaux d'organisation des services (PROS), également appelés plans régionaux de transformation des services. L'une des lignes directrices des plans est le virage ambulatoire, lequel se traduit par une diminution du ratio de lits dressés de courte durée et de la durée de séjour et par l'augmentation des interventions de court séjour. La transformation va toucher les établissements sur différents aspects dont le redéploiement des ressources humaines des établissements fermés et le moratoire pour des projets de construction.

À l'échelle du Québec, les compressions financières sont modulées par la Politique de santé et de bien-être (PSBE) et par – c'est un retour – de la performance économique (efficience). Dans la PSBE, la volonté consiste à réduire les écarts entre les régions du point de vue de l'accès aux services, de la disponibilité des ressources et ultimement de la santé et du bien-être (Pampalon et al., 1995). Cette volonté s'inscrit dans le discours d'équité interrégionale, une valeur centrale à l'instauration de systèmes de soins (Angus et al., 1995). Pour allouer les compressions entre les régions, la méthode utilisée se fonde sur le "per capita corrigé" depuis 1994-95 (Lemay, 1997). Cette méthode établit un ratio entre les ressources et la population de chaque région, ratio adapté aux différences régionales dans les coûts de production des services et aux besoins de la population pour différents programmes. Une région en surplus de ressources reçoit des contraintes supérieures à son niveau d'allocation de ressources. C'est le cas de la région de Montréal-centre.

Les méthodes d'allocation des compressions peuvent varier d'une région à l'autre. L'allocation intrarégionale s'inscrit généralement dans des plans régionaux d'organisation des services et peut comprendre des analyses de performance économique. Lemay (1997) rapporte l'emploi du "per capita" appliqué aux différentes sous-régions d'une région. L'analyse de la performance économique porte, par exemple, sur la comparaison du coût moyen réel des hospitalisations

---

avec un coût attendu estimé à partir d'un modèle théorique. L'un de ces modèles a été développé dans une démarche conjointe entre l'AHQ, le Ministère et la Conférence des régies régionales (MSSS, 1994b). Les variables explicatives associées au processus de production incluent habituellement le niveau d'intensité des ressources utilisées (NIRU) calculé à partir des DRG.

L'allocation des contraintes des hôpitaux de la région de Montréal-centre est brièvement explicitée puisque les hôpitaux à l'étude font partie de cette région. En 1994-95, l'estimation de la contrainte des hôpitaux provient de l'addition de cibles à savoir : 1. de l'utilisation de la méthodologie interrégionale (méthode des champs d'activités), 2. d'une contrainte sur l'amélioration de la productivité pour les secteurs de l'alimentation, de la buanderie et de l'entretien ménager, 3. d'une réduction attendue de 10% des dépenses des laboratoires, et 4. d'une cible spécifique, estimée à partir de DRG, pour les services administratifs et de soutien. Les hôpitaux reçoivent leur contrainte budgétaire en début d'exercice soit en mai 1994.

L'année suivante, l'incertitude entourant la confirmation du PROS de la région amène des délais pour l'annonce de la contrainte 1995-96. Ce n'est qu'à l'automne 1995 que les hôpitaux connaissent leur contrainte régionale. C'est une première puisque les hôpitaux reçoivent une contrainte triennale et paramétrique. Les hôpitaux se répartissent en deux groupes : les hôpitaux membres du groupe 1 obtiennent une contrainte estimée à 5,39% de leur budget brut de 1994-95 alors que les trois hôpitaux membres du groupe 2, à cause de leur position géographique, donc indirectement de la mobilité interrégionale des clientèles, et de pressions démographiques, reçoivent une contrainte estimée à 4,40% de leur budget brut de 1994-95. En plus de cette contrainte, les hôpitaux font face à des manques à gagner supplémentaires dont la non indexation des dépenses salariales et non-salariales à partir de 1995-96.

Le PROS de Montréal vise l'atteinte d'un "nouvel équilibre", à construire autour de réseaux de soins intégrés, entre les services à offrir, les ressources disponibles et les besoins de la population (RRSSM-C, 1995a). Ce plan de transformation, adopté par le conseil d'administration de la Régie et entériné par le Ministre de la

---

santé à l'automne 1995, compte une quarantaine de mesures réparties selon des continuums de services. Le continuum de services de santé physique expérimente les compressions les plus fortes et il y a une réallocation de ressources vers des priorités régionales tels les services aux personnes âgées, la promotion/prévention et l'ajout de mandats aux CLSCs. L'objectif financier est de réduire, sur 3 ans et à partir de 1995-96, les dépenses de 190M\$ sur une enveloppe globale de 3,1MM\$. Le projet comprend aussi l'instauration d'un fonds d'équilibre régional pour l'accès à des services ultraspécialisés et pour lesquels les hôpitaux peuvent recevoir des fonds.

Il y a un retour de politisation du débat particulièrement à partir de 1996-97 où on note une détérioration des résultats financiers des hôpitaux avec l'ajout de contraintes "inattendues et non financées". Il semble y avoir perturbation dans le calendrier des efforts budgétaires associés au Défi qualité performance auquel s'ajoute l'objectif gouvernemental du déficit zéro issu du Sommet économique de l'automne 1996. Pour les établissements, les objectifs consistent, d'une part, à obtenir le financement des coûts de transition de la réforme et, d'autre part, à faire reconnaître comme ne relevant pas des établissements – et "en dehors de contrôle des gestionnaires" – des contraintes provenant de décisions prises aux niveaux d'instances n'assumant pas la responsabilité budgétaire de la décision.

Une partie de ces contraintes découle du dossier des ressources humaines associé à la réforme dont l'absence de financement pour le redéploiement d'employés (ceux avec la sécurité d'emploi) provenant d'établissements fermés et le financement partiel pour les départs assistés. La contrainte des employés redéployés a été répartie entre les établissements au prorata des heures travaillées des établissements. Ces établissements ne reçoivent, d'une part, aucun financement pour les redéployés et, d'autre part, ne peuvent les choisir en fonction de critères tels leurs besoins de main-d'oeuvre. Dans la région de Montréal, le nombre de salariés avec la sécurité d'emploi mis en disponibilité à l'intérieur du PROS se chiffre à 7579 : 3541 provenant de la fermeture ou du changement de mission de neuf établissements et 4038 découlant des plans de compressions budgétaires des établissements. Parmi eux, 2377 ont été remplacés dans des postes et 2471 se sont prévalus de programmes de départs (RRSSM-C, 1998, p. 111).

---

Les hôpitaux montréalais expérimentent également une contrainte (positive ou négative) estimée à partir d'une analyse de l'efficacité en soins physiques; celle-ci inclut l'emploi de données NIRU (RRSSSM-C, 1996a). D'autres contraintes en 1996-97 proviennent du Ministère dont une directive de sécurité publique à l'effet de ne plus réutiliser les cathéters à usage unique et l'augmentation de coûts salariaux.

L'allocation des compressions est également jugée perfectible. Par exemple, les méthodes utilisées pour apprécier l'équité interrégionale et la performance économique (ex. NIRU) sont jugées très partielles par des acteurs. Autre exemple, l'allocation des compressions ne tient pas compte des activités d'enseignement et de recherche. Ainsi les hôpitaux dispensant de telles activités ont obtenu des compressions aussi fortes que les hôpitaux généraux. Un comité a été mis en place pour évaluer les coûts associés à la vocation universitaire en 1997 (Lemay, 1997, p. 25). Il faut dire que le processus d'identification des CHUs se poursuit à la phase 4. La désignation des CHUs se déroule entre avril 1995 et juillet 1997 selon le rapport déposé dans le cadre des "Rendez-vous de l'automne" du Ministre de la santé (MSSS, 1997b). En plus des CHUs, des établissements ont été désignés Centre affilié universitaire (CAU) ou encore Instituts du secteur santé ou du secteur social.

La phase 4 est une période de stress financier majeur si l'on en juge par la détérioration des résultats budgétaires, particulièrement pour les hôpitaux. Au niveau de la région de Montréal, les déficits pour les activités principales de l'ensemble des établissements passent de 2,6M\$ en 1994-95 à 17,9M\$ en 1995-96 à 90,2M\$ en 1996-97 (RRSSSM-C, 1997a, p. 57; RRSSSM-C, 1996b, p. 49; RRSSSM-C, 1995b, p. 46). Ce sont les hôpitaux de courte durée qui sont les plus touchés puisque leurs déficits annuels représentent plus de 90% des déficits de la région.

Les données de l'AHQ sur l'évolution des résultats financiers dans le réseau hospitalier au Québec montrent la même tendance (voir le graphique 3 à la section 4.2.3.1). C'est aux dires de l'Association une situation paradoxale où la fermeture d'établissements ne génère pas les économies prévues, du moins à court terme. Par



ailleurs, ce sont les hôpitaux qui absorbent plus de coupures que les autres types d'établissements dans le cadre des réallocations. Selon l'AHQ (1998), les établissements à vocation hospitalière ont absorbé environ 80% de l'ensemble des compressions de la réforme.

Ainsi l'ampleur et la vitesse exigées pour implanter les changements sont telles que plusieurs voient dans la transformation actuelle un exercice budgétaire plus qu'une stratégie permettant une meilleure atteinte des objectifs du système de soins à savoir la qualité, l'accessibilité et l'équité (Lemay, 1997). La réduction significative des revenus pour les établissements ne s'accompagne pas de changements substantifs dans la dynamique même du système de soins. Le caractère cumulatif des compressions auquel s'ajoute l'absence de financement des coûts de transition pèsent lourd sur les hôpitaux alors que la déréglementation attendue ne s'est pas concrétisée. Par exemple, le dossier du redéploiement des ressources humaines n'a pas été confié aux établissements mais plutôt aux Régies régionales. De plus, les paramètres d'allocation des ressources sont perfectibles et pourraient conduire à des résultats intéressants dont l'harmonisation des modes de rémunération des professionnels et des établissements et l'intégration de différents régimes (assurance-hospitalisation, assurance-maladie et programmes complémentaires incluant les médicaments) en un seul et confié à une instance responsable pour la population d'un territoire.

#### ***4.2.4.2 Phase 4 de l'Hôpital 1 (1995-96 à ...) : transformations et/ou vivre selon ses moyens***

L'Hôpital 1 a à modifier la trajectoire, amorcée en fin de la phase précédente, aux déficits considérables et à procéder à un redressement de sa situation financière. Avec la décentralisation de responsabilités budgétaires aux Régies régionales, l'Hôpital ne peut espérer assainir celle-ci qu'à partir d'efforts internes alors que les contraintes sont en croissance. La gestion avec le politique change et l'aide externe ne peut plus s'exprimer sous forme de révision de base budgétaire ad hoc. Enfin des dossiers sont bloqués, dont l'acquisition de la résonance magnétique entièrement financée par la Fondation, à cause de la situation financière et de l'engorgement de la salle d'urgence de l'Hôpital. Le monitoring de l'urgence se poursuit durant cette phase. L'évaluation de la transformation du réseau de

---

Montréal inclue, par ailleurs, des indicateurs de bon fonctionnement des salles d'urgence.

Cette phase marque le retour d'une application serrée de la recette budgétaire de l'Hôpital. Les trois initiatives retenues pour les entretiens sont d'ailleurs associées aux pratiques budgétaires de l'Hôpital. Aux dires d'acteurs rencontrés, la phase 4 se caractérise par une gestion à polarité budgétaire et par l'arrivée d'un nouveau directeur général.

La reconnaissance universitaire connaît encore des soubresauts lors de cette phase. La proposition à l'effet de fusionner l'Hôpital 1 à un autre hôpital pour former un CHUP (CHU périphérique) est à l'étude à la fin de la phase précédente. Cette proposition ne tient plus à l'automne 1995 puisqu'un rapport recommande plutôt de suspendre pour un an la désignation d'un deuxième CHU adulte dans le réseau universitaire "francophone". L'Hôpital prépare sa riposte et propose à l'été 1996 une reconfiguration pour un réseau hospitalier universitaire équilibré comprenant un pôle au centre-ville, un CHU, et deux pôles périphériques.

Cette proposition s'accompagne de l'identification de secteurs d'excellence de l'Hôpital : cardiologie, chirurgie cardiovasculaire et thoracique, pneumologie, hémato-oncologie, médecine interne, néphrologie, médecine familiale, psychiatrie, orthopédie et traumatologie. À l'hiver 1997, le Ministre de la Santé octroie la désignation de CAU à l'Hôpital ainsi qu'à un autre hôpital. La consolidation de la désignation passe par la signature du contrat d'affiliation avec la Faculté de médecine. Cette signature date de l'été 1998 soit plus d'un an après la désignation. Le litige principal entre la Faculté et l'Hôpital porte sur le nombre minimal de résidents à allouer pour remplir adéquatement la mission CAU.

Certaines modifications au plan d'organisation de l'Hôpital visent un alignement avec la structure universitaire suite à la désignation. L'Hôpital crée alors des directions distinctes pour l'enseignement et pour la recherche. Il y a également une réorganisation de directions suite à des fusions internes : la direction des soins professionnels et hospitaliers est issue de la direction des services professionnels et de la direction des services hospitaliers alors que la direction des ressources

---

financières et des services techniques provient de la fusion des directions des ressources financières et du génie biomédical. Cette dernière direction a à sa tête un nouveau responsable à partir de l'automne 1996.

- ***Gestion de la finance et recette budgétaire de l'Hôpital***

Les "ingrédients de base" de la recette budgétaire à la phase 4 sont identiques à ceux des phases précédentes. C'est toujours un budget historique révisé comprenant l'approbation au sein de comités organisationnels de demandes de développement des directions et s'appuyant sur une philosophie de décentralisation. Les plans de redressement, appelés également plans d'équilibre budgétaires (PEB), constituent un ingrédient nécessaire à l'atteinte de l'équilibre budgétaire, voire de l'équilibre du budget de gestion avec l'ampleur sans précédent des contraintes à la phase 4. On note cependant un changement de cap majeur relativement à la phase 3 : les acteurs rencontrés notent d'ailleurs que la gestion est davantage "à polarité budgétaire".

L'Hôpital n'a d'autre choix que d'assainir sa situation budgétaire dès le début de cette phase. L'atteinte de l'équilibre en 1995-96 est incontournable pour débloquent des dossiers en attente d'autorisation (ex. travaux de construction au pavillon de psychiatrie) et des dossiers de développement (ex. acceptation au Ministère de la demande pour une désignation de grand centre de greffes de moelle osseuse, ajustements budgétaires pour la traumatologie et pour la dialyse et amorce du projet de centre ambulatoire). À cette fin, l'Hôpital connaît 2 redressements budgétaires en 1995-96 : l'un en début d'exercice financier et l'autre suite à l'arrivée du nouveau directeur général.

Malgré les efforts budgétaires, se traduisant par une baisse significative des heures travaillées et par la consolidation du virage ambulatoire, l'Hôpital ne parvient pas à rembourser la dette des fonds d'exploitation et d'immobilisations. Un cadre financier, s'étalant sur un horizon de 5 ans et déposé en février 1997, pourrait permettre d'atteindre cet objectif à la condition que les contraintes réelles n'excèdent pas celles annoncées. La réduction des dépenses sur 5 ans pour l'Hôpital est alors estimée à près de 20M\$.

---

- ***La création d'un comité du c.a. pour la planification budgétaire en 1995***

Dans le cadre de la planification budgétaire 1995-96, l'Hôpital envisage un redressement de 8,2M\$ pour atteindre l'équilibre budgétaire. L'estimation du 8,2M\$ provient de l'analyse suivante : 2,5M\$ pour la récupération du déficit de 1994-95, 1,5M\$ pour la récupération des économies non-récurrentes de l'exercice 1994-95 (ex. fermeture de lits en fin d'année) et 4,2M\$ pour l'estimation de la contrainte budgétaire de 1995-96. Cet effort pourrait être ramené à 7M\$ en cas de réalisation d'un projet de complémentarité avec d'autres établissements de la sous-région.

L'effort financier demandé est tel qu'un comité du conseil est créé en janvier 1995. Son mandat consiste à déposer un scénario de réduction des dépenses de 7M\$, en mars, en incluant une consultation auprès des différents intéressés de l'Hôpital. Ce scénario est déposé tel que prévu et compte une cinquantaine de mesures. Les mesures touchent, entre autres, la révision du fonctionnement des activités cliniques, la réduction de coûts administratifs, l'amélioration de la performance à partir d'analyses sur les durées de séjour et la réduction de lits associée à une baisse des cas de soins prolongés.

En juin, le budget préliminaire octroyé aux directions inclut 3,5M\$ de mesures contenues dans le plan d'action. L'annonce officielle de la contrainte régionale devrait amener l'ajout de mesures budgétaires. Aux dires d'un gestionnaire et d'un administrateur rencontrés :

(...) Dans un des éléments de stratégie, ça l'a été de créer un comité du conseil pour le budget. Ça nous aidait à appuyer nos endossements. (...) (b1)

(...) Quand on a vu l'ensemble des compressions, on s'est dit que, vraiment, il fallait le travailler en profondeur (...) et de le suivre après, sinon c'est peine perdue. C'est pour ça que ce comité de budget est arrivé pour soutenir les efforts de l'interne et pour que le c.a. soit toujours au fait, qu'on ait l'information à jour et pour savoir où on s'en allait. (...) (b13)

C'est un changement de cap organisationnel vers l'équilibre que semble apporter ce premier redressement de 1995-96. Celui-ci s'inscrit, par ailleurs, dans un contexte où l'Hôpital est en processus de sélection d'un nouveau directeur général.

---

À son arrivée, le redressement 1995-96 est majoré grâce à l'initiative du plan d'équilibre budgétaire présentée ci-après.

Le comité du c.a. demeure suite à l'arrivée du nouveau directeur général. Le mandat du comité consiste alors à voir à la gestion budgétaire de l'Hôpital, par exemple au suivi du plan d'équilibre et à l'atteinte de l'équilibre. C'est un mécanisme administratif, en support à l'interne, s'inscrivant dans une division du travail des membres du conseil d'administration. Ce mécanisme permet également de désengorger les séances publiques du conseil et serait "à la mode" dans le réseau avec les enjeux organisationnels amenés par les contraintes significatives des dernières années. Cette citation résume bien l'utilité de ce type de comité :

(...) Ce mécanisme-là permet de donner l'information à des membres qui vont l'éplucher. (...) Et qui permet toujours de poser des grandes questions [lors des séances publiques du conseil] mais qui évite de rentrer dans la prime de l'un et dans le temps supplémentaire de l'autre et dans le 50¢ de crayons de couleur de l'autre. C'est à l'origine un comité (...) pour contrôler que les dépenses vont selon les orientations du conseil. (...), pour confirmer dans l'organisation l'importance d'une gestion rigoureuse étant donné que les enjeux étaient importants.(...) Ça facilite le rapport au conseil, ça facilite la prise de décisions au conseil et c'est une très bonne chose à mon avis. C'est exigeant par exemple.  
(...) (b17)

L'exigence provient, entre autres, d'une préparation accrue pour les suivis budgétaires et de la tenue de réunions du comité au préalable à la séance du conseil. Ce suivi, sous forme d'un tableau de bord incluant des données financières et statistiques, traverse chacune des 13 périodes de l'exercice budgétaire. Avec l'ampleur des contraintes, le comité voit non plus à l'atteinte de l'équilibre budgétaire mais à l'équilibre du budget de gestion (ou budget interne). C'est un budget "réaliste", provenant de l'analyse décentralisée des directions, et pour lequel l'Hôpital s'assure d'une gestion rigoureuse. La distinction entre les deux est ici rapportée :

(...) On s'est dit, on a tant de coupures. On les isole et on se dit qu'on va être capable de les absorber, par exemple sur 2 ou 3 exercices. Et l'exercice en cours, 1997-98, on va être capable d'absorber, par exemple xM\$, mais il y a 5M\$ qu'on ne sera pas capable. Impossible. Ce 5M\$, on va le reporter. Et on pense être

---

capable de l'absorber en partie dans le prochain exercice et en partie dans l'exercice qui va suivre. Et là, on a un budget de gestion. Un budget de gestion équilibré qui n'est pas un budget officiel. Parce qu'aux états financiers à la fin de l'année, au 31 mars 1998, on ne se retrouvera pas avec un déficit zéro, (...). (b12)

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : le Plan d'équilibre budgétaire***

Après deux périodes de l'exercice budgétaire 1995-96, l'Hôpital est en équilibre sur son budget de gestion sauf que celui-ci n'inclut pas la compression régionale inconnue à ce moment. L'Hôpital annonce la préparation d'un Plan d'équilibre budgétaire (PEB) dès l'arrivée du nouveau directeur général. Les efforts déployés bien qu'importants sont jugés insuffisants.

Le dépôt et l'approbation au conseil d'administration du PEB, ainsi que son envoi à la Régie régionale, datent de la fin août. L'Hôpital connaît alors sa contrainte régionale qui est, c'est une première, une commande budgétaire triennale en lien avec le PROS de la région. L'Hôpital fait partie du petit groupe expérimentant une contrainte moindre à cause de fortes pressions sur la demande de services. Par ailleurs, avec la transformation du réseau de Montréal, le projet de complémentarité de l'Hôpital devient caduc puisque l'un des partenaires va cesser ses activités en avril 1996. L'Hôpital obtient cependant 2M\$ du Fonds d'équilibre régional pour la cardiologie tertiaire, des médicaments et l'ajout de greffes.

Le PEB constitue un cadre financier fixant des objectifs budgétaires sur 4 ans (1995-96 jusqu'à 1998-99) afin d'être en mesure de supporter les orientations stratégiques de l'Hôpital. Il vise à corriger la situation déficitaire jugée alarmante, c'est-à-dire rétablir l'équilibre budgétaire et rembourser les déficits accumulés au fonds d'exploitation à partir de l'année suivante et au fonds d'immobilisations en 1998-99. Ce PEB inclut également la mise en place d'une marge budgétaire annuelle permettant de soutenir des orientations organisationnelles.

Ce deuxième ajustement au budget des directions se fait à la 7e période avec l'intégration d'économies supplémentaires. Ce redressement supplémentaire est réparti selon les cibles du PEB : 1. alternatives à l'hospitalisation (dont la fermeture de 60 lits), 2. complémentarité sous-régionale (dont la fermeture équivalente de lits suite au transfert de patients de longue durée vers d'autres

établissements), 3. mesures n'ayant pas d'impact sur les heures travaillées ou les activités cliniques (ex. gestion des présences au travail), 4. optimisation des ressources (ex. réduction des durées de séjour et réorganisation administrative), et 5. choix organisationnels (ex. fermeture de lits additionnels durant l'été). Il y a un moratoire sur tout développement non financé.

L'année 1995-96 se termine avec un résultat budgétaire équilibré. Cependant certaines cibles du PEB auraient peu contribué à l'atteinte de ce résultat : la complémentarité est à venir et les choix organisationnels restent à faire. L'estimation des économies des directions se chiffre à environ 6M\$ à comparer à l'année précédente. Au niveau des activités – et c'est une première – il y a une baisse des hospitalisations et des jours-présence. Des mécanismes mis en place devraient cependant assurer le maintien de l'accessibilité : création d'une unité de soins ambulatoires, clinique de médecine interne, clinique d'antibiothérapie ambulatoire. Les résultats budgétaires du PEB peuvent également amener des résultats positifs vis-à-vis l'environnement externe dont le dégel de dossiers :

(...) Le résultat d'équilibre budgétaire en 1995-96 a rehaussé de beaucoup la crédibilité de l'Hôpital vis-à-vis la Régie. Un hôpital qui se prend en mains, et c'est un précédent dans le réseau qu'un établissement de la taille de [l'Hôpital] (...) puisse diminuer de 7M\$ comme ça sur un an pour atteindre l'équilibre. Donc on a freiné l'hémorragie des déficits (...). (b7)

Le budget adopté, en début de 1996-97, prévoit le maintien de l'équilibre. Mais avec l'ajout de contraintes non annoncées et importantes, l'Hôpital n'est plus en mesure d'atteindre ce résultat et va plutôt s'aligner sur l'équilibre du budget de gestion. L'analyse de l'Hôpital est à l'effet que le PEB ne suffit plus pour atteindre les objectifs financiers fixés quelques mois auparavant. Pour équilibrer le budget de gestion, l'Hôpital doit également aménager le PEB. En effet, les cibles "à haut degré d'incertitude", la complémentarité et les choix organisationnels, ne donnent pas les résultats attendus sans compter les secteurs d'activités déficitaires de l'Hôpital (ex. urgence, médicaments). De plus, les économies de complémentarité provenant de la diminution de cas d'hébergement de l'Hôpital tardent – c'est la lecture de nombreux acteurs rencontrés – en l'absence d'un véritable réseau de soins intégrés dans la région.

La fermeture de lits supplémentaires à l'été constitue l'un des choix faits par l'Hôpital. Mais choisir d'abandonner des secteurs, des activités ou encore de réduire des bassins de desserte est difficile bien que la sensibilisation ait été amorcée. Selon certains, la probabilité de choisir est faible en l'absence de la signature du contrat d'affiliation de l'Hôpital avec l'Université. On craint l'essoufflement devant l'ampleur de la tâche amené par le cumul des contraintes jumelé à l'ajout de contraintes imprévues et hors du contrôle des gestionnaires cette année-là. Par ailleurs, le consensus organisationnel et médical reste à consolider :

(...) Avec la configuration actuelle des acteurs dans le système, les compressions budgétaires ou la décroissance dans notre bureaucratie professionnelle présentent des éléments qui vont à l'encontre des intérêts des médecins. Décroissance de l'Hôpital, diminution du nombre de lits, diminution de la capacité d'accueil, diminution de l'accessibilité, impact sur le volume. Impact sur le volume, impact sur la rémunération à l'acte, impact sur les revenus... (...). (b7)

L'Hôpital maintient le cap sur l'équilibre du budget de gestion et, à cette fin, ajoute des économies à résorber en novembre 1996. Les états financiers transmis aux autorités indiquent la réalisation d'un déficit de près de 3,5M\$. Mais la note jointe soulève que n'eut été des contraintes reliées à la reconfiguration, à la non réutilisation des cathéters, aux coûts de conventions collectives et de la non indexation des dépenses salariales et non salariales, l'Hôpital aurait présenté un résultat équilibré. L'Hôpital est cependant en équilibre sur son budget de gestion.

Avec l'ajout de contraintes imprévues en 1996-97 et l'anticipation de contraintes additionnelles avec l'objectif gouvernemental du déficit zéro, l'Hôpital modifie son PEB. Le projet de transformation de services, adopté à l'hiver 1997, est également un cadre financier pour plusieurs années. L'estimation de la réduction de dépenses nécessaire pour équilibrer le budget et pour rembourser la dette (en 2000-01) se chiffre à près de 20M\$ alors que l'estimation des économies identifiées dans le document est d'environ 5M\$.

En effet, le potentiel d'économies de l'Hôpital pour la performance et l'optimisation des ressources est quasi épuisé. L'Hôpital s'attend à ce que la Régie



joue un rôle de catalyseur pour la réalisation de la pierre angulaire du projet, c'est-à-dire la complémentarité et le partenariat. Les économies à identifier pour réaliser le projet de transformation peuvent s'inscrire dans ce type de projets. Au niveau du virage ambulatoire, le maximum de cas de chirurgies d'un jour et de médecines d'un jour est pratiquement atteint. Une fermeture de lits supplémentaire pourrait provenir de l'objectif suivant : pour les différentes durées de séjour se situer dans le premier quartile des comparaisons interétablissements. De plus, la consolidation du guichet unique et la rehaussement des lits de longue durée dans la région pourrait amener une baisse du nombre de lits de longue durée de 75 à 24. Ce choix organisationnel permettrait une économie de 2M\$.

- ***Modifications à la méthode de budgétisation interne***

Le rapport annuel 1996-97 de l'Hôpital rapporte que compte tenu des importantes contraintes financières, une révision de la démarche de planification budgétaire s'est imposée. L'Hôpital oeuvre à parfaire les outils, à produire l'information requise, à identifier et à mettre en place les mécanismes permettant aux gestionnaires de mieux connaître leur situation financière. Ces modifications, en plus de faciliter la prise de décision et le contrôle budgétaire, s'inscrivent dans la budgétisation interne de 1997-98 suite à l'arrivée d'un nouveau responsable aux finances.

L'une des modifications centrales consiste à adopter une structure de budgétisation basée sur le registre des postes en remplacement d'une méthode historique. La mécanique de la révision de la structure de postes est ici résumée, de même que ses avantages, par un gestionnaire :

(...), c'est que maintenant on dit t'as une structure de postes. Cette structure de postes de base, moi j'appelle ça des autorisations à dépenser. T'as un poste, tu as quelqu'un dans ce poste-là si tu en as besoin. Sinon, ton poste tu n'en as pas besoin. Ce que les gens font, c'est qu'ils prennent cette structure de postes et ils disent : "voici ce que j'ai comme besoin de base. Voici ce que j'ai en plus pour des remplacements de vacances, des congés de maternité, des congés fériés s'ils se remplacent, etc". Et ils identifient aussi ce qu'ils ont besoin en supplément de leur structure de postes. Pour nous, c'est beaucoup plus facile à analyser après. Parce qu'on peut regarder un service et voir quelle est sa structure. (...) Et de plus, maintenant, ce qui est intéressant avec ça, c'est qu'on est facilement capable de

---

clarifier la capacité d'un service de faire un redressement ou pas.  
(...) (b9)

Ainsi, la structure de postes devrait permettre d'obtenir un portrait plus fin de chaque direction, d'y ajouter annuellement le développement autorisé et d'estimer les marges de manoeuvre disponibles. La démarche s'inscrit également dans un mouvement de décentralisation accrue de la direction des finances vers les directions et des directions vers les chefs de service pour la planification et l'analyse budgétaire. Par exemple, la mise à jour du registre de postes et la détermination du budget des directions comprend une participation accrue des directions, des adjoints et des chefs de service.

Une autre caractéristique importante, aux dires d'acteurs rencontrés, est de renforcer l'atteinte de l'équilibre budgétaire via l'octroi d'un budget réaliste aux directions et pour lequel l'Hôpital voit au respect. Les changements s'accompagnent également de responsabilités budgétaires nouvelles, dont la gestion de l'assurance-salaire (ex. congés de maladie), auparavant gérées dans une enveloppe organisationnelle. L'ajout de responsabilités permet aux services d'avoir une vision d'ensemble de leurs coûts et de favoriser une gestion des ressources s'alignant sur une logique de budget global.

Cette méthode de budgétisation interne vise donc à solidifier les assises budgétaires de l'Hôpital – d'aucuns parlent de la rigueur scientifique du processus – et d'atteindre non seulement l'équilibre budgétaire mais également de le requestionner. Par exemple, l'équilibre provient parfois d'économies supplémentaires et non prévues en début d'année alors que d'autres secteurs sont en déficit. C'est le cas pour des fournitures et pour des développements émergents en cours d'année. C'est ce qu'illustre la citation suivante :

(...) Et quand tu regardes d'ailleurs le tableau de bord, ça te dit quoi. Dans tout le domaine des salaires – et ça c'est l'histoire depuis quelques années – on est en surplus. Et on est en déficit du côté des fournitures. Et ça c'est vraiment le reflet de ce qui va se passer dans les prochaines années et qui a déjà commencé à être amorcé. Qu'est-ce qui permet le virage ambulatoire? C'est un virage technologique. (...) C'est ça qui est inflationniste [technologie] et le personnel diminue. (...) (b1)

Le pari consiste à quelque sorte, via une vigilance conséquente à une plus forte décentralisation, de diminuer des incertitudes entourant le processus budgétaire à savoir connaître, orienter voire planifier les développements et d'identifier plus rapidement les écarts par rapport à la budgétisation. Ces écarts peuvent s'exprimer par des niveaux d'activités supérieurs aux prévisions (ex. débordement de l'urgence) ou encore par des développements non planifiés. Ces écarts s'expliquent par différents facteurs dont les pressions technologiques et démographiques – comment peut-on refuser un patient ou ne pas prescrire les meilleurs services auxquels tous ont droit selon l'assurance-hospitalisation? – et les normes de bonnes pratiques. Cette vigilance se fait, de plus, dans un contexte particulier aux hôpitaux :

(...) Mais c'est qu'il y a comme une incohérence dans le système : c'est que celui qui dépense n'a pas le contrôle des coûts. (...) Dans le cas des stents [tuteurs utilisés en hémodynamique], par exemple, le médecin voit le patient malade. Lui, il ne se pose pas la question : est-ce qu'on a l'argent ou pas? Il prescrit un stent et ça vient de finir. Et là on en a eu plus [que prévus]. Et il y a des raisons pourquoi on en a eu plus : parce qu'on les dépiste plus, parce qu'on a de meilleurs outils. (...) Pis dans le fond, un développement de 0,5M dans les chiffres (...), tu sais sur 50M\$, ça ne paraît pas énormément. (...) Il faut une vigilance.(...) (b17)

- ***La performance ou les résultats***

Dans l'optique d'apprécier les enjeux associés aux pratiques financières et l'influence de la gestion financière sur la stratégie (et vice versa), cette section aborde la performance de l'Hôpital. Une démarche similaire aux phases précédentes est suivie, c'est-à-dire une synthèse (voir aussi le tableau XXI) des enseignements des initiatives triangulée par différentes sources de données. Les résultats habituels sont repris. À l'encontre des phases précédentes, les impacts ne sont pas considérés puisque la phase 4 n'est probablement pas terminée.

Cette phase s'inscrit dans un contexte de reconfiguration du réseau et de crise des finances publiques. L'Hôpital a à redresser sa situation budgétaire suite aux résultats déficitaires expérimentés à la fin de la phase précédente. C'est une phase de transformation de la recette budgétaire de l'Hôpital et à polarité budgétaire plus forte si l'on considère les initiatives retenues. Celles-ci sont d'ailleurs interreliées

**Tableau XXI. Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 1 en phase 4 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe**

**Phase 4 : transformation et/ou vivre selon ses moyens (1995-96 à ...?)**

	<b>Maîtrise gestion financière</b>	<b>Stratégie</b>	<b>Relations MSSS-Régie</b>
<b>Initiative 1 :</b> Comité du c.a. pour la planification budgétaire	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u> <u>début de phase :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui du c.a. à la démarche de redressement (95-96) :</li> <li>- dépôt d'un budget initial incluant 3,5M\$ d'économies (insuffisant pour équilibre)</li> </ul> <p><u>par la suite :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité demeure et voit à la gestion budgétaire</li> <li>- objectif : équilibrer le budget de gestion</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u> <u>début de phase :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redressement inclut :</li> <li>- fermetures de lits</li> <li>- prolongement de fermeture l'été</li> <li>- intro court-séjour md</li> </ul> <p><u>par la suite :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mécanisme administratif n'interferant pas directement avec la stratégie</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin d'adaptation aux changements structurels ex. décentralisation budgétaire</li> <li>• Équilibre 1995-96 :</li> <li>- nécessaire pour débloquer des dossiers à la Régie et au Ministère</li> </ul>
<b>Initiative 2 :</b> PEB	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u> <u>début de l'initiative :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour exercice 1995-96 :</li> <li>- retour de l'équilibre</li> <li>• Exercice 1996-97 :</li> <li>- équilibre de gestion</li> <li>- réaménagement au PEB</li> <li>- l'objectif de rembourser la dette est reporté à cause des contraintes budgétaires</li> </ul> <p><u>par la suite :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption d'un nouveau cadre sur 5 ans pour :</li> <li>- équilibre</li> <li>- remboursement dettes</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u> <u>début de l'initiative :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour exercice 1995-96 :</li> <li>- virage ambulatoire (baisse de lits et dmséjour)</li> <li>• Cibles à consolider :</li> <li>- complémentarité</li> <li>- choix organisationnels</li> </ul> <p><u>par la suite :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercice 1997-98 :</li> <li>- baisse de lits de longue durée</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u> <u>début de l'initiative :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gains de crédibilité :</li> <li>- ça débloque des dossiers</li> <li>• Exercice 1996-97 :</li> <li>- contraintes non financées pour la réforme et autres</li> <li>- pas d'économies pour la cible de la complémentarité en l'absence d'un "vrai" réseau intégré</li> </ul> <p><u>par la suite :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour atteindre les objectifs de complémentarité :</li> <li>- besoin d'un leadership accru de la Régie</li> </ul>
<b>Initiative 3 :</b> Méthode de budgétisation	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribue à l'atteinte de l'équilibre :</li> <li>- octroi de budget réaliste aux directions</li> <li>- ajout de responsabilités budgétaires aux directions</li> <li>• Structure de postes :</li> <li>- permet d'identifier des marges de manoeuvre</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité accrue d'identifier du développement non planifié</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <p>Ne s'applique pas [processus interne pour consolider les assises budgétaires]</p>

---

les unes aux autres. Dans un premier temps, le réalignement vers l'équilibre se fonde sur un redressement en 1995-96 entériné par un comité du conseil d'administration. Puis, le PEB consolide ce premier redressement et permet d'envisager le remboursement de la dette de l'Hôpital. Enfin, l'initiative des modifications à la budgétisation interne vise, en s'appuyant sur une plus forte décentralisation, à faciliter la prise de décisions et le contrôle budgétaire de l'Hôpital.

Bien que deux (2) des initiatives aient contribué à l'atteinte de l'équilibre budgétaire en 1995-96, l'Hôpital s'aligne par la suite sur l'équilibre du budget de gestion avec l'ajout de contraintes imprévues. L'acquisition de ressources, via le fonds d'équilibre régional, concourt également à concilier l'équation des revenus et des dépenses. C'est également le retour d'une application serrée de la recette budgétaire, dès le début de la phase, alors qu'un premier redressement annonce la volonté de l'Hôpital de revenir à l'équilibre en l'absence d'un directeur général. L'application serrée se maintient avec le dépôt d'un PEB puis de la modification aux pratiques budgétaires internes en 1997-98.

La crédibilité des pratiques budgétaires à l'interne est rehaussée durant cette phase. Par exemple, le PEB amène une démarche logique pour identifier des économies à l'interne. La réalisation des cibles d'optimisation de ressources et d'amélioration de la performance est conforme en regard des objectifs planifiés. Cependant les composantes "externes" du plan, celles associées au partenariat ou à la complémentarité, tardent à donner des résultats budgétaires en l'absence, entre autres, d'un véritable réseau de soins. Ainsi les gains de crédibilité sont "incomplets" puisque les cibles associées à l'environnement, en quelque sorte une aide du réseau pour diminuer les cas de longue durée et l'incertitude entourant l'affiliation universitaire pour la consolidation de secteurs d'excellence de l'Hôpital, n'atteignent pas les objectifs fixés.

Le couplage de l'Hôpital avec l'environnement semble assez efficace si l'on en juge par le dégel de projets dûs à l'équilibre budgétaire en 1995-96 et à la crédibilité des plans déposés. Avec l'augmentation des contraintes, les gains semblent davantage associés au dépôt de plan permettant d'envisager l'équilibre et

---

le remboursement de la dette qui, par ailleurs, augmente. Le monitoring de l'urgence se poursuit et a pu, à l'occasion, retarder des projets.

L'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée semble relativement faible. Une démarche de l'Hôpital, s'inscrivant dans les discussions sur l'affiliation universitaire, permet l'identification de secteurs d'excellence qui seront confirmés dans un premier temps lors de la désignation CAU par le Ministre, à l'hiver 1997, puis lors de la signature du contrat d'affiliation en 1998. De plus, des projets significatifs de l'Hôpital dont l'acquisition de la résonance magnétique, l'amorce du centre ambulatoire annoncé dans le PROS régional et l'ajout de clientèles en traumatologie sont en développement. Enfin, l'Hôpital reçoit des fonds du Fonds d'équilibre régional en 1995-96 et 1996-97 pour la cardiologie tertiaire, les médicaments, l'ajout de greffes de moelle osseuse, les services de santé mentale et l'accessibilité en chirurgie. Enfin, et puisque l'Hôpital n'a pas dans sa mission de vocation spécifique de longue durée, l'un des choix proposé – quoique toujours difficile aux dires d'acteurs rencontrés – dans la version modifiée du PEB consiste à diminuer le nombre de lits de longue durée.

Cependant les contraintes sont telles que la capacité de développement de l'Hôpital a probablement été affectée. Cette capacité est difficile à apprécier avec la transformation que connaît le réseau. Par exemple, avec l'accélération du virage ambulatoire, les lits dressés à l'Hôpital passent de 701 en 1994-95 à 589 deux ans plus tard alors que le nombre de cliniques externes et de court séjour augmente. L'Hôpital tente de pallier à la baisse de financement externe en créant une marge de manoeuvre à même son PEB. Ainsi l'Hôpital essaie d'augmenter le développement planifié en l'associant à ses secteurs d'excellence. Ce développement planifié est généralement inférieur au développement réel à cause, entre autres, de la difficulté à faire des choix et des pressions technologiques et démographiques.

Les indicateurs retenus suggèrent une modification dans l'offre de soins de l'Hôpital alors que les heures travaillées diminuent considérablement, particulièrement en 1995-96 soit de 6,0% en une seule année. En voici quelques exemples :

- une hausse des activités ambulatoires particulièrement des visites en cliniques externes (la façon de comptabiliser les visites à l'urgence en 1995-96 ne permet pas d'apprécier la hausse ou la baisse sur la phase);
- une augmentation des présences au centre de jour et du nombre de greffes;
- une diminution appréciable (de plus de 10%) des jours-présence de courte et de longue durée bien qu'il y ait stabilité au niveau du nombre d'admissions;
- des baisses dans les durées de séjour;
- une légère diminution des accouchements et des soins généraux pour les soins aux nouveau-nés;
- une diminution du nombre de patients au bloc opératoire mais une stabilité (ou presque) dans le pourcentage de chirurgies d'un jour;
- une diminution dans le nombre de traitements d'hémodialyse.

Finalement, l'Hôpital fait en moyenne des acquisitions pour 7,3M\$ par an durant cette phase pour différents projets dont des travaux de réaménagement de l'urgence et du pavillon de psychiatrie et de l'équipement pour une salle d'hémodynamique. C'est toujours la source publique qui contribue le plus fortement au fonds d'immobilisations (72,9%). On note un changement par rapport aux phases précédentes : c'est la source "recherche et dons" (13,1%) qui prend le second rang suivi des économies provenant de projets autofinancés (9,4%).

#### ***4.2.4.3 Phase 4 de l'Hôpital 2 (1994-95 à ...) : transformations dont celles des pratiques budgétaires***

C'est une phase de transformations pour l'Hôpital. Au départ la transformation touche la recette budgétaire afin de poursuivre les objectifs centraux de l'Hôpital : maintenir le cap sur l'équilibre et permettre le développement. Par la suite, c'est la réflexion amenée par l'exercice de planification stratégique et les responsabilités inhérentes à la désignation de CHU mère-enfant qui annonce des changements significatifs. Ainsi un projet intégrant les diverses composantes de la mission de l'Hôpital, la dispensation de soins spécialisés et ultraspecialisés, l'enseignement, la recherche et l'évaluation de technologies, et s'inscrivant en continuité avec les orientations stratégiques précédentes est présenté.

Ce projet porte sur la mise en place d'un réseau pédiatrique provincial et d'un réseau supra-régional en périnatalogie. Des conditions de l'environnement favorisent la réalisation de ce projet dont une régionalisation mieux rodée, une

hiérarchisation des soins mieux articulée et la disponibilité de technologies de communications performantes. La clientèle de l'Hôpital devrait devenir de plus en plus tertiaire et les soins se complexifier davantage. Des mesures sont à mettre en place afin d'optimiser, d'une part, la prise en charge des cas de première et de seconde lignes le plus près à domicile du patient et, d'autre part, le retour rapide des patients dans leur région suite à la dispensation de soins à l'Hôpital.

L'actualisation de ce projet nécessite des changements dans l'Hôpital dont au mode de rémunération des médecins. L'arrimage des incitatifs financiers des professionnels aux tâches académiques passe par l'implantation d'un plan de pratique. Une étape a été franchie pour faciliter le changement de mode de rémunération, en juin 1997, lors de la signature d'une entente entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le Ministère (MSSS, 1997b). Toutefois il ne s'agit encore que d'un projet dont les modalités restent à définir (Lemay, 1997, p. 22). Pour suivre l'implantation du projet de réseau, l'Hôpital adopte la méthodologie du cheminement critique des activités et délaisse la gestion par objectifs suite à l'arrivée d'un nouveau directeur général.

Par ailleurs, l'Hôpital modifie son plan d'organisation et adopte une structure par programmes. L'implantation des programmes-clientèles débute en 1996-97. Au préalable, des modifications au plan d'organisation incluent la fusion de la direction des services ambulatoires et de la direction des soins infirmiers et la création d'une direction des services administratifs et d'une direction des opérations cliniques, responsable entre autres de la coordination de l'implantation des programmes-clientèles.

- ***Gestion de la finance et recette budgétaire de l'Hôpital***

Cette phase débute avec des changements à la recette budgétaire de l'Hôpital grâce à la revue d'utilisation des ressources (RUR) qui est l'une des initiatives retenues pour les entretiens auprès des acteurs. La RUR permet à l'Hôpital de maintenir le cap sur l'équilibre budgétaire. L'Hôpital semble être à la recherche d'une autre recette budgétaire stable puisque 2 ans après son introduction, la RUR est remplacée par une démarche de réingénierie. Une recette stable pourrait s'inscrire



dans une gestion basée sur des programmes-clientèles en remplacement de directions administratives en 1998-99.

Alors qu'en début de phase, l'Hôpital présente des résultats équilibrés, cela n'est plus possible en 1996-97 alors que les contraintes imprévues et hors du contrôle des gestionnaires et administrateurs empêchent la réalisation de ce résultat. L'Hôpital prépare un plan d'affaires, à l'hiver 1997, s'étalant sur un horizon de 3 ans. Mais avec la diminution de la contrainte annoncée en cours d'année 1997-98, le plan d'équilibre budgétaire propose plutôt l'atteinte de l'équilibre dès 1998-99 sous contrainte de la fin des compressions et de la pleine indexation des dépenses salariales et non-salariales. Le retour à l'équilibre est possible grâce à la mise en place du plan de main-d'oeuvre de l'Hôpital. Ce plan correspond à 100% de l'objectif fixé lors de l'allocation de la contrainte de 1997-98 reliée à la "grande vague de départs des employés", c'est-à-dire 135 ÉTC.

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : la RUR***

À la phase précédente, le diagnostic d'un essoufflement de la recette budgétaire, mise en place à l'Hôpital il y a près de 20 ans, a été posé. La planification budgétaire de 1994-95, corroborée par les propos d'acteurs rencontrés, indique d'ailleurs que les gestionnaires se sentent moins solidaires à poursuivre la même démarche. Qui plus est, les contraintes de 1994-95 sont telles qu'intégrées à la mécanique budgétaire traditionnelle un résultat troublant émerge : l'absence de marge de manoeuvre à allouer aux directions.

C'est dans un tel contexte et alors qu'un directeur général intérimaire prend la relève – avec la maladie puis le décès du directeur général – appuyée d'un nouveau responsable des finances que l'Hôpital introduit la RUR à sa planification budgétaire. La RUR est une démarche d'optimisation des ressources et de réingénierie des processus permettant de générer des économies. Les extraits suivants rapportent les propos de gardiens de ressources sur le contexte associé à la RUR :

(...) Les compressions commençaient à être importantes, 1994-95 et suivantes. On ne pouvait donner un paramétrique à tout le monde. (...) C'est là qu'on a décidé de préparer le projet RUR. C'est

---

ça qui a été le déclencheur pour donner un nouvel élan et un nouveau ton. (...) (a8)

(...) C'est toujours dans la lignée d'amélioration de la productivité. De bien faire ce qu'on fait déjà au meilleur coût. De faire les bonnes choses, les faire le plus simplement. Ça fait partie de l'analyse des processus. (...) La RUR a donné des résultats dans un contexte de Défi qualité performance. Et ça l'a permis d'atteindre l'équilibre budgétaire et de remettre en question un certain nombre de choses (...). (a6)

C'est une démarche devant impliquer l'ensemble des intéressés de l'Hôpital tout en s'inscrivant dans la mission et les besoins de la clientèle. La coordination de l'opération relève de la direction générale qui reçoit les différents projets RUR, chaque service devant en déposer au moins un. Le budget de gestion, déposé comme le veut la tradition en avril, prévoit l'atteinte de l'équilibre conditionnellement à la réalisation de projets RUR pour 2,5M\$ en plus d'économies intégrées dans le budget des directions (ex. rationalisation dans les fournitures).

L'inquiétude sur le nombre de postes à abolir est telle qu'un moratoire est demandé au conseil d'administration sur la démarche RUR. En effet, un document de communication, datant de l'hiver, soulève que les économies intégrées dans le budget de gestion équivalent à près de 29 équivalents temps complet (ÉTC) auxquelles d'autres économies estimées à près de 44 ETC pourraient se rajouter. Le conseil refuse la demande de moratoire étant donné l'ampleur des contraintes dont la coupure régionale estimée à 3M\$.

L'Hôpital informe la Régie à l'automne de son degré de réalisation des cibles budgétaires, soit 2,2M\$ des 3,5M\$ des contraintes totales. L'Hôpital avise également la Régie de son désaccord sur l'emploi du NIRU pour l'estimation d'une partie de la contrainte puisque les DRG pédiatriques, à l'encontre des DRG adultes, ne constituent pas des indicateurs adéquats de l'utilisation des ressources. L'Hôpital répartit les économies en fonction des cibles d'efficience ayant servi à calculer sa contrainte régionale en y associant des projets RUR. Pour la cible de l'amélioration de la productivité, l'Hôpital fait mention des projets en diététique, à la buanderie et pour la lingerie (économies de 0,3M\$). Pour la cible des

---

laboratoires, l'Hôpital prévoit des projets avec des économies potentielles de 0,25M\$. Enfin pour la cible des services administratifs et de soutien, l'Hôpital prévoit des économies (de 1,7M\$) sur les dépenses administratives, une baisse des taux d'encadrement et une réorganisation de travail dans des services cliniques (ex. gestion des lits mères/enfants et regroupement des admissions).

Par ailleurs, l'Hôpital présente des projets d'alternatives à l'hospitalisation devant générer des économies en 1996-97 et pour lesquels on demande (en vain) un financement non-récurrent. L'Hôpital souhaite également la confirmation budgétaire pour le développement obligatoire du centre d'oncologie pédiatrique qui ouvre ses portes en janvier 1995. Dans l'affirmative, ces demandes pourraient contribuer à l'équilibre budgétaire de l'Hôpital. L'enveloppe du coût de système reçu cette année-là confirme le financement pour le centre d'oncologie.

L'année financière 1994-95 se termine avec un déficit négligeable représentant moins de 0,05% des revenus. La modification à l'offre de soins, via le recours accru aux modalités ambulatoires, permet le maintien de l'accessibilité aux soins. La répartition des économies indique que les directions des soins contribuent pour près de 75% des économies totales, les projets de la RUR générant des économies de près de 1M\$.

Dans une phase de décroissance des revenus, la démarche RUR permet de contribuer également à l'atteinte de l'équilibre budgétaire en 1995-96. Alors qu'à l'été 1995, le comité du suivi de l'évolution budgétaire soulève un léger déficit sur le budget de gestion, lequel prévoit un effort budgétaire de 6M\$, l'Hôpital est en équilibre (voire en surplus) à partir de l'automne grâce à la baisse de la contrainte régionale et à l'obtention d'une enveloppe du Fonds d'équilibre régional.

D'ailleurs, l'Hôpital informe la Régie que les mesures mises en place pour atteindre l'équilibre budgétaire n'affectent pas les services à la clientèle. Les économies proviennent principalement de la consolidation du virage ambulatoire et des mesures de gains d'efficacité dont de la révision de la performance comparative (laboratoires, services de soutien), de la révision de l'infrastructure (services administratifs (taux d'encadrement), bâtisse (entretien et amélioration))

et de la modification aux avantages des ressources humaines (ex. baisse de temps supplémentaire et congés mobiles). L'année financière se termine de nouveau avec un léger déficit représentant moins de 0,05% des revenus de l'Hôpital qui sont, par ailleurs, à la baisse.

L'Hôpital investit à même ses efforts budgétaires pour favoriser la réalisation de certains projets particulièrement en 1995-96. Il s'ensuit une modification de l'offre de services grâce à des projets tels le centre de jour en médecine multispécialités, la chirurgie laparoscopique, les soins spécialisés à domicile (ex. thérapie intraveineuse à domicile) et l'augmentation des soins d'investigation et de préparation pré-opératoire. La base budgétaire de la direction des services ambulatoires connaît une hausse appréciable grâce à des réallocations internes.

Par ailleurs, les façons de faire inhérentes à la démarche amènent une centralisation accrue de la gestion budgétaire. Par exemple, la coordination de l'opération RUR relève de la direction générale appuyée par l'équipe de direction, dont le dépôt et le suivi des projets déposés par les services des directions. La centralisation s'exprime aussi au niveau des orientations budgétaires :

(...) C'est une approche plus centralisée en fait. (...) C'est au niveau, je dirais que la direction des ressources financières a beaucoup plus d'importance qu'elle en a eu précédemment. C'est beaucoup plus elle, comment je pourrais dire, qui crée les orientations financières que ce ne l'était. Et probablement qu'elle n'a pas le choix actuellement compte tenu de l'ampleur de l'évolution et des choses qui arrivent de partout. (...) J'ai l'impression que les cadres sont moins impliqués dans les orientations financières qu'ils ne l'étaient il y a 10 ou 15 ans. Mais probablement qu'on n'a pas le choix, avant de passer à une autre étape (...). (a2)

Ce mouvement de centralisation s'explique potentiellement par la transition expérimentée par l'Hôpital, non seulement quant à son approche budgétaire mais également avec l'adoption d'une structure par programmes-clientèles et la mise en place d'un réseau pédiatrique provincial. La planification 1996-97 s'inscrit d'ailleurs dans une démarche différente de la RUR; l'appellation de la réingénierie remplace la RUR et l'intégration de l'approche par programmes débute. Une gestion basée sur des programmes-clientèles pourrait résulter dans une autre recette "stable" et, de là, ramener un niveau plus élevé de décentralisation.

Cependant la réalisation du réseau pédiatrique passe par la diminution des cas de première et de deuxième lignes et par la mise en place d'un plan de pratique. En effet, bien que la RUR permette d'optimiser les ressources, des gains supplémentaires d'utilisation rationnelle des ressources nécessitent des changements dans des modalités du système de soins. C'est ce que soulève les propos suivants d'un gestionnaire et d'un médecin :

(...), c'est évident qu'on va s'en sortir seulement dans une approche de réseau pédiatrique mère-enfant. Dans une approche où il faut absolument diminuer notre volume, surtout la première ligne. Parce que la réingénierie, c'est bien beau mais ça ne suffira pas. (...) Il va falloir que les régions acceptent d'en garder chez eux sans ajout de budget. (...) Si on va consulter les différentes spécialités, c'est sûr qu'ils vont nous dire que tout est important. L'ORL va vouloir conserver tous ces petits cas. C'est comme ça qu'ils trouvent leurs gros cas et qu'ils peuvent faire de la recherche et de l'enseignement. Les petits cas, c'est leur gagne-pain. Si on leur enlève sans plan de pratique, ils vont partir. (...) (a8)

(...) Et puis ensuite toute la question de la revue de l'utilisation qui a été faite en pharmacie (...) [et aussi] au niveau des laboratoires, quelques démarches ont été faites de ce côté-là. Mais on ne pourra jamais arriver à une utilisation rationnelle ni de l'imagerie ni des examens de laboratoires à moins de changer complètement le mode de financement des professionnels de la santé qui s'occupent des labos. Et cette question d'être payé à l'unité pour une formule sanguine, il faut que ça disparaisse. (...) (a14)

- ***Le déficit de 1996-97 : la décision du conseil à l'effet de comptabiliser les coûts de transition***

L'initiative de l'Hôpital de comptabiliser les coûts de transition associés, dans un premier temps, au redéploiement de la main-d'oeuvre puis d'autres décisions "en dehors du contrôle des gestionnaires et des administrateurs d'établissements" illustre bien l'arrimage difficile de la réforme sanitaire aux "réalités" financières des établissements. La lecture que fait l'Hôpital du déficit 1996-97, le premier déficit important pour l'Hôpital en vingt ans, est que celui-ci provient de l'environnement. Conséquemment, c'est à l'environnement – ou plutôt au niveau responsable de la décision (ex. Régie, Ministère) – à assumer les responsabilités budgétaires inhérentes à ses décisions. Cette section débute par une mise en contexte de la problématique du redéploiement de la main-d'oeuvre amenée par la reconfiguration.

---

L'Hôpital est préoccupé par cette problématique depuis déjà quelques temps. D'ailleurs lors des audiences publiques sur l'organisation des services dans la région tenues en juin 1995, l'Hôpital appuie la Régie dans ce qu'il juge nécessaire dans le contexte actuel, c'est-à-dire la réduction des coûts fixes. Ainsi l'Hôpital supporte la concentration des soins de courte durée, et conséquemment la fermeture d'établissements, afin de maintenir et d'améliorer la qualité des services à la population. En effet, les contraintes budgétaires successives et réparties aux établissements mettent en danger les services.

L'Hôpital s'interroge cependant sur l'approche proposée pour le redéploiement et l'adaptation de la main-d'oeuvre. On parle alors du gel des affichages et de l'embauche sur 5 ans et du respect strict des bénéficiaires de stabilité et de sécurité d'emploi. Un tel respect pourrait, de plus, pénaliser l'Hôpital qui pour des raisons de saine gestion et liée, en partie, à la fluctuation de la demande pour les soins pédiatriques, a plusieurs employés sur des listes de rappel et sans sécurité d'emploi. L'Hôpital suggère également de favoriser et de financer les départs volontaires et les préretraites. À ce propos, l'Hôpital a mis en place un programme interne pour favoriser des départs.

Une première vague de fermetures d'établissements débute en avril 1996, le premier mois de l'exercice budgétaire. Les hôpitaux connaissent alors la contrainte régionale qui leur a été attribuée, mais aucun budget additionnel n'a été alloué par la Régie pour faire face aux coûts de redéploiement de la main-d'oeuvre. Le budget de gestion, adopté en avril 1996, comprend des efforts de rationalisation pour 4M\$; une partie de ces efforts va pour le développement de l'Hôpital (ex. ajout de greffes de moelle osseuse et augmentation d'activités en ambulatoire), d'où la réalisation d'économies nettes pour 2,5M\$. Ce budget intègre la contrainte régionale auxquelles s'est ajoutée, entre autres, une contrainte de non-performance dénoncée par l'Hôpital.

Dès mars 1996, le conseil d'administration décide de tenir une comptabilité séparée pour les coûts associés à l'intégration d'employés en provenance d'autres établissements. C'est une décision difficile pour le conseil bien qu'elle s'inscrive dans la tradition de l'atteinte de l'équilibre budgétaire de l'Hôpital, dans ce cas-ci

du budget de gestion. L'Hôpital n'a d'autre choix en tenant compte de la capacité interne à intégrer des économies additionnelles à celles déjà prévues. C'est d'ailleurs l'opinion exprimée ici par un administrateur et par un gestionnaire :

(...) C'est une décision difficile pour nos façons de faire, définitivement. Mais c'était une décision incontournable à un moment donné. Il faut dire qu'on ne peut pas éternellement rouler sur le mythe de faire qu'on va continuer à faire la même affaire aussi bien qu'avant peu importe les conjonctures subies depuis 10 ou 12 ans. Ce n'est pas vrai. Alors (...) [l'Hôpital] décide de dire par le biais du volet comptable qui parle le plus fort : je ne peux plus! (...)(a5)

(...) C'est pour ça qu'on dit que notre déficit au niveau de la gestion, il n'y en a pas. On est en équilibre. Et c'est par le contexte extérieur, l'environnement tout ça, qui nous amène à faire ce déficit-là. Parce que c'est des choses qu'on nous a imposées, qu'on nous a forcées à faire. Et dont on n'avait pas nécessairement besoin. Donc on vient générer des dépenses qui pour nous n'étaient pas nécessaires ou qu'on n'avait pas planifiées. Donc de ce fait, on dit qu'on fait un compte à part et on va démontrer qu'on en n'avait pas besoin non plus. On a été logique jusqu'au bout. (...)(a17)

La réalisation d'un déficit a des répercussions sur la situation financière de l'Hôpital dont le recours à l'emprunt pour payer des dépenses d'opération. De plus, un déficit étant imputable à l'avoir propre, il peut s'ensuivre une diminution des sommes disponibles pour les immobilisations. D'autres décisions en cours d'année, dont l'augmentation non financée de coûts de la main-d'oeuvre, accroissent le déficit de l'Hôpital et laissent un goût amer sur les impacts de la réforme sur la situation financière des établissements.

(...) Chaque décision semble transférée un poids budgétaire encore plus grand envers les institutions. Ça va être la première fois que (...) [l'Hôpital] va emprunter pour payer ses dépenses. (...) on avait un beau dossier avant et tout à coup les choses commencent à se détériorer. (...)(a9)

(...) On m'oblige à gérer inefficacement. (...) Avec le contrôle [au niveau régional] de la gestion de la main-d'oeuvre. Si on regarde les derniers chiffres, on se rend compte que la diminution des heures travaillées est plus petite que l'augmentation des heures payées. Il y a augmentation des coûts non productifs. Alors qu'en économie, on dit que pour diminuer les coûts il faut diminuer les coûts fixes; on fait ça dans le réseau et ça coûte plus cher. Ainsi les changements faits à l'interne ne génèrent pas d'économies. (...)

---

Tout ce qu'on économise, on le redépense ailleurs. On n'est pas sérieux. (...) [notes manuscrites] (a2)

Enfin, les notes jointes aux résultats financiers et au rapport annuel indiquent que le déficit de 3,6M\$ de l'Hôpital provient de contraintes imposées en cours d'année et principalement de la stabilité et de la sécurité d'emploi. L'Hôpital a reçu une centaine d'employés redéployés alors que simultanément les efforts de redressement, pour l'atteinte de l'équilibre du budget de gestion, s'expriment par la baisse de 3% des heures travaillées comparativement à l'année précédente (près de 120 000 heures).

- ***Dialogue entre la finance et la stratégie : le financement pour la recherche***  
Les projets de développement, et les besoins de financement inhérents à ceux-ci, sont nombreux; il en est de même en recherche. Une initiative retenue pour la phase 4, le financement pour la recherche particulièrement pour des travaux d'immobilisations au Centre de recherche ressemble à l'initiative des "revues de programmes" présentée lors d'une phase antérieure. L'on se souvient que la mise à jour annuelle de ces revues a permis d'alimenter les diverses sources de sympathie sur les besoins de l'Hôpital.

Cette même logique est suivie à la fin de la phase 3 avec – cela semble un fait nouveau – le fédéral alors qu'un gouvernement conservateur est au pouvoir. Ainsi l'Hôpital monte un dossier qu'il dépose, dans un premier temps, au Bureau fédéral de développement régional pour l'obtention de fonds pour la rénovation d'étages du bloc de recherche, l'ajout d'espaces de laboratoires et d'équipement en médecine nucléaire. Fait intéressant à noter, le financement de l'acquisition de la résonance magnétique est complété par cette initiative. À l'encontre d'autres projets, le dossier s'appuie sur une logique économique et non pas sur une logique strictement sanitaire. Tel que le rapporte un acteur :

(...) Alors que c'était un bureau de développement régional. Développement, c'est-à-dire économique, etc. Alors un hôpital qui se met comme candidat pour des subventions au Bureau fédéral de développement régional. On a monté un dossier. (...), c'est-à-dire un dossier qui a toujours des formules pouvant satisfaire à des exigences des gens, par exemple pour le Bureau fédéral de développement, en matière de création d'emplois et de relance économique, etc. (...) (a4)



Le projet prévoit un financement tripartite provenant du provincial (à 45%), du fédéral (à 45%) et de la Fondation de l'Hôpital (à 10%), la contribution du provincial étant conditionnelle à celle du fédéral. L'accord du fédéral remonte à 1993-94. L'autorisation de principe du Ministère date également de la fin de la phase 3 suite aux appuis de la Régie régionale et du FRSQ. C'est presque deux ans plus tard, soit en 1995, que l'Hôpital reçoit la confirmation officielle de la contribution du Ministère, suite à l'approbation du Conseil du Trésor. Cette contribution est majorée, en 1996, de près de 1M\$ pour y ajouter un équipement en médecine nucléaire, équipement accepté lors d'une modification de programme. Les travaux et l'achat d'immobilisations, pour près de 6M\$, se déroulent en 1996-97 et en 1997-98.

L'environnement étant de moins en moins abondant, l'obtention de ce financement tripartite est un "bon coup" aux dires d'acteurs rencontrés. Cependant cette initiative ne permet pas de financer des activités de recherche. Ainsi suite à la phase précédente qualifiée d'euphorique (ou presque), la phase 4 est "laborieuse" avec, entre autres, la fin du recours aux montages financiers et les discussions entourant l'évaluation de crédits d'impôts. Cette situation est aggravée par la baisse de financement public pour la recherche. Le niveau de financement pour les activités de recherche retombe à un niveau inférieur à celui antérieur à l'arrivée des montages financiers. Le financement des activités de recherche constitue l'un des défis, sinon le défi principal, de la gestion financière de l'Hôpital. Un comité ad hoc du conseil se penche d'ailleurs sur cette problématique. Si l'on en juge par les extraits d'entrevues provenant d'un gestionnaire et d'un médecin, cette problématique du financement des activités de recherche est d'autant préoccupante avec la désignation de CHU mère-enfant :

(...), on est dans un mode [en 1996-97] un peu asynchrone, si vous me permettez l'expression, parce qu'on développe au niveau des immobilisations et on a une réduction considérable des budgets de fonctionnement de la recherche. (...) Je dirais que c'est le plus grand défi probablement le plus grand défi financier pour l'Hôpital dans les prochaines années. Étant un CHU, la recherche n'est pas accessoire mais elle devient essentielle parce que sans ça on n'est pas un CHU. Autrement dit, c'est existentiel. Et on sort d'une période-là, d'une période dramatique. Et là il faut reconstruire pour les prochaines années (...). (a2)

(...) Parce qu'il faut dire que le financement public, c'est surtout pour la recherche fondamentale. De façon à ce que ça crée une espèce de cercle vertueux où à partir de la recherche fondamentale, tu crées des découvertes qui ont des applications pratiques pour les entreprises, etc. Et ce cercle vertueux est complètement interrompu, si tu n'as pas les investissements au niveau de la recherche fondamentale qui est notre mission. Alors je suis inquiet ... (...) (a14)

Pour faire face aux défis de la recherche, l'Hôpital prépare un plan de développement s'échelonnant sur un horizon de 5 ans. Déposé au printemps 1998, ce plan vise, entre autres, à augmenter le nombre de chercheurs du Centre de recherche pour atteindre une masse critique. Le modèle d'organisation retenu pour le Centre s'aligne, à l'instar des programmes cliniques de dispensation de soins, sur une structure thématique. Le support financier à la recherche prévoit l'affectation de 45% des revenus des Fondations, une hausse de la contribution du FRSQ et le recours à d'autres sources dont l'industrie privée et la Fondation canadienne pour l'Innovation pour le renouvellement et l'acquisition d'équipements. Enfin, un comité national chargé de l'évaluation des coûts associés aux activités d'enseignement et de recherche débute ses travaux à l'automne 1997. Ces travaux pourraient conduire à des modifications dans les bases budgétaires des établissements (Lemay, 1997).

- ***La performance ou les résultats***

La synthèse des enseignements provenant des initiatives et validés par des données quantitatives, des documents administratifs et les entretiens auprès des acteurs est présentée au tableau XXII. Les résultats habituels sont repris bien que les impacts ne soient pas considérés, à l'encontre des phases précédentes puisque la phase 4 n'est pas terminée, du moins au moment de la collecte de données.

Bien que l'Hôpital n'ait pas à redresser sa situation budgétaire en début de cette phase, l'ampleur des contraintes amenées par le Défi qualité performance est telle que l'Hôpital doit modifier sa recette budgétaire pour maintenir le cap sur l'équilibre. L'Hôpital maintient son application serrée de sa recette budgétaire (en transition) aidé en cela par la création, à l'hiver 1995, d'un comité du conseil d'administration pour le suivi budgétaire. L'initiative de la RUR contribue

**Tableau XXII. Enseignements tirés des initiatives de l'Hôpital 2 en phase 4 sur la maîtrise de la gestion financière, sur sa stratégie et sur ses relations avec l'environnement externe**

**Phase 4 : transformations dont celles des pratiques budgétaires (1994-95 à ...?)**

	Maîtrise gestion financière	Stratégie	Relations MSSS-Régie
<p><b>Initiative 1 :</b> RUR</p>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u> <u>début de phase :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribue à l'atteinte de l'équilibre budgétaire :</li> <li>- contraintes réparties de façon non paramétrique</li> <li>- retour d'une certaine centralisation</li> </ul> <p><u>par la suite :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>? . RUR est remplacée par une démarche de réingénierie</li> <li>- évolution vers budgétisation par programme</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidation du virage ambulatoire :</li> <li>- une partie des investissements requis financés à même l'effort budgétaire</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tentative de financement pour la mise en place de projets d'alternatives à l'hospitalisation</li> </ul>
<p><b>Initiative 2 :</b> Déficit 1996-97 - comptes à recevoir (transition)</p>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u> <u>début de l'initiative :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décision du c.a. :</li> <li>- comptabilisation des coûts de la main d'oeuvre [puis des contraintes additionnelles]</li> </ul> <p><u>par la suite :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Hôpital est en déficit (et un déficit sur le budget de gestion) :</li> <li>- envoi d'un budget triennal tel qu'exigé</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u> <u>début de l'initiative :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La comptabilisation et les résultats de fin d'année montrent que :</li> <li>1. l'Hôpital n'a pas besoin d'employés additionnels pour les activités planifiées</li> <li>2. l'effort budgétaire pour équilibrer le budget de gestion amène une baisse des heures travaillées</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u> <u>début de l'initiative :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le redéploiement de la main d'oeuvre :</li> <li>- pas de contrainte budgétaire prévue (PROS) [Puis contraintes rétroactives mais prise de décisions sans responsabilité de la conséquence budgétaire] en l'absence d'un "vrai" réseau intégré</li> </ul> <p><u>par la suite :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efforts pour faire financer les coûts de transition par les autorités</li> </ul>
<p><b>Initiative 3 :</b> Financement de la recherche (ex. immos)</p>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement tripartite :</li> <li>- rénovation d'espaces et l'ajout d'espaces pour les laboratoires</li> <li>- permet également de compléter le financement de la résonance magnétique</li> </ul> <p><u>Note :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• baisse du financement pour les activités de recherche</li> <li>- dépôt d'un plan</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir gestion financière :</li> <li>- avec désignation CHU, besoin d'augmenter le nombre d'ÉTC chercheurs</li> </ul> <p><u>Note :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ce plan s'appuie sur une structure thématique des activités de recherche</li> </ul>	<p><u>POUR LA PHASE 4 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement tripartite :</li> <li>- fédéral (45%)</li> <li>- provincial (45%)</li> <li>- Fondation (10%)</li> <li>*- la contribution du provincial conditionnelle à celle du fédéral</li> </ul> <p><u>Note :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le financement pour consolider la recherche : Fondations, FRSQ, etc.</li> </ul>

---

d'ailleurs à l'atteinte de l'équilibre budgétaire (ou presque) particulièrement en 1994-95 et 1995-96. Par la suite, l'Hôpital est en équilibre (ou presque) sur son budget de gestion. L'acquisition de ressources, principalement à partir du fonds d'équilibre mis en place dans le PROS régional, lequel inclut la confirmation du budget pour le fonctionnement du centre d'oncologie pédiatrique (initiative de la phase précédente), contribue aussi à balancer l'équation des revenus et des dépenses. L'initiative de la comptabilisation des coûts de mesures associées au redéploiement de la main-d'oeuvre s'inscrit également dans la tradition de "déficit zéro" du budget de gestion de l'Hôpital, en conformité avec sa mission.

La phase 4 constitue une phase de changements à la recette budgétaire et la RUR une étape à une transformation "finale" de celle-ci. En effet, l'Hôpital adopte en 1998-99 une approche budgétaire s'appuyant sur les programmes-clientèles. La RUR s'inscrit également dans un mouvement de centralisation associé, aux dires d'acteurs rencontrés, à une "gestion de crise" alors que l'Hôpital est à concrétiser un projet de réseau pédiatrique simultanément à la turbulence de l'environnement.

La crédibilité des pratiques budgétaires à l'interne est à consolider, l'Hôpital étant à la recherche d'une recette stable permettant, entre autres, le retour de l'allocation d'une marge de manoeuvre pour des projets de développement. Une telle marge est de nouveau disponible en 1996-97 suite au financement, l'année précédente, de projets d'alternatives à l'hospitalisation à même les efforts de redressement. L'allocation de la marge est, d'une part, plus centralisée que lors des phases antérieures et, d'autre part, nécessite la réalisation d'efforts d'économies supérieures aux efforts budgétaires.

La capacité de développement de l'Hôpital a probablement été affectée avec les contraintes. Cette capacité est difficile à apprécier avec la consolidation du virage ambulatoire amenée par la RUR. L'ouverture du centre d'oncologie pédiatrique date de l'hiver 1995 et permet, entre autres, l'ajout de greffes de moelle osseuse à la stratégie de l'Hôpital. La tendance à la baisse du nombre de lits dressés, débutée à la fin de la phase précédente, se poursuit. L'Hôpital demande d'ailleurs une diminution du nombre de lits au permis dès juin 1995 en conformité avec cette tendance. Afin de pallier à la baisse de financement externe, l'Hôpital recrée l'idée

---

de marge de manoeuvre, particulièrement à partir de 1996-97 alors que les économies organisationnelles dépassent les économies nécessaires à l'atteinte de l'équilibre.

Les indicateurs retenus pour les activités suggèrent une modification dans l'offre de soins de l'Hôpital. En considérant les rapports annuels transmis aux instances publiques, lesquels n'incluent pas de données sur la complexité des cas, l'Hôpital continue de connaître une baisse des activités d'hospitalisation et une hausse de l'ambulatoire. Par exemple :

- une diminution appréciable des jours-présence "totales" et une diminution, quoique plus faible, des admissions;
- une diminution des jours-présence et des admissions pour les soins aux nouveau-nés bien que les indicateurs pour les soins spécialisés soient plus stables;
- une diminution des durées de séjour;
- une certaine stabilité dans le nombre d'accouchements;
- une augmentation du nombre de patients au bloc opératoire sauf en 1995-96 alors que l'Hôpital connaît une pénurie d'anesthésistes;
- une augmentation du pourcentage de chirurgies "1 jour";
- une augmentation dans le nombre de traitements d'hémodialyse;
- une augmentation appréciable des présences au centre de jour et une augmentation (moindre) pour les visites en cliniques externes et à l'urgence;
- une augmentation du nombre de greffes dont des greffes de moelle osseuse à partir de 1994-95.

Cependant une tendance troublante se dessine au niveau des heures. Ainsi alors que les heures travaillées diminuent pour chacune des années de la phase, reflet du virage ambulatoire et des efforts de redressement pour atteindre l'équilibre budgétaire, cette productivité ne se reflète pas par une baisse équivalente des heures rémunérées. Cela s'explique par la hausse des heures non-rémunérées. On se retrouve donc avec le constat suivant : une augmentation de la productivité annulée (ou presque) par une hausse des avantages sociaux. En 1996-97, la hausse des heures non-travaillées est due en partie par les incitatifs aux départs assistés, lesquels totalisent cette année-là plus de 100 000 heures.

L'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée apparaît faible en regard des initiatives choisies. Grâce à la RUR, l'Hôpital s'ajuste aux compressions

---

budgétaires du Défi qualité performance et maintient sa santé financière. Une initiative permet des investissements en immobilisations pour la recherche et pour compléter le financement de l'acquisition de la résonance magnétique. Cependant le couplage de l'Hôpital avec l'environnement ne semble pas totalement efficace. Par exemple, les compressions budgétaires allouées ne tiennent pas compte de la vocation universitaire des établissements et l'implantation du plan de pratique, lequel pourrait faciliter la mise en place du réseau pédiatrique, semble retardée par la désignation et l'implantation des CHUs lors de cette phase. Près de 3 années sépare la désignation de CHU mère-enfant et la signature du contrat d'affiliation de l'Hôpital avec l'Université. Par ailleurs, et c'est ce que soulève l'initiative de la comptabilisation des coûts du redéploiement, l'Hôpital se dit pénalisé par la gestion régionalisée de dossiers de la main-d'oeuvre amenée par la réforme et doit emprunter pour ses dépenses d'opérations.

L'Hôpital a fait l'acquisition d'immobilisations pour environ 11,6M\$ par an durant cette phase. C'est le retour de la source publique (Ministère et Régie régionale) au premier rang pour la contribution au fonds d'immobilisations (avec 44,6%), suivie de la "recherche et dons" (36,9%) et d'autres sources publiques (Fédéral et corporation d'hébergement du Québec) (6,6%). L'Hôpital transfère, comme c'est l'accoutumée, des montants de l'avoir propre dans son fonds d'immobilisations à chaque année. Les projets d'immobilisations incluent, entre autres, la construction et des équipements pour le centre d'oncologie pédiatrique, la résonance magnétique, des travaux et de l'équipement pour le Centre de recherche, des équipements pour la salle de traumatologie et des projets de vétusté.

Enfin, et c'est une première en 1995-96, les activités accessoires affichent un léger déficit représentant près de 0,2% des revenus. Ce déficit est attribuable à la non reconnaissance d'une partie des crédits d'impôts de montages financiers initiés à la phase précédente. Cependant le résultat de la campagne de la Fondation de l'Hôpital atténue l'impact du déficit des activités accessoires sur les immobilisations. En effet, après avoir connu quelques reports à la phase précédente, lors du lancement de la campagne en mai 1995 près de 27M\$ de l'objectif de 45M\$ a été recueilli.

---

#### **4.2.4.4 Analyse transversale de la phase 4**

À l'instar des phases précédentes, cette analyse transversale a comme objectif de faire ressortir des distinctions dans la dynamique financière-stratégique de deux (2) hôpitaux en présence d'un même environnement externe. Cette section ne constitue donc pas une évaluation des pratiques des hôpitaux retenus. De plus, cette évaluation serait d'autant problématique que le début et l'étendue de la phase diffèrent pour ceux-ci. Pour l'Hôpital 2, la phase débute en 1994-95 avec une modification de sa recette budgétaire afin d'être en mesure de répondre à la commande budgétaire du Défi qualité performance alors que pour l'Hôpital 1, cette phase commence avec deux redressements budgétaires en 1995-96 afin, d'une part, d'équilibrer ses revenus et ses dépenses et, d'autre part, de dégeler des dossiers à la Régie régionale et au Ministère.

Alors qu'à la phase précédente le réseau expérimente le retour de "petites" contraintes budgétaires et de changements initiés par la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, laquelle se traduit par une décentralisation accrue de l'organisation des services et de l'allocation de ressources et par l'adoption d'une politique de santé et de bien-être, la phase 4 en est une de plus grande turbulence tant au niveau de l'ampleur des contraintes budgétaires que de la vitesse des changements souhaités pour "transformer le système". Les différentes régions sont interpellées, au moyen de leur PROS respectif, à favoriser les modifications des façons de faire, tant cliniques qu'administratives et organisationnelles, tout en y intégrant les efforts budgétaires requis.

Dans cette phase de décroissance des revenus, c'est le retour d'une politisation forte sur la capacité des hôpitaux à absorber des contraintes, inhérentes ou non à la réforme, et sur la nature même de ces contraintes. En plus du non financement de coûts de transition de la réforme (ex. non financement pour les redéployés, financement partiel pour les départs assistés), de l'absence de prise en compte de la vocation universitaire dans l'allocation des compressions, de contraintes additionnelles en cours d'année (ex. augmentation de coûts de conventions collectives, cathéters, performance économique) s'ajoutent la non indexation des

---

coûts de la main-d'oeuvre, des médicaments et des fournitures pour l'inflation. Cette dernière contrainte a la particularité d'être ce qu'on appelle un manque à gagner; ainsi bien qu'elle ne se reflète pas par une réduction de budget, elle constitue un non financement à intégrer aux efforts budgétaires des hôpitaux. Par ailleurs, en l'absence d'une révision du panier de services, tout effort de redressement est sujet au maintien de l'accessibilité aux services.

Cette politisation du débat sur le niveau de contraintes, et conséquemment sur la dotation suffisante de ressources, caractérise non seulement les hôpitaux mais également le palier régional. Ainsi les plans de transformation incluent des demandes budgétaires nécessaires soit à la réalisation du plan (ex. investissements pour la transition) soit à des impératifs tels l'autosuffisance régionale, l'équité interrégionale et les services dits nationaux (enseignement, recherche, ultraspécialités). D'ailleurs la Régie de Montréal partage l'analyse des hôpitaux sur les effets négatifs du non financement des coûts de transition sur leurs résultats budgétaires. Ainsi, la Régie est d'avis que le déficit accumulé et le niveau d'emprunt du réseau de Montréal s'expliquent par les coûts de transition (RRSSM-C, 1997b, p. 170). De même, l'objectif du déficit zéro entraîne un ajout inattendu aux contraintes en 1997-98 et, de là, fait craindre pour la réalisation de mesures du plan de transformation régional (RRSSM-C, 1997b).

L'année 1996-97 illustre bien l'arrimage difficile entre l'implantation de la réforme du système de soins et ses impacts sur les réalités financières des hôpitaux. Ainsi alors que les hôpitaux n'aient encore reçus, à ce moment, de financement pour les coûts de transition de la réforme (ex. redéployés des établissements fermés), il se greffe à cela des contraintes imprévues en cours d'année et associées – cela est contesté par les gestionnaires et les administrateurs d'hôpitaux – à des décisions prises au niveau d'instances n'assumant pas la responsabilité budgétaire de celles-ci. La comparaison des résultats budgétaires de 1996-97 et 1995-96 montre d'ailleurs la détérioration rapide de la situation budgétaire des hôpitaux; c'est alors l'exception, et non la règle, d'afficher des résultats budgétaires équilibrés.

Dans le cadre de ce difficile arrimage, des acteurs rencontrés lors des entretiens pointent la centralisation de dossiers des ressources humaines au niveau régional.



---

Cette centralisation met en lumière la prise en compte d'impératifs autres que sanitaires et budgétaires dans le cadre de la réforme. Ainsi l'allocation des employés redéployés ne s'inscrit pas dans une planification de la main-d'oeuvre des hôpitaux, mais davantage dans une logique d'employeur d'une grande complexité où l'on doit, par exemple sur l'Île de Montréal, tenir compte de 151 établissements à vocations multiples, de 300 titres d'emploi, de 24 regroupements syndicaux et de 92 conventions collectives (RRSSSM-C, 1997a). Il s'ensuit que malgré la hausse de la productivité des hôpitaux, amenée par les modifications de façons de faire, celle-ci est atténuée par la hausse des dépenses pour les avantages sociaux et par les coûts de formation conséquents, entre autres, à l'arrivée de nouveaux employés "imprévus".

Cette détérioration des résultats financiers n'implique pas l'absence d'efforts de redressement des hôpitaux à l'étude. Avec les enjeux organisationnels amenés par les contraintes budgétaires, les hôpitaux se sont dotés d'un comité ad hoc du conseil veillant à la gestion budgétaire. Ainsi l'application de la recette budgétaire est serrée si l'on en juge par les efforts budgétaires des 2 hôpitaux. D'ailleurs, les hôpitaux à l'étude affichent des résultats équilibrés sauf en 1996-97 (et en 1997-98). C'est cependant la lecture des 2 hôpitaux que la détérioration de leur situation financière provient de l'environnement et que n'eut été de facteurs les pénalisant, Ils auraient atteint (ou presque) l'équilibre budgétaire. Ces efforts se traduisent, alors qu'il y a une baisse des revenus par rapport à la phase précédente, par une modification de l'offre de soins (ex. virage ambulatoire) et par une diminution des heures travaillées et du taux d'encadrement.

Aux dires d'acteurs rencontrés, les 2 hôpitaux ne sont pas pénalisés pour l'avancement de leurs projets par le déficit de 1996-97. En effet, leur performance budgétaire, c'est-à-dire un déficit sur les activités avoisinant 3% des revenus, se compare bien à celle de la plupart des hôpitaux de la région ayant une désignation CAU ou CHU. Cette bonne performance budgétaire comparative peut amener des défis pour la motivation des différents intéressés de l'Hôpital à continuer d'adhérer à une philosophie de gestion de "déficit zéro". Est-ce un relent de la phase 1 où une tolérance aux déficits a été notée, toujours est-il qu'il importe de démontrer l'efficacité du processus de budgétisation interne et de répondre à des questions

telles : Sommes/serons-nous pénalisés de bien gérer? Ne serait-il pas mieux d'être délinquant et d'attendre la réponse finale au financement de coûts de transition et d'autres contraintes, et, de là, de notre dette finale qui pour l'instant demeure virtuelle?

Alors que la tradition de déficit zéro de l'Hôpital 2 la "protège" davantage de ses questionnements, l'Hôpital 1 est à réaliser un redressement substantiel – lequel reste à consolider – de sa philosophie budgétaire, suite à une gestion plutôt politique à la phase antérieure. Les gains de l'Hôpital 1 lors de cette phase (ex. la désignation CAU, le dégel de dossiers suite à l'équilibre de 1995-96, l'autorisation d'acquérir la résonance magnétique) semblent contribués à ce revirement de philosophie budgétaire. De plus, l'utilisation des outils de contrôle pour expliquer les écarts relativement au budget accordé diffère comparativement aux phases précédentes. Ainsi les facteurs explicatifs de déficit ne sont plus associés à des secteurs d'activités déficitaires (ex. urgence, dialyse, traumatologie), mais surtout à des contraintes (ex. coûts de transition, coûts des conventions collectives, cathéters) qui empêchent l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Même si les projets des hôpitaux ne semblent pas affectés par les déficits, des pénalités réelles sont présentes dont : le paiement pour les intérêts de la dette, la gestion des emprunts générée par la situation financière et l'impact négatif sur l'avoir propre et possiblement sur le fonds d'immobilisations. Il y a bien longtemps que l'Hôpital 1 n'a eu recours à son avoir propre pour financer l'acquisition d'immobilisations. L'Hôpital 2 connaît une détérioration rapide de sa situation financière en 1996-97 et doit emprunter – c'est une première depuis près de 20 ans – pour payer ses dépenses d'opération.

Le respect de l'équilibre budgétaire demeure un indicateur de contrôle de la gestion financière des établissements. Avec la dégradation des résultats budgétaires, l'adaptation se traduit, entre autres, par le dépôt de plans s'étalant, non plus sur un exercice budgétaire mais sur horizon de 3 voire de 5 ans. Ces plans permettent d'envisager, d'une part, le retour de l'équilibre budgétaire et, d'autre part, le remboursement de la dette. Par ailleurs, la crédibilité des plans des hôpitaux pour retrouver l'équilibre serait reconnue par les instances

---

gouvernementales d'où l'absence de pénalité présumée pour les projets de développement. L'Hôpital 1 est d'avis que les initiatives mises en place a permis de freiner l'hémorragie des déficits bien que le remboursement de la dette, à la hausse par ailleurs, est reporté et pourrait se concrétiser en autant qu'il ne se rajoute pas d'autres contraintes. Après un allègement de la contrainte de 1997-98, l'Hôpital 2 est en mesure de présenter un plan d'équilibre pour 1998-99 en autant que cessent les contraintes budgétaires.

Les gains de crédibilité pour les gestionnaires (gardiens de ressources) sont toujours possibles pour les 2 hôpitaux bien que ceux-ci ne peuvent plus provenir d'une gestion du politique "à l'ancienne" et résultant, par exemple, d'une révision ad hoc de leur base budgétaire. Les gains semblent davantage associés à la crédibilité des plans d'équilibre budgétaires déposés, et conséquemment de l'atteinte du budget de gestion, et à l'inclusion de projets dans le PROS régional (ex. centre ambulatoire, fonds d'équilibre régional pour des services ultraspecialisés, réseau pédiatrique).

L'environnement est toujours sollicité par les hôpitaux et l'aide obtenue pourrait résulter en des économies. La réalisation de cibles du Plan d'équilibre budgétaire de l'Hôpital 1 pourrait provenir d'un leadership accru de la Régie pour soutenir les initiatives de partenariat des établissements et de l'avènement d'un véritable réseau de soins intégrés favorisant une continuité plus rapide et de meilleurs indicateurs du fonctionnement de la salle d'urgence. En vue d'appuyer la concrétisation de son projet d'un réseau provincial pédiatrique et d'un réseau supra-régional en périnatalogie, l'Hôpital 2 mise sur l'implantation d'un plan de pratique pour les médecins. Cette modification au mode de rémunération de médecins est à l'agenda des autorités publiques (Lemay, 1997).

Des pistes de réflexion pour équilibrer les revenus et les dépenses ont été soulevées par des acteurs lors des entretiens. D'aucuns parlent, particulièrement à l'Hôpital 1, de poursuivre les choix organisationnels en s'alignant sur les secteurs d'excellence et de maintenir la vigilance pour contrôler davantage le développement planifié en présence de pressions technologiques, démographiques et de l'évolution des bonnes pratiques alors que d'autres, principalement à

---

L'Hôpital 2, soulèvent la nécessité de diminuer les cas de première et de deuxième lignes grâce à l'implantation d'un réseau pédiatrique provincial et d'un plan de pratique pour les médecins. Certaines pistes relevées sont d'ordre plus général telles l'amélioration des systèmes d'information, la venue de réseaux de soins intégrés permettant des épisodes de soins plus fluides et une continuité accrue entre les divers types d'établissements, la modification aux conventions collectives pour y intégrer davantage de flexibilité voire la révision du panier de services.

Fait à noter, l'adaptation des pratiques budgétaires à la décroissance des revenus de l'environnement semble s'inscrire dans des mouvements inverses de centralisation/décentralisation pour les 2 hôpitaux. Ainsi alors que l'Hôpital 1 modifie ses pratiques de façon à y augmenter la décentralisation (ex. allocation d'un budget réaliste, ajout de responsabilités budgétaires, volonté de vigilance), l'Hôpital 2 "corrige" la trop forte compétition diagnostiquée lors de phases antérieures en centralisant davantage. Ce mouvement de centralisation serait également associé à la recherche d'une nouvelle recette budgétaire stable et liée à l'implantation d'une structure par programmes.

En termes d'acquisition de ressources, les 2 hôpitaux affichent des résultats intéressants pour les activités et pour les immobilisations. Les acquisitions d'immobilisations pour l'Hôpital 2 atteignent un niveau supérieur à l'Hôpital 1, l'une des explications étant l'apport croissant de la Fondation. L'acquisition de ressources permet le développement d'activités, quoi que dans une moindre mesure que pour des phases précédentes, développement par ailleurs plus planifié que par le passé et rattaché au Fonds d'équilibre régional, à la réalisation d'initiatives provenant de phases précédentes (ex. centre d'oncologie pédiatrique pour l'Hôpital 2, acquisition de la résonance magnétique et travaux pour le centre de recherche pour l'Hôpital 1) ou encore à l'inclusion de projets pour les Hôpitaux à l'étude (ex. centre ambulatoire pour l'Hôpital 1) dans le PROS régional.

Ce développement s'accompagne de modification à l'offre de soins, particulièrement d'une hausse des modalités de soins ambulatoires. Avec la décroissance des revenus, les réallocations internes constituent également une

---

source de développement des Hôpitaux. Il s'ensuit l'ajout de contraintes dans les efforts de redressement. Pour l'allocation de ce développement, l'Hôpital 1 s'aligne davantage sur ses secteurs d'excellence consolidés dans le cadre de la désignation de CAU et de plans d'équilibre budgétaire; l'un de ces choix est la diminution des activités de longue durée. L'Hôpital 2 poursuit la tradition d'allouer ses réallocations en fonction de ses orientations stratégiques (ex. financement de projets d'alternatives à l'hospitalisation, centre d'oncologie pédiatrique).

Le couplage efficace des hôpitaux avec l'environnement nécessite toujours des pratiques de saine gestion auxquelles s'ajoutent les indicateurs de réalisation du plan de transformation régional dont la performance des salles d'urgence. Le suivi budgétaire de la Régie nécessite le dépôt de plans crédibles d'équilibre budgétaire permettant d'envisager l'atteinte de l'équilibre budgétaire et le remboursement de la dette. La consolidation des activités de recherche et d'enseignement est également importante d'autant plus que les hôpitaux à l'étude ont obtenu la désignation de CHU ou de CAU. Cette consolidation passe par la signature du contrat d'affiliation accordant un nombre suffisant de résidents et par l'obtention de fonds pour les activités de recherche alors que ces ressources ne sont pas à la hausse.

Le couplage de l'Hôpital 1 avec l'environnement semble assez efficace si l'on en juge par le dégel de projets suite à l'annonce de l'équilibre budgétaire de 1995-96, les plans de redressement déposés et l'obtention de la désignation de CAU. Cependant le monitoring de l'urgence se poursuit et a pu, à l'occasion, retarder des projets de l'organisation. Le couplage de l'Hôpital 2 avec l'environnement n'est pas entièrement efficace puisque les délais amenés par l'implantation du plan de pratique freinent la mise en place du réseau pédiatrique. Par ailleurs, le financement des activités de recherche reste à consolider après la période "euphorique" de la phase précédente.

Au niveau des pratiques de saine gestion, les hôpitaux semblent en "déficit de cohérence" sur ce qu'ils peuvent faire pour transformer le système tout en affichant des résultats budgétaires équilibrés. Par exemple, le virage ambulatoire se traduit, pour une offre équivalente de services, par des besoins moindres de

---

main-d'oeuvre alors que simultanément on note une augmentation des dépenses pour les avantages sociaux et les charges sociales pour les employés redéployés et pour les départs à la retraite. Selon des acteurs rencontrés, il est difficile de conclure sur la cohérence des messages des autorités publiques quant à l'incitation réelle pour arrimer la réforme sanitaire au maintien de bons résultats financiers.

Par exemple, la contrainte effectivement allouée en 1995-96 – c'est alors une première : une commande budgétaire triennale et rattachée au plan régional suite à l'approbation ministérielle à l'automne 1995 – est moindre que celle anticipée en début d'année. Cette diminution de contrainte s'explique, du moins en partie, par la fermeture d'établissements. Les initiatives locales sont perturbées l'année suivante avec l'ajout des contraintes, particulièrement celle des redéployés, sans financement de transition et sans choix réel des hôpitaux sur les ressources humaines à accueillir alors que parallèlement ceux-ci font des efforts budgétaires conduisant à des abolitions de postes. En l'absence d'une gérance complète des hôpitaux, du moins cette année-là pour les dossiers des ressources humaines, ils revendiquent l'obtention du financement des coûts de transition et l'amélioration de l'allocation des compressions.

En 1997-98, une contrainte additionnelle est associée à la "grande vague de départs" avec le programme provincial proposé aux employés. Celle-ci fait plus que tripler la contrainte régionale, laquelle passe de 64M\$ à 226M\$, et pourrait compromettre l'atteinte d'objectifs de la 3e année du plan de transformation. La perturbation régionale se répercute dans un effort budgétaire supplémentaire demandé aux hôpitaux. Celui-ci est alors alloué à partir du nombre de personnes âgées de plus de 50 ans dans les établissements.

Un allègement annoncé en septembre 1997 permet cependant de diminuer substantiellement l'effort demandé. Le Ministère communique également la prise en charge de coûts de transition à partir de 1997-98. Pour les hôpitaux, cela amène une baisse du déficit anticipé, mais fait à noter une augmentation de leur niveau d'emprunt puisque la baisse de la contrainte est financée non pas par un budget additionnel – crise des finances oblige, il n'y a pas d'argent – mais par un financement par autorisation d'emprunt. Malgré ces ajustements en 1997-98, les

---

Hôpitaux demandent la pleine compensation pour les coûts de transition de 1995-96, 1996-97 et 1997-98. Cette compensation entraînerait une baisse de leur dette.

Nous reprenons ici des extraits d'entrevues de gestionnaires et d'un médecin qui expriment différentes critiques et inquiétudes soulevées sur le caractère perfectible des compressions, dont la non prise en compte de la vocation universitaire lors de l'allocation de celles-ci, sur la cohérence déficiente entre deux (2) logiques traversant la réforme – une logique sanitaire efficiente permettant des économies et une logique d'employeur générant des coûts non productifs –, sur la finalité des efforts – qui bénéficient des efforts budgétaires? – et sur l'essoufflement après plusieurs années de contraintes :

(...) Et à mon avis, il y a deux (2) vitesses. Il y a une réforme de la santé intelligente, souhaitable (...). Il y a une technologie qui nous permet d'hospitaliser moins. (...) Il y a des ressources plus légères qui peuvent faire le même travail. Ça c'est intelligent. (...) Sauf qu'en parallèle, on a une logique d'employeur; c'est totalement l'inverse de ça, qui essaie de fixer le plus de coûts possibles. Autrement dit, le bras gauche et le bras droit du gouvernement, dans le moment, ne sont pas coordonnés et sont à l'opposé l'un à l'autre. (...) (a2)

(...) si ça sert à préserver et à maintenir la qualité des soins et des services, bravo on va le faire. Mais si c'est seulement pour financer des avantages sociaux additionnels et des bénéfices additionnels aux employés, c'est difficile de demander aux gens de faire des efforts. (...), c'est que l'Hôpital (...) n'est plus en mesure de générer des économies et n'est pas d'accord pour générer des économies pour financer des coûts de système. (...) (b7)

(...), on s'est débarrassé de la pierre angulaire [centres académiques de santé]. Si on regarde les coupures qui ont été faites. Vous regarderez les coupures par rapport aux dépenses des Régions régionales, vous allez voir que les régions davantage coupées sont celles qui ont la responsabilité des centres universitaires. (...) (a14)

Selon Lemay (1997, préambule), la situation prévalant dans le réseau est inquiétante et mérite une attention particulière. Le rythme d'assainissement des finances publiques est tel qu'il met en péril la réforme du réseau de la santé. Il est peu probable que "réduire davantage les dépenses sans repenser à la dynamique même du système" permette d'atteindre les objectifs visés dans les différents plans de transformation (Lemay, 1997). Le caractère cumulatif des compressions pèse

lourd sur les hôpitaux alors que la déréglementation attendue ne s'est pas concrétisée. La réduction significative des dépenses dans les hôpitaux ne s'est pas accompagnée de changements substantifs dans la dynamique même du système de soins ni dans l'allocation budgétaire.

Les méthodes d'allocation des ressources financières utilisées par les Régies pour les établissements consistent, grosso modo, à la reconduction de l'approche antérieure utilisée par le Ministère, c'est-à-dire en fonction des budgets alloués aux établissements, plutôt qu'en fonction de la nature et de l'évolution des besoins de la population et ajustés pour le niveau de compressions requis (Lemay, 1997, p. 21). Après un arrêt de près de 10 ans, c'est le retour de la performance économique (efficacité) pour l'allocation de ressources, mais dans une perspective "négative" c'est-à-dire pour l'allocation de compressions. En ce qui a trait à des changements qui pourraient affecter les enjeux budgétaires des hôpitaux, le Conseil de la santé et du bien-être du Québec (1995), dans un document "Un juste prix pour les services de santé", en propose quelques-uns dont la fusion des régimes d'assurance (hospitalisation, maladie et programmes complémentaires) et l'harmonisation entre les modes de rémunération des professionnels et celui des établissements.

#### *4.2.4.4.1 Épilogue :*

À l'hiver 1999, et suite à la divulgation d'un budget équilibré pour le gouvernement du Québec, le discours de la Ministre de la Santé (MSSS, 1999), annonce le remboursement de la dette accumulée du réseau de la santé ainsi que les conditions liées au versement des 700 millions de \$ prévus. Il n'y avait pas eu de tel remboursement depuis presque 15 ans, le dernier remontant en 1986. Préalablement à l'obtention d'une partie du remboursement de leur dette, les établissements devront cependant élaborer et faire approuver un plan d'équilibre budgétaire. Ce plan devra prévoir le retour à un budget équilibré sur un maximum de trois (3) ans. Par ailleurs, les versements subséquents seront effectués en fonction des résultats effectifs des établissements dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire tout en faisant l'objet d'une entente de gestion entre le Ministère, la Régie régionale et l'établissement. Pour l'Hôpital 1, il s'ensuit également une prise



---

en charge d'une partie de la dette amassée aux phase 2 et 3 (ex. déficits de 1990-91 et de 1994-95).

À l'instar des épongements des déficits de 1983 et de 1986, les mécanismes utilisés lors de l'épongement annoncé en 1999 ne tiennent pas compte de la performance relative des établissements. Il semble difficile pour l'environnement de discriminer entre les pratiques de gestion budgétaire des établissements. Il y a donc bel et bien une diminution de la dette "virtuelle" des hôpitaux à l'étude mais pas nécessairement une prise en charge par les autorités de l'ensemble des coûts de transition de la réforme. Ce remboursement de la dette des hôpitaux ne s'accompagne pas non plus d'une révision des bases budgétaires bien que certains coûts reliés aux facteurs de croissance interne (ex. coût de système salarial) soient pris en charge par les autorités. Ce discours semble donc annoncé un frein aux compressions mais pas nécessairement la fin des difficultés financières des hôpitaux du Québec lesquels se relèvent difficilement de l'absorption de 80% des efforts budgétaires demandés au réseau de la santé depuis quelques années (AHQ, 1998).

#### **4.3 Analyse transversale des cas**

Après avoir présenté, dans la section précédente, les phases des dynamiques financières-stratégiques des hôpitaux retenus en les structurant principalement à partir d'initiatives jugées critiques et révélatrices de celles-ci, cette dernière section des résultats vise à répondre aux objectifs de la recherche. Dans une démarche exploratoire, l'analyse transversale ou parallèle des cas (voir Barley, 1990, p. 222-225) permet d'identifier des enseignements sur les dynamiques financières-stratégiques et de faire ressortir ce qui distingue (ou non) les hôpitaux en présence d'un même environnement externe. De là, nous n'envisageons pas de comparer les cas à l'étude, du moins en termes d'évaluation normative des pratiques, la méthodologie et les outils de recherche inhérents à ce projet ne permettant pas, par ailleurs, d'évaluer les pratiques organisationnelles en fonction de critères ou de paramètres de bonne gestion.

L'intérêt principal de la présente recherche est de comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'étudier les

---

relations entre deux (2) fonctions de gestion, la gestion financière et la stratégie et ce, sur une longue période. Ainsi la recherche a comme objet de décrire, de comprendre et d'expliquer de façon exploratoire ce que nous appelons des dynamiques financières-stratégiques et l'évolution de ces mêmes dynamiques dans des conditions complexes et ambiguës associées aux organisations publiques (Hafsi, 1985, 1989). On entend par dynamique financière-stratégique les relations entre les pratiques financières et les pratiques stratégiques d'un hôpital. Cette relation peut se refléter dans l'utilisation de la gestion financière à des fins de réalisation de la mission de l'hôpital. Les objectifs de recherche sont les suivants :

1. Comprendre les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques. En d'autres termes, nous nous intéressons à apprécier si oui, comment et quand la gestion financière est un levier stratégique pour un hôpital public ou encore de juger de l'importance de la gestion financière sur la stratégie d'un hôpital.
2. Apprécier l'influence des dynamiques financières-stratégiques sur les résultats produits.
3. Comprendre l'influence de l'environnement externe sur les dynamiques financières-stratégiques retenues.

#### ***4.3.1 Pour la compréhension des dynamiques financières-stratégiques : les rôles et les tactiques***

La compréhension des dynamiques financières-stratégiques s'articule, dans cette thèse, autour de deux (2) construits introduits dans l'état des connaissances, le premier étant les rôles – ainsi que l'allocation ou la distribution des rôles et/ou des responsabilités budgétaires – et le second les tactiques organisationnelles, soit relativement à l'environnement interne (ex. application de la recette budgétaire) soit relativement au contexte externe. Enfin mais sans être considéré comme un construit, les caractéristiques de l'environnement externe, et l'évolution de celles-ci, seront appréciées. En effet, puisque les hôpitaux retirent une part significative de leurs ressources à même les fonds publics, ces caractéristiques influencent fortement les rôles budgétaires et le choix des tactiques organisationnelles.

---

Par ailleurs, les rôles et les tactiques organisationnelles sont deux construits interdépendants. Par exemple, on peut penser que l'adoption de certaines tactiques soit moins probable en présence d'allocations particulières de rôles budgétaires entre les acteurs à l'interne. Par exemple, il est peu probable d'assister à un redressement budgétaire important en fin d'année budgétaire au sein d'un hôpital fortement centralisé ou qui est à reconstruire son équipe de direction. À l'inverse, une forte décentralisation au sein d'un hôpital semble augmenter la probabilité d'assister à un tel redressement bien que suite à plusieurs redressements, la solidarité interdirection soit mise à l'épreuve, puis de là, accentue la compétition pour les ressources.

Au sein des bureaucraties professionnelles, telles les hôpitaux, nous avons noté une ambiguïté – les rôles ont un caractère flou et changeant, c'est-à-dire qu'un même acteur peut jouer plusieurs rôles simultanément – et une multiplicité des rôles budgétaires. Deux rôles de base ont été définis à l'état des connaissances – un rôle étant associé à des comportements attendus et rattachés à une position au sein de l'organisation –, les gardiens et les consommateurs de ressources. Dans une vision fermée de l'organisation (voir Scott, 1987), les gardiens des ressources tentent de contrôler les dépenses à un niveau acceptable, alors que les consommateurs de ressources, généralement les responsables des unités décentralisées, vont minimalement tenter de protéger le niveau de ressources qui leur sont allouées et au mieux, ils vont oeuvrer à augmenter ce niveau afin d'être mieux à même de réaliser leur mission.

La complexité de la structure hospitalière et l'influence de l'environnement externe sur les organisations publiques se reflètent cependant dans les rôles budgétaires des acteurs. Ainsi les gardiens des ressources, bien que responsables des règles d'allocation budgétaires, ont peu de prérogatives sur les dépenses, celles-ci relevant davantage des professionnels de la santé à cause de leur proximité aux activités liées aux épisodes de soins. La coexistence des contrôles bureaucratique et de clan complexifie les pratiques budgétaires dont celle du design des relations de coopération entre gardiens et consommateurs de ressources.

---

Reflète d'un besoin d'engagement des consommateurs pour le contrôle des ressources et d'un souci de visibilité et de transparence des décisions d'allocation des ressources, certains acteurs sont appelés à jouer le double rôle de gardiens et de consommateurs de ressources, tels des médecins-gestionnaires (Coombs, 1987) et des infirmières-gestionnaires (Covaleski & Dirsmith, 1983, 1986). Dans ce cas, c'est le "subordonné" (c'est-à-dire le consommateur) qui tente d'influencer les gardiens pour obtenir davantage de ressources et, à la limite, ce sont les consommateurs qui contrôlent les gardiens (Brunsson, 1989, p. 125) et non l'inverse comme le suggèrent les écrits normatifs. Le budget devient alors non pas un processus d'allocation des ressources mais un processus de financement des activités des consommateurs.

Dans une vision ouverte de l'analyse des organisations (voir Scott, 1987) et dans le cadre d'un système public, Brunsson (1989; voir aussi Covaleski et al., 1985; Jönsson, 1984) ajoute le rôle de trésorier (hoarder) aux rôles traditionnels de gardiens et de consommateurs de ressources. Les autorités gouvernementales sont alors les gardiens et au sein des organisations, on retrouve à la fois des consommateurs de ressources et des trésoriers. Les trésoriers tentent d'obtenir des unités décentralisées de limiter leurs coûts et de restreindre leurs demandes budgétaires bien que simultanément, par rapport à l'externe, ils cherchent à augmenter les ressources de l'organisation et, conséquemment, à créer une marge de manoeuvre pour faire face au futur toujours incertain (Lukka, 1988). Les gestionnaires publics font donc face à des dilemmes difficiles à résoudre dont celui de concilier des demandes souvent opposées provenant de l'interne et de l'externe.

Nous soulevons en passant une limite provenant d'un choix méthodologique de l'étude. En effet, le mode adopté pour une grande partie de la collecte des données étant rétrospectif, il n'a pas toujours été possible d'apprécier "sur le terrain" les jeux microscopiques des rôles budgétaires sur les 14 années retenues et pour les hôpitaux à l'étude. C'est l'une des limites de l'emploi d'une approche longitudinale et historique, limite amplifiée par le fait que les documents internes des hôpitaux laissent peu de traces sur les jeux des acteurs.

---

Le second construit est celui des tactiques organisationnelles c'est-à-dire les actions entreprises, dont les initiatives et les pratiques budgétaires et financières, afin d'influencer le cours des événements. Ces tactiques des organisations se situent à deux (2) niveaux : celles touchant l'organisation et celles s'adressant à l'environnement externe (Jick & Murray, 1982). Par exemple pour faire face à la baisse de financement ou à la décroissance, les organisations peuvent gérer la décroissance à l'interne, idéalement en cherchant à maintenir le niveau d'activités grâce, entre autres, à des mesures d'économies et de productivité. Cette gestion de la décroissance est plus difficile lorsque les besoins sont à la hausse que l'inverse (Paquin, 1984).

Simultanément on peut s'attendre à ce que les organisations s'opposent à toute baisse de financement pouvant mettre en péril la mission de l'organisation et qu'elles vont activement tenter d'augmenter ce niveau de ressources. Dans le cadre de l'analyse qui suit, les tactiques retenues – également appelée comportements et pratiques – sont appréciées à partir des caractéristiques des initiatives retenues pour les entretiens auprès des acteurs et par les pratiques budgétaires (ou façons de faire habituelles) synthétisées parfois sous l'appellation de l'"application de la recette budgétaire".

Enfin et puisque l'un des objectifs de la recherche consiste à apprécier la performance des pratiques financières en fonction de résultats produits, cette appréciation est faite en référence à des modèles de performance (Cameron, 1984, 1986). Tel qu'explicité antérieurement, il nous est apparu raisonnable de regrouper ces résultats en fonction de trois (3) modèles de performance : le modèle de l'atteinte des buts, en utilisant l'indicateur de l'équilibre budgétaire, le modèle de l'acquisition des ressources, au moyen des indicateurs de la capacité de développement et du type de développement produit (ex. planifié et émergent) et, finalement, du modèle de l'harmonisation des intérêts, via l'indicateur de l'allocation des responsabilités budgétaires, synthétisé sous les termes de la centralisation et de la décentralisation, et celui de l'écart entre la stratégie intentionnelle de l'organisation et celle réalisée. Enfin, et sans être associé à un des modèles de performance, le résultat du gain d'influence ou de marge de

---

manoeuvre pour les gestionnaires des gardiens des ressources et des trésoriers est apprécié.

À des fins d'analyse des cas, plusieurs tableaux – appelés matrices par Miles et Huberman (1994) – ont été construits. En plus des études de cas de la section précédente, ces tableaux ont contribué à la rédaction des phases synthétiques présentées à la section 4.3.2. Nous présentons brièvement quelques-uns de ces tableaux. Les tableaux XXIII à XXVI présentent quelques éléments liés aux comportements et aux pratiques des hôpitaux en incluant des caractéristiques de l'environnement, des caractéristiques des rôles budgétaires et le choix des tactiques. Ces tableaux indiquent, pour chacune des phases et de façon sommaire, quelques caractéristiques centrales de l'environnement, des caractéristiques des initiatives, relativement à l'interne et à l'externe, l'application de la recette budgétaire pour la phase, l'utilisation des outils et des informations budgétaires, quelques caractéristiques des rôles budgétaires et, en synthèse, ce que semble valorisé l'Hôpital (ex. le développement, l'obtention de financement public). Ces tableaux incluent également quelques-uns des résultats explicités ci-hauts et des conséquences pour la phase suivante pour l'Hôpital (ex. besoin de redresser la situation budgétaire).

Les tableaux XXVII, XXVIII et XXIX apprécient l'évolution des pratiques des hôpitaux avec l'évolution de l'environnement. Chacun de ces tableaux se divise en trois (3) blocs : le premier présente des caractéristiques des pratiques (ex. caractéristiques des initiatives et application de la recette budgétaire) des deux Hôpitaux pour une phase donnée, l'autre bloc les mêmes éléments mais pour la phase suivante et, enfin, le dernier bloc, indique des modifications aux pratiques pour les deux Hôpitaux et quelques "comparaisons" entre les pratiques et les initiatives des Hôpitaux.

La construction des tableaux XXIII à XXIX a été facilitée par l'analyse provenant d'autres tableaux dits intermédiaires dont quelques-uns sont ici présentés. Par exemple, le tableau XXX présente une synthèse des caractéristiques des initiatives, celles ayant servi à structurer la rédaction des cas et aux entretiens. Ce

**Tableau XXIII. Synthèse des comportements et des résultats des hôpitaux à l'étude en phase 1**

*Caractéristiques de l'environnement à la phase 1 :*

octroi de compressions basé sur une méthode contestée puisque ne tenant pas compte adéquatement de la performance  
tolérance assez grande face aux déficits des hôpitaux  
crise économique au début des années 1980 puis amélioration

**Comportements/pratiques de l'Hôpital à la phase 1**

	1. Caractéristiques des initiatives internes et externes	2. Pratiques budgétaires (application de la resette)	3. Utilisation des outils et des informations budgétaires... à l'interne et à l'externe	4. Caractéristiques des rôles budgétaires	Synthèse... qu'est-ce qui est valorisé par l'hôpital?
<b>Hôpital 1</b> [couplage efficace avec environnement] (1983-84 à 1985-86)	Externe : augmenter les activités de soins et obtenir des fonds Interne : aucune initiative ne permet de faire des économies ou d'équilibrer le budget	• Application serrée puis relâchement - adoption de budgets en début d'année ne prévoyant pas d'équilibre - pas de redressement "formel" en cours d'année	Externe : emploi pour démontrer la sousbudgétisation de l'Hôpital (hôpital est productif et déficitaire) Interne : emploi, entre autres, pour justifier les écarts par rapport au budget adopté	• Forte centralisation aux finances - trésoriers : l'environnement étant contesté, le consommateur l'emporte sur le gardien de ressources - gardiens : sphère d'influence contestée à l'interne - consommateurs : période de tensions médico-administratives	• Le développement semble primé sur l'équilibre budgétaire • Obtenir du financement public pour les projets
<b>Hôpital 2</b> [couplage non entièrement efficace avec environnement] (1983-84 à 1985-86)	Externe : augmenter les activités de soins, obtenir des fonds et diversifier les sources de revenus (immos) Interne : aide à faire des économies, à équilibrer le budget et à consolider les pratiques budgétaires internes	• Application serrée tout au long de la phase - adoption de budget équilibré en début d'année - pas de redressement bien qu'on en ait prévu en 1984-85 (RBB en 1984-85)	Externe : emploi pour démontrer la sousbudgétisation de l'Hôpital malgré l'atteinte de résultats budgétaires équilibrés Interne : emploi suivant davantage une vision rationnelle des pratiques (ex. allocation, suivi et contrôle budgétaire)	• Décentralisation - trésoriers : l'environnement étant contesté, le gardien "emporte" sur le consommateur avec la reconnaissance de la sousbudgétisation malgré les bons résultats budgétaires - gardien : sphère d'influence consolidée par la révision de la base budgétaire en 1984-85 - consommateurs : partenariat médico-administratif mais possibilité d'émergence	• Le développement est à arrimer avec l'équilibre budgétaire - à la recherche d'un dialogue efficace entre l'octroi de fonds externes pour alimenter les pratiques budgétaires internes (ex. marge de manoeuvre) ce qui permet un développement plus planifié • Obtenir du financement public pour les projets

**Résultats pour la phase 1**

	1. État de la situation budgétaire	2. Développement --type et niveau	3. Importance de la gestion financière sur le développement de la stratégie	4. gains d'influence pour les gardiens	Conséquences pour la phase 2
<b>Hôpital 1</b> [couplage efficace avec environnement]	• Déficit importants (>1%) en fin de phase	• "Bon" niveau de développement • Développement émergent - celui-ci est difficile à orienter • Développement financé par déficits	• Elle ne semble pas être très importante - stratégie semble plus provenir de la somme de stratégies locales	• Cette influence s'appuie principalement sur l'ajout de fonds externes	2. besoin de changer les rôles budgétaires • Besoin d'un consensus interne pour redresser - besoin de décentraliser?
<b>Hôpital 2</b> [couplage non entièrement efficace avec environnement]	• Équilibre ou presque ("petit" déficit en 1985-86)	• "Bon" niveau de développement • Développement davantage planifié (ex. marge de manoeuvre) • Développement demeure petits déficits et efforts internes	• Elle est importante (ex. adoption de budgets équilibrés en début d'exercice financier) - stratégie plus "organisationnelle" (ex. marge de manoeuvre)	• Cette influence s'appuie sur la "récompense" de l'environnement des pratiques saines à l'interne (interne appuyé par l'externe)	• Pas besoin de changer les rôles budgétaires

Tableau XXIV. Synthèse des comportements et des résultats des hôpitaux à l'étude en phase 2

**Caractéristiques de l'environnement à la phase 2 :**

fin des compressions; octroi d'un coût de système santé au départ paramétrique (même % pour les hôpitaux) équilibre budgétaire devient un critère pour l'octroi d'enveloppes conjoncture économique assez favorable

**Comportements/pratiques de l'Hôpital à la phase 2**

1. Caractéristiques des initiatives internes et externes		2. Pratiques budgétaires (application de la recette)		3. Utilisation des outils et des informations budgétaires - à l'interne et à l'externe		4. Caractéristiques des rôles budgétaires		Synthèse : qu'est-ce qui est valorisé par l'hôpital?	
<b>Hôpital 1</b> [couplage non entièrement efficace avec environnement]	Externe : investir dans les immos, obtenir des fonds et diversifier les sources de revenus (immos)  Interne : faire des économies bien qu'elles ne permettent pas directement l'atteinte de l'équilibre (86-87-90-91)	• Redressement difficile : application serrée contestée puis relâchement - redressement à 4 reprises - phase prend fin avec un déficit important en 1990-91 ["abondance" ne suffit pas à financer la hausse des activités]	Externe : emploi pour démontrer le sous-financement de l'Hôpital malgré l'atteinte de résultats budgétaires équilibrés -> on pénalise la clientèle avec la recherche continue de l'équilibre  Interne : emploi suivant davantage une vision rationnelle des pratiques (ex. allocation, suivi et contrôle budgétaire)	• Baisse centralisation aux finances - trésoriers : en fin de phase, le consommateur l'emporte sur le gardien (hausse des activités) - gardiens : difficile réajustement ex. rotation élevée de dg et de df - consommateurs : amélioration du climat médico-administratif	• Le développement semble primé sur l'équilibre budgétaire - redressement difficile puis "essoufflement"  • Obtenir des fonds publics : - pour les projets - pour aider à équilibrer le budget	• Le développement est à armer avec l'équilibre budgétaire (idem phase 1)  • Obtenir des fonds publics : - pour les projets - pour synergiser les pratiques budgétaires internes et développer (ex. marge de manoeuvre)  • Consolidation des pratiques : - voir les initiatives de cette phase			
<b>Hôpital 2</b> [couplage efficace avec environnement] (1986-87 à 1989-90)	Externe : obtenir des fonds et augmenter les activités de soins  Interne : consolider les pratiques budgétaires	• Application serrée tout au long de la phase - adoption de budget équilibré en début d'année • ralentissements (86-87 et 87-88) précèdent l'obtention d'une RBB en 1987-88 -> culture budgétaire de prudence	• Décentralisation - trésoriers : idem phase 1 (RBB en 87-88) mais env. moins contesté - gardien : sphère d'influence consolidée par cette RBB et par des ajouts aux pratiques budgétaires - consommateurs : partenariat médico-administratif mais possibilité d'émergence  • Forte compétition entre les directions						

**Résultats pour la phase 2**

1. État de la situation budgétaire		2. Développement - type et niveau		3. Importance de la gestion financière sur le développement de la stratégie		4. gains d'influence pour les gardiens		Conséquences pour la phase 3	
<b>Hôpital 1</b> [couplage non entièrement efficace avec environnement]	• Retour vers équilibre - déficit important en 1990-91 - ce déficit constitue une dette	• "Bon" niveau de développement • Développement émergent - celui-ci est difficile à orienter • Développement financé par déficits, \$ pour urgences et coût de système	• Elle est plus importante qu'à la phase précédente - pas le choix de viser l'équilibre • Hausse des activités longue durée - voulue par l'Hôpital?	• Cette influence s'appuie principalement sur l'ajout de fonds externes	• Besoin d'un redressement budgétaire en 1991-92 -> à moins de gérer politiquement • Assèchement du fonds d'immos	• Besoin probable d'augmenter le niveau de décentralisation et de modifier certaines pratiques budgétaires internes	• 2. besoin de changer les rôles budgétaires		
<b>Hôpital 2</b> [couplage efficace avec environnement]	• Équilibre budgétaire	• "Bon" niveau de développement • Développement davantage planifié (ex. marge de manoeuvre) • Développement demeure bien que l'émergence demeure efforts internes et coût de système	• Elle semble toujours aussi importante - idem phase 1 [culture organisationnelle]	• Cette influence s'appuie sur la "récompense" de l'environnement des pratiques saines à l'interne (interne appuyé par l'externe)	• Les pratiques de l'Hôpital sont toujours conformes aux normes de l'environnement  • Ces pratiques contribuent aussi à générer des \$ pour les immos	• Forte décentralisation est peut-être à corriger - une initiative (projets interdirectionnels) va dans ce sens			



Tableau XXV. Synthèse des comportements et des résultats des hôpitaux à l'étude en phase 3

Caractéristiques de l'environnement à la phase 3 :

retour de contraintes (ex. manques à gagner) lesquelles ne sont pas basées sur des indicateurs de performance ; fin du coût de système santé paramétrique  
 équilibre budgétaire demeure un critère pour l'octroi d'enveloppes supplémentaires ; monitoring des salles d'urgence peut amener des délais dans l'autorisation de projets  
 ralentissement de l'activité économique et problème d'endettement

Comportements/pratiques de l'hôpital à la phase 3

	1. Caractéristiques des initiatives internes et externes	2. Pratiques budgétaires (application de la recette)	3. Utilisation des outils et des informations budgétaires -> à l'interne et à l'externe	4. Caractéristiques des rôles budgétaires	Synthèse : qu'est-ce qui est valorisé par l'hôpital?
<b>Hôpital 1</b> (couplage non entièrement efficace avec l'environnement) (1991-92 à 1994-95)	Externe : augmenter les activités de soins et obtenir des fonds - ajout de lits au permis associé, en partie au dossier de l'urgence, juste avant le virage ambulatoire  Interne : faire des économies mais pas l'atteinte de l'équilibre	Redressement difficile : - le retour à l'équilibre provient de l'aide externe que des efforts internes - consommation rapide des ajustements de 91-92 et de 93-94 - phase prend fin avec un déficit équivalent au D&F qualité performance malgré un plan mis en place	Externe : emploi pour démontrer le sous-financement de l'hôpital étant donné la hausse des activités - baisse des revenus en fin de phase  Interne : emploi, entre autres, pour justifier les écarts par rapport au budget adopté	Réelle décentralisation? - trésoriers : avec une gestion forte avec le politique, le consommateur s'empare sur le gardien (hausse des activités, affiliation universitaire, dossier de l'urgence) - gardiens : difficile réalignement - consommateurs : bon climat médico-administratif	Le développement et l'affiliation universitaire semblent primés sur l'équilibre budgétaire - le redressement en début de phase semble davantage s'expliquer par l'ajout de fonds externes que par les efforts internes (ex. BBZM)  . Obtenir des fonds publics
<b>Hôpital 2</b> (couplage efficace avec l'environnement) (1990-91 à 1993-94)	Externe : initiatives de partenariat permettent le développement de l'oncologie pédiatrique et de la recherche  Interne : poursuite d'initiatives de la phase 2 et une autre initiative permettent le maintien des pratiques budgétaires "traditionnelles" - mais essoufflement de celles-ci	Application serrée - adoption de budgets équilibrés en début d'année - ralentissement précède l'obtention d'une RBB en 1992-93 -> mais "consommé" rapidement interne/externe	Externe : emploi pour démontrer le sous-financement de l'hôpital malgré les résultats équilibrés -> on pénalise la clientèle avec la recherche continue de l'équilibre  Interne : emploi suivant davantage une vision rationnelle des pratiques (ex. allocation, suivi et contrôle) - secteur déficitaire de façon récurrente : les médicaments	? Trop forte décentralisation - trésoriers : idem phase 2 (RBB en 1992-93) - gardiens : à long terme, effet cumulatif "négatif" des responsabilités budgétaires octroyées aux directions - consommateurs : bon partenariat - secteur déficitaire : émergence de secteurs déficitaires	Maintien de la santé financière - ajustements budgétaires internes créent des insatisfactions  Développement d'un secteur stratégique (oncologie pédiatrique)  Diversifier les sources de revenus (et les revenus) via partenariats en recherche

Résultats pour la phase 3

	1. État de la situation budgétaire	2. Développement -> type et niveau	3. Importance de la gestion financière sur le développement de la stratégie	4. Gains d'influence pour les gardiens	Conséquences pour la phase 4
<b>Hôpital 1</b> (couplage non entièrement efficace avec l'environnement)	• Retour vers équilibre - déficit important en 1994-95 • Non remboursement de la dette de 1990-91 laquelle s'ajoute les déficits de la fin de phase	• "Bon" niveau de développement - bien que des projets aient été retardés à cause du dossier de l'urgence et de la situation budgétaire • Développement moins émergent - le MSSS alloue plus en fonction de priorités	• Elle semble assez importante bien qu'on semble s'attendre à l'aide des autorités pour équilibrer - d'où un "troc" de l'aide externe contre les efforts de saine gestion • Hausse des activités longue durée - voulue par l'hôpital?	• Cette influence s'appuie principalement sur l'ajout de fonds externes	1. à faire pour la situation budgétaire  2. besoin de changer les rôles budgétaires  • Besoin probable d'augmenter le niveau de décentralisation et de modifier certaines pratiques budgétaires internes
<b>Hôpital 2</b> (couplage efficace avec l'environnement)	• Équilibre budgétaire	• "Bon" niveau de développement • Développement davantage planifié bien que l'émergence demeure • Développement financé par RBB, efforts internes et partenariats	• Elle semble toujours aussi importante - on note un essoufflement des pratiques budgétaires traditionnelles	"récompense" de l'environnement des pratiques saines à l'interne - mais le dossier des médicaments? • Gains issus du partenariat : - oncologie et recherche	1. la décentralisation administrative rend caduque la gestion politique "à l'ancienne" • Augmentation de la dette  • Besoin de modifier les pratiques budgétaires étant donné : 1. la décentralisation administrative 2. la décroissance des revenus 3. l'essoufflement des pratiques traditionnelles  • Forte décentralisation à corriger - modifier la perspective interdirection par une perspective interdirection (ex. efforts de productivité demandés aux directions pour alimenter la marge étaient paramétriques)

Tableau XXVI. Synthèse des comportements et des résultats des hôpitaux à l'étude en phase 4

**Caractéristiques de l'environnement à la phase 4 :**

crise des finances publiques ; contraintes importantes (els manques à gagner, compressions interrégionales (ex. NIRU, PROS); fin de l'octroi du coût de système santé équilibré budgétaire demeure un critère pour l'octroi d'enveloppes supplémentaires réforme du système de soins (ex. virage ambulatoire, organisation régionale des services)

**Comportements/pratiques de l'Hôpital à la phase 4**

		3. Utilisation des outils et des informations budgétaires - à l'interne et à l'externe		4. Caractéristiques des rôles budgétaires		Synthèse : qu'est-ce qui est valorisé par l'hôpital?	
		3. Importance de la gestion financière sur le développement de la stratégie		4. Gains d'influence pour les gardiens		Conséquences pour la phase suivante	
		1. A fait pour la situation budgétaire		2. Besoin de changer les rôles budgétaires			
<b>Hôpital 1</b> (couplage non entièrement efficace avec l'environnement) (1995-96-?)	<p>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Externe : bien que les initiatives retenues s'adressent à l'environnement interne, celles-ci visent à souligner les assises budgétaires et, de là, contribuent à débloquer certains projets et à "assurer" la "crédibilité budgétaire" de l'Hôpital</li> <li>Interne : faire des économies, retour de l'équilibre et renforcer les pratiques budgétaires internes</li> </ul>	<p>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Application serrée</li> <li>2 redressements en 1995-96</li> <li>modification au plan (sur 4 ans) adopté avec l'accentuation des contraintes externes</li> <li>certaines cibles de ce plan ne donnent pas les résultats prévus (ex. choix organisationnels et complémentarité avec le réseau)</li> </ul>	<p>Externe : emploi pour démontrer les efforts budgétaires dans un contexte de réforme et de reconfiguration du réseau</p> <p>ex. le déficit de 1996-97 est dû à l'environnement puisque l'hôpital atteint l'équilibre sur son budget</p> <p>Interne : emploi suivant davantage une vision rationnelle des pratiques - mais les choix sont difficiles alors que l'affiliation est à confirmer</p>	<p>Hausse de la décentralisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>trésoriers : le gardien semble l'"emporter" sur le consommateur bien que le retour d'une contestation de l'environnement fragilise ce réajustement</li> <li>gardiens : certain réalignement - consommateurs : transfert de responsabilités mais demeure des "difficultés" à faire des choix et à planifier le développement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revenir à l'équilibre</li> <li>Recherche d'un développement plus planifié</li> <li>Besoin de réaménager le plan d'équilibre budgétaire (voir pratiques budgétaires)</li> <li>Dépôt de plans d'équilibre crédibles aux autorités</li> </ul>		
<b>Hôpital 2</b> (couplage non entièrement efficace avec l'environnement: l'Hôpital est d'un coup- vis qu'un couplage efficace n'est pas possible) (1994-95-?)	<p>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Externe : pour obtenir du financement pour la recherche (ex. immos) et pour spécifier aux autorités que le déficit de 1996-97 est causé par l'environnement: - décisions sur lesquelles l'hôpital n'a pas d'emprise donc pas de responsabilité budgétaire</li> <li>Interne : faire des économies, équilibrer le budget et consolider les pratiques budgétaires</li> </ul>	<p>2. Développement (type et niveau)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Application serrée</li> <li>adoption de budgets équilibrés en début d'année en modifiant au moins 2 fois les pratiques internes (RUR puis réingénierie)</li> <li>mais obtention d'un déficit en 1996-97</li> <li>-&gt; ce déficit est comensé par la réforme puisqu'on "oblige" la mauvaise gestion</li> </ul>	<p>Externe : emploi pour démontrer les efforts budgétaires dans un contexte de réforme et de reconfiguration du réseau</p> <p>Interne : emploi suivant davantage une vision rationnelle des pratiques - besoin de réallocations internes pour investir dans des projets</p>	<p>Retour d'une certaine centralisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>trésoriers : l'environnement étant comensé, le gardien l'"emporte" (ou presque) sur le consommateur avec le maintien des traditions</li> <li>gardiens : sphère d'influence à consolider (ex. à la recherche de pratiques budgétaires "stables")</li> <li>consommateurs : bon partenariat médico-administratif mais insatisfaction des md pour rémunération</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maintien de la saine gestion et de l'équilibre</li> <li>À la recherche de nouvelles pratiques budgétaires "stables" (ex. incluant une marge de manoeuvre)</li> <li>Consolider le financement de la recherche suite à l'abandon de la phase précédente</li> </ul>		
<b>Hôpital 1</b>	<p>1. État de la situation budgétaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Équilibre en 1995-96</li> <li>puis équilibre sur le budget de gestion en 1996-97</li> <li>mais déficit important par rapport aux états financiers de 1996-97</li> <li>-&gt; ce déficit est comensé -&gt; augmentation de la dette</li> </ul>	<p>2. Développement plus planifié (ex. plan d'équilibre, plan régional, secteurs d'excellence)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>difficulté à en planifier le niveau</li> <li>baisse de la longue durée</li> <li>choix organisationnels à confirmer</li> </ul>	<p>Elle est plus importante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour le développement :</li> <li>besoin de voir intégrer des projets organisationnels dans le PROS régional</li> <li>besoin de crédibilité budgétaire pour débloquer des dossiers</li> </ul>	<p>Gains d'influence à l'interne s'appuient sur l'obtention de gains provenant de l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour débloquer des dossiers (ex. résonance magnétique)</li> <li>pour favoriser complémentarité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de non-remboursement des déficits de la réforme (96-97...):</li> <li>besoin d'un redressement</li> <li>En la dette de 1996-97 et 1994-95?</li> <li>En cas d'un remboursement : consolider les nouvelles pratiques (ex. identifier des choix)</li> </ul>	<p>2. Continuer la consolidation des pratiques budgétaires mises en place à la phase 4</p>	
<b>Hôpital 2</b>	<p>1. État de la situation budgétaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Équilibrés en 1994-95 et 95-96</li> <li>puis équilibre sur le budget de gestion (ou presque) en 1996-97</li> <li>déficit 1996-97 par rapport aux états financiers est comensé -&gt; l'Hôpital à une dette</li> </ul>	<p>2. Développement plus planifié (ex. plan régional, omologie, marge de manoeuvre, volonté de mettre en place un réseau provincial pédiatrique)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Modification à l'offre de soins</li> <li>Développement plutôt planifié (ex. plan régional, omologie, déficit 1996-97 par rapport aux états financiers est comensé -&gt; l'Hôpital à une dette</li> </ul>	<p>Les gains d'influence à l'interne s'appuient sur la démonstration que ce sont les pratiques de la réforme qui "causent" des problèmes à l'Hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>fratilité avec la turbulence</li> </ul>	<p>Les gains d'influence à l'interne s'appuient sur la démonstration que ce sont les pratiques de la réforme qui "causent" des problèmes à l'Hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>fratilité avec la turbulence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de non-remboursement des déficits de la réforme (96-97...):</li> <li>besoin d'un redressement</li> <li>En cas d'un remboursement : consolider les nouvelles pratiques</li> </ul>	<p>7. Mise en place d'une nouvelle approche budgétaire "stable" basée sur des programmes-clients (1998-99)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>modification des rôles</li> </ul>	

Tableau XXVII. Appréciation de l'évolution des pratiques financières des hôpitaux à l'étude en fonction de l'évolution de l'environnement (phase 1 et phase 2)

Phase 1 (1983-84 à 1985-86)		
Incitation à la saine gestion?	Pratiques de l'Hôpital 1	Pratiques de l'Hôpital 2
<p><b>Caractéristiques de l'environnement</b></p> <p><u>État de l'économie :</u> Crise économique (début 1980) puis amélioration</p> <p><u>Octroi de contraintes et/ou de compressions</u> Basé, entre autres, sur la conciliation des résultats de la MRBB (performance) et des résultats budgétaires - la MRBB est contestée par les hôpitaux</p> <p><u>Octroi d'enveloppes supplémentaires</u> 1. disponibilité de la filière politique pour faire avancer des dossiers - sur la base de quels critères?</p> <p><u>Gestion du politique :</u> 1. tolérance aux déficits : remboursements en 1983 (1974-75 à 1982-83) puis en 1986 (...-85-86) 2. disponibilité de la filière politique pour faire avancer des dossiers</p>	<p>L'Hôpital semble suivre l'air du temps</p> <p><u>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</u></p> <p>Externe : augmenter les activités de soins et obtenir des fonds</p> <p>Interne : aucune initiative ne permet de faire des économies ou d'équilibrer le budget</p> <p><u>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée puis relâchement</li> <li>- adoption de budgets en début d'année ne prévoyant pas d'équilibre</li> <li>- pas de redressement "formel" en cours d'année</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filière politique utilisée</li> <li>• Environnement semble tolérer les déficits</li> </ul>	<p>L'Hôpital semble devancer les pratiques courantes du réseau</p> <p><u>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</u></p> <p>Externe : augmenter les activités de soins, obtenir des fonds et diversifier les sources de revenus (immos)</p> <p>Interne : aide à faire des économies, à équilibrer le budget et à consolider les pratiques budgétaires internes</p> <p><u>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée tout au long de la phase</li> <li>- adoption de budget équilibré en début d'année</li> <li>- pas de redressement bien qu'on en ait prévu un en 1984-85 (RBB en 1984-85)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filière politique utilisée</li> <li>• Recherche continue de l'équilibre</li> </ul>

Phase 2 (1986-87 à 1989-90)		
Plus grande incitation et abondance	Pratiques de l'Hôpital 1	Pratiques de l'Hôpital 2
<p><b>Caractéristiques de l'environnement</b></p> <p><u>État de l'économie :</u> conjoncture économique plus favorable</p> <p><u>Octroi du coût de système santé :</u> au départ paramétrique (un même % du budget de chaque hôpital) - l'octroi est conditionnel à l'atteinte de l'équilibre budgétaire à partir de 1989-90</p> <p><u>Octroi d'enveloppes supplémentaires</u> Critères : 1. priorités gouvernementales (ex. dossier des urgences) 2. enveloppes ad hoc disponibles 3. équilibre budgétaire (1989-90-...)</p> <p><u>Gestion du politique :</u> 1. fin de la tolérance aux déficits 2. disponibilité de la filière politique pour faire avancer des dossiers ex. révision ad hoc de base budgétaire, négociation pour remboursements de déficits</p>	<p><u>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</u></p> <p>Externe : investir dans les immos, obtenir des fonds et diversifier les sources de revenus (immos)</p> <p>Interne : faire des économies bien qu'elles ne permettent pas directement l'atteinte de l'équilibre</p> <p><u>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redressement difficile : application serrée contestée puis relâchement</li> <li>- redressement à 4 reprises</li> <li>- phase prend fin avec un déficit important en 1990-91</li> <li>["abondance" ne suffit pas à financer la hausse des activités]</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filière politique utilisée</li> <li>• Recherche de l'équilibre</li> </ul>	<p><u>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</u></p> <p>Externe : obtenir des fonds et augmenter les activités de soins</p> <p>Interne : consolider les pratiques budgétaires</p> <p><u>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée tout au long de la phase</li> <li>- adoption de budget équilibré en début d'année</li> <li>- ralentissements (86-87 et 87-88) précèdent l'obtention d'une RBB en 1987-88</li> <li>-&gt; culture budgétaire de prudence</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filière politique utilisée</li> <li>• Maintien des traditions budgétaires contribue à l'atteinte de l'équilibre</li> </ul>

	Modifications aux pratiques entre la phase 1 et la phase 2		Comparaison Hôpital 1 et Hôpital 2
	Hôpital 1	Hôpital 2	
<p>Qu'amène le passage d'une phase à l'autre pour les pratiques organisationnelles?</p> <p>Exemples d'indicateurs :</p> <p>1. modification dans les initiatives internes et/ou externes</p> <p>2. modification à la recette budgétaire</p>	<p>Réalignement (difficile) vers l'équilibre budgétaire malgré la "relative" abondance de l'environnement</p> <p>À la phase 2, des initiatives permettent de générer des économies et on note un resserrement des pratiques budgétaires internes</p>	<p>L'Hôpital n'a pas à changer ses pratiques puisqu'elles sont conformes aux attentes de l'environnement</p> <p>À la phase 2, il y a consolidation des pratiques budgétaires (au moyen de 2 initiatives qui vont également s'appliquer à la phase 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les initiatives de l'Hôpital 2 sont généralement d'une durée plus longue que celles de l'Hôpital 1</li> <li>• Les pratiques budgétaires de l'Hôpital 2 semblent plus stables que celles de l'Hôpital 1</li> </ul>

Tableau XXVIII. Appréciation de l'évolution des pratiques financières des hôpitaux à l'étude en fonction de l'évolution de l'environnement (phase 2 et phase 3)

Phase 2 (1986-87 à 1989-90) Plus grande incitation et abondance		
	Pratiques de l'Hôpital 1	Pratiques de l'Hôpital 2
<p><b>Caractéristiques de l'environnement</b> État de l'économie : conjoncture économique plus favorable</p> <p><b>Octroi du coût de système santé :</b> au départ paramétrique (un même % du budget de chaque hôpital) - l'octroi est conditionnel à l'atteinte de l'équilibre budgétaire à partir de 1989-90</p> <p><b>Octroi d'enveloppes supplémentaires</b> Critères : 1. priorités gouvernementales (ex. dossier des urgences) 2. enveloppes ad hoc disponibles 3. équilibre budgétaire (1989-90...)</p> <p><b>Gestion du politique :</b> 1. fin de la tolérance aux déficits 2. disponibilité de la filière politique pour faire avancer des dossiers ex. révision ad hoc de base budgétaire, négociation pour remboursements de déficits</p>	<p><b>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</b></p> <p>Externe : investir dans les immos, obtenir des fonds et diversifier les sources de revenus (immos)</p> <p>Interne : faire des économies bien qu'elles ne permettent pas directement l'atteinte de l'équilibre</p> <p><b>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redressement difficile : application serrée contestée puis relâchement</li> <li>- redressement à 4 reprises</li> <li>- phase prend fin avec un déficit important en 1990-91 ("abondance" ne suffit pas à financer la hausse des activités)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filière politique utilisée</li> <li>• Recherche de l'équilibre</li> </ul>	<p><b>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</b></p> <p>Externe : obtenir des fonds et augmenter les activités de soins</p> <p>Interne : consolider les pratiques budgétaires</p> <p><b>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée tout au long de la phase</li> <li>- adoption de budget équilibré en début d'année</li> <li>- ralentissements (86-87 et 87-88) précèdent l'obtention d'une RBB en 1987-88</li> <li>-&gt; culture budgétaire de prudence</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filière politique utilisée</li> <li>• Maintien des traditions budgétaires contribue à l'atteinte de l'équilibre</li> </ul>

Phase 3 (1990-91 à 1993-94) Retour du stress financier		
	Pratiques de l'Hôpital 1	Pratiques de l'Hôpital 2
<p><b>Caractéristiques de l'environnement</b> État de l'économie : Ralentissement de l'activité et baisse des transferts du fédéral (endettement à la hausse)</p> <p><b>Octroi de contraintes et/ou de compressions</b> 1. Octroi de manques à gagner à partir de 1990-91 (ex. non indexation des intrants) 2. Octroi de contraintes paramétriques à partir de 1992-93</p> <p><b>Octroi du coût de système santé :</b> Disparition de la partie paramétrique (en 1991-92). Octroi selon des besoins prioritaires - l'octroi est conditionnel à l'atteinte de l'équilibre budgétaire</p> <p><b>Octroi d'enveloppes supplémentaires</b> Critères : 1. priorités gouvernementales 2. enveloppes ad hoc disponibles 3. Le MSSS peut tenir compte de l'avis du GTI avant d'octroyer certaines enveloppes 4. équilibre budgétaire (1989-90...)</p> <p><b>Gestion du politique :</b> 1. maintien de la non tolérance aux déficits 2. disponibilité de la filière politique pour faire avancer des dossiers ex. révision ad hoc de base budgétaire, obtention d'enveloppe de coûts de système pour des besoins prioritaires</p>	<p><b>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</b></p> <p>Externe : augmenter les activités de soins et obtenir des fonds - ajout de lits au permis associé, en partie au dossier de l'urgence, juste avant le virage ambulatoire</p> <p>Interne : faire des économies mais pas l'atteinte de l'équilibre</p> <p><b>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redressement difficile : - le retour à l'équilibre provient davantage de l'aide externe que des efforts internes</li> <li>- consommation rapide des ajustements de 91-92 et de 93-94</li> <li>- phase prend fin avec un déficit équivalent au Défi qualité performance malgré un plan mis en place</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filière politique utilisée</li> <li>• Recherche de l'équilibre via un troc "aide externe en échange d'efforts internes"</li> </ul>	<p><b>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</b></p> <p>Externe : initiatives de partenariat permettent le développement de l'oncologie pédiatrique et de la recherche</p> <p>Interne : poursuite d'initiatives de la phase 2 et une autre initiative permettent le maintien des pratiques budgétaires "traditionnelles" - mais essoufflement de celles-ci</p> <p><b>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée</li> <li>- adoption de budgets équilibrés en début d'année</li> <li>- ralentissement précède l'obtention d'une RBB en 1992-93</li> <li>-&gt; mais "consommé" rapidement</li> <li>?baisse de l'efficacité du dialogue interne/externe</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filière politique utilisée</li> <li>• Maintien des traditions budgétaires contribue à l'atteinte de l'équilibre - mais essoufflement de celles-ci</li> </ul>

	Modifications aux pratiques entre la phase 2 et la phase 3		Comparaison Hôpital 1 et Hôpital 2
	Hôpital 1	Hôpital 2	
<p>Qu'amène le passage d'une phase à l'autre pour les pratiques organisationnelles?</p> <p>Exemples d'indicateurs : 1. modification dans les initiatives internes et/ou externes 2. modification à la recette budgétaire</p>	<p>On semble pratiquer une gestion plus politique des pratiques budgétaires et à l'interne (ex. BBZM) et à l'externe</p> <p>2 des initiatives retenues sont des "réponses" à l'environnement : - le monitoring du GTI - la désignation du centre de traumatisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On note un essoufflement des pratiques budgétaires internes causé, en partie, par le retour des compressions</li> <li>- cet essoufflement s'accompagne d'un insatisfaction des directions (effet cumulatif des efforts)</li> <li>• Le recours au partenariat génère d'importantes ressources (ex. oncologie, recherche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La phase 3 est une période pour laquelle l'Hôpital 1 continue à augmenter ses activités de soins alors que l'Hôpital 2 diversifie ses revenus grâce au partenariat</li> <li>note : le niveau d'activités de l'Hôpital 1 continue d'augmenter ce qui est moins le cas pour l'Hôpital 2</li> </ul>

Tableau XXIX. Appréciation de l'évolution des pratiques financières des hôpitaux à l'étude en fonction de l'évolution de l'environnement (phase 3 et phase 4)

Phase 3 (1990-91 à 1993-94)		
Retour du stress financier	Pratiques de l'Hôpital 1	Pratiques de l'Hôpital 2
<p><b>Caractéristiques de l'environnement</b></p> <p><b>État de l'économie :</b> Ralentissement de l'activité et baisse des transferts du fédéral (endettement à la hausse)</p> <p><b>Octroi de contraintes et/ou de compressions</b> 1. Octroi de manques à gagner à partir de 1990-91 2. Octroi de contraintes paramétriques à partir de 1992-93</p> <p><b>Octroi du coût de système santé :</b> Disparition de la partie paramétrique (en 1991-92). Octroi selon des besoins prioritaires - l'octroi est conditionnel à l'atteinte de l'équilibre budgétaire</p> <p><b>Octroi d'enveloppes supplémentaires</b> Critères : 1. priorités gouvernementales 2. enveloppes ad hoc disponibles 3. Le MSSS peut tenir compte de l'avis du GTI avant d'octroyer certaines enveloppes 4. équilibre budgétaire (1989-90...)</p> <p><b>Gestion du politique :</b> 1. maintien de la non tolérance aux déficits 2. disponibilité de la filière politique pour faire avance des dossiers ex. révision ad hoc de base budgétaire, obtention d'enveloppe de coûts de système pour des besoins prioritaires</p>	<p><b>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</b></p> <p>Externe : augmenter les activités de soins et obtenir des fonds - ajout de lits au permis associé, en partie au dossier de l'urgence, juste avant le virage ambulatoire</p> <p>Interne : faire des économies mais pas l'atteinte de l'équilibre</p> <p><b>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</b></p> <p>* Redressement difficile : - le retour à l'équilibre provient davantage de l'aide externe que des efforts internes - consommation rapide des ajustements de 91-92 et de 93-94 - phase prend fin avec un déficit équivalent au Défi qualité performance malgré un plan mis en place</p> <p>* Filière politique utilisée * Recherche de l'équilibre via un troc "aide externe en échange d'efforts internes"</p>	<p><b>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</b></p> <p>Externe : initiatives de partenariat permettent le développement de l'oncologie pédiatrique et de la recherche</p> <p>Interne : poursuite d'initiatives de la phase 2 et une autre initiative permettent le maintien des pratiques budgétaires "traditionnelles" - mais essoufflement de celles-ci</p> <p><b>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</b></p> <p>* Application serrée - adoption de budgets équilibrés en début d'année - ralentissement précède l'obtention d'une RBB en 1992-93 -&gt; mais "consommé" rapidement * baisse de l'efficacité du dialogue interne/externe</p> <p>* Filière politique utilisée * Maintien des traditions budgétaires contribue à l'atteinte de l'équilibre - mais essoufflement de celles-ci</p>

Phase 4 (1994-95 à ...)		
Arrimage des règles de la gestion financière et réforme(s)	Pratiques de l'Hôpital 1	Pratiques de l'Hôpital 2
<p><b>Caractéristiques de l'environnement</b></p> <p><b>État de l'économie :</b> Crise des finances publiques - objectif du déficit zéro</p> <p><b>Octroi de contraintes et/ou de compressions</b> 1. Octroi de manques à gagner 2. Octroi de compressions interrégionales basées sur un per capita 3. Octroi de compressions intrarégionales pouvant être basées sur plusieurs critères (ex. NIRU, virage ambulatoire)</p> <p><b>Octroi du coût de système santé :</b> Disparition du coût de système santé - remplacé, à Montréal, par un Fonds d'équilibre pour des priorités s'inscrivant dans le plan régional d'organisation des services</p> <p><b>Octroi d'enveloppes supplémentaires</b> Critères : 1. priorités gouvernementales 2. le GTI continue le monitoring des urgences 3. on peut demander l'équilibre budgétaire ou le dépôt d'un plan prévoyant le retour de l'équilibre</p> <p><b>Gestion du politique :</b> 1. maintien de la non tolérance aux déficits ? 2. fin au recours à la filière politique avec la décentralisation administrative</p>	<p><b>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</b></p> <p>* Externe : bien que les initiatives retenues s'adressent à l'environnement interne, celles-ci visent à solidifier les assises budgétaires et, de là, contribuent à débloquer certains projets et à "assurer" la "crédibilité budgétaire" de l'Hôpital</p> <p>Interne : faire des économies, retour de l'équilibre et renforcer les pratiques budgétaires internes</p> <p><b>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</b></p> <p>* Application serrée - 2 redressements en 1995-96 - modification au plan (sur 4 ans) adopté avec l'accentuation des contraintes externes - certaines cibles de ce plan ne donnent pas les résultats prévus (ex. choix organisationnels et complémentarité avec le réseau)</p> <p>? Modification à la filière politique : on demande l'aide pour réaliser les plans budgétaires (ex. favoriser la complémentarité dans le réseau)</p>	<p><b>1. Caractéristiques des initiatives internes et externes</b></p> <p>Externe : pour obtenir du financement pour la recherche (ex. immos) et pour spécifier aux autorités que le déficit de 1996-97 est causé par l'environnement - décisions sur lesquelles l'hôpital n'a pas d'emprise donc pas de responsabilité budgétaire</p> <p>Interne : faire des économies, équilibrer le budget et consolider les pratiques budgétaires</p> <p><b>2. Pratiques budgétaires (application de la recette)</b></p> <p>* Application serrée - adoption de budgets équilibrés en début d'année en modifiant au moins 2 fois les pratiques internes (RUR puis réingénierie) - mais obtention d'un déficit en 1996-97 -&gt; ce déficit est contesté -&gt; l'hôpital se jugeant pénalisé par la réforme puisqu'on "oblige" la mauvaise gestion</p> <p>? Modification à la filière politique : on demande l'aide pour réaliser les projets de l'Hôpital (ex. modifier le mode de rémunération des médecins)</p>

Modifications aux pratiques entre la phase 3 et la phase 4

	Hôpital 1	Hôpital 2	Comparaison Hôpital 1 et Hôpital 2
Qu'amène le passage d'une phase à l'autre pour les pratiques organisationnelles?	* Un ajustement significatif aux pratiques budgétaires internes - retour de l'équilibre en 1995-96	* Un ajustement aux pratiques budgétaires permet le maintien de l'équilibre en 94-95 (année 1 du Défi qualité performance)	* L'Hôpital 2 ajuste plus rapidement ses pratiques budgétaires au retour des compressions budgétaires significatives que l'Hôpital 1
Exemples d'indicateurs :	Les 3 initiatives retenues visent d'ailleurs à solidifier les assises budgétaires de l'Hôpital	L'Hôpital 1 est à la recherche d'une nouvelle recette budgétaire "stable" (ex. la RUR est suivie de la réingénierie)	- bien qu'à partir de 1996-97, les 2 hôpitaux n'arrivent pas à équilibrer -> arrimage difficile réforme de la santé à la situation financière?
1. modification dans les initiatives internes et/ou externes			
2. modification à la recette budgétaire			

Tableau XXX. Caractéristiques des initiatives choisies

## Nombre d'initiatives ayant contribué à :

	Faire des économies	L'équilibre budgétaire	Consolider les pratiques budgétaires	Augmenter les activités de soins	Investir dans les immo (soins, rech)	Obtenir des fonds externes [directement]	Diversifier les sources de revenus (immos, rech)	Nbre d'initiatives traversant plus d'une phase
<b>PHASE 1</b>								
Hôpital 1	0	0	0	2	0	2	0	0
Hôpital 2	1	1	1	2	1	2	1	2
<b>PHASE 2</b>								
Hôpital 1	2	0	0	0	1	1	1	2
Hôpital 2	0	0	2	1	0	1	0	3
<b>PHASE 3</b>								
Hôpital 1	1	0	0	?2	0	1	0	2
Hôpital 2	0	1	0	1	1	2	2	2
<b>PHASE 4</b>								
Hôpital 1	2	1	1	0	0	0	0	0
Hôpital 2	1	2	1	0	1	1	1	1

tableau indique, pour chacune des phases et pour chaque hôpital, le nombre d'initiatives ayant contribué, entre autres, à faire des économies, à l'équilibre budgétaire, à consolider les pratiques budgétaires, etc. De même, la figure 8, intitulée "Horizon temporel des initiatives" permet d'apprécier la durée des différentes initiatives; par exemple, à la phase 1, l'initiative 1 de l'Hôpital 2 – appelée H2:I1 – s'étale sur trois (3) phases, de la phase 1 à la phase 3, alors que l'initiative 2 de l'Hôpital 1 – appelée H1:I2 – se déroule sur une seule phase.

Enfin, les figures 9 et 10 résument notre compréhension des résultats et l'évolution de ceux-ci en fonction des modèles de performance retenus. Les tracés des figures constituent une appréciation "qualitative", suggérant une approximation des résultats produits pour chacune des phases, et non pas une mesure fine ou "quantitative" de ces résultats. Ce type de figures s'apparente à la stratégie de décomposition temporelle (voir Langley, 1996, p. 17-18 pour la présentation de cette stratégie et Denis et collaborateurs (1995) pour un exemple d'application) laquelle contribue à comprendre comment les actions d'une phase transforment le contexte affectant la phase suivante.

L'annexe 3 comprend des tableaux complémentaires à ceux présentés dans cette section dont deux (2) tableaux – un pour chaque hôpital – illustrant l'influence des rôles budgétaires sur, d'une part, l'application de la recette budgétaire et sur, d'autre part, les caractéristiques des initiatives retenues. Le tableau intitulé "Caractéristiques de l'environnement" montre, dans un premier temps, l'évolution de l'environnement en fonction de dimensions telles l'état de l'économie et la gestion du politique (ex. recours à la filière politique) puis, dans un second temps, tente de répondre à quelques questions dont l'influence de la richesse de l'environnement sur ses pratiques (ex. allocation de contraintes budgétaires, tolérance aux déficits). Nous avons également inclus des tableaux synthétisant les recommandations des plans stratégiques déposés, durant la période retenue, par les deux (2) hôpitaux. Nous avons retenu les dimensions décrites par Denis, Langley et Lozeau (1991) pour décrire ces plans dont le domaine associé aux recommandations (ex. administratif, clinique), la nature de celles-ci (ex. expansion, efficience), leur degré de précision, leur importance stratégique et le niveau d'intégration de ces plans en fonction de quelques indicateurs.

Figure 8. Horizon temporel des initiatives

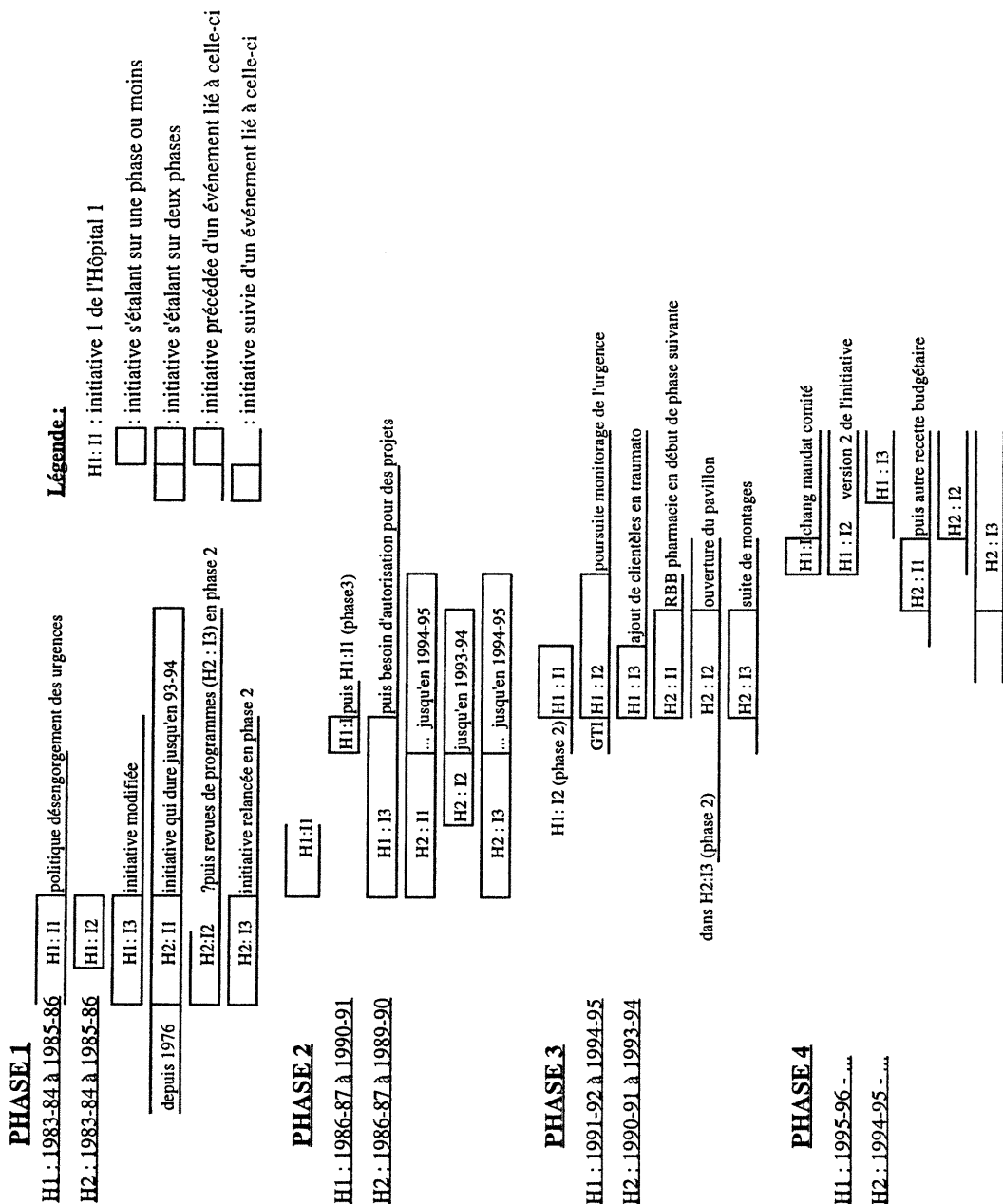
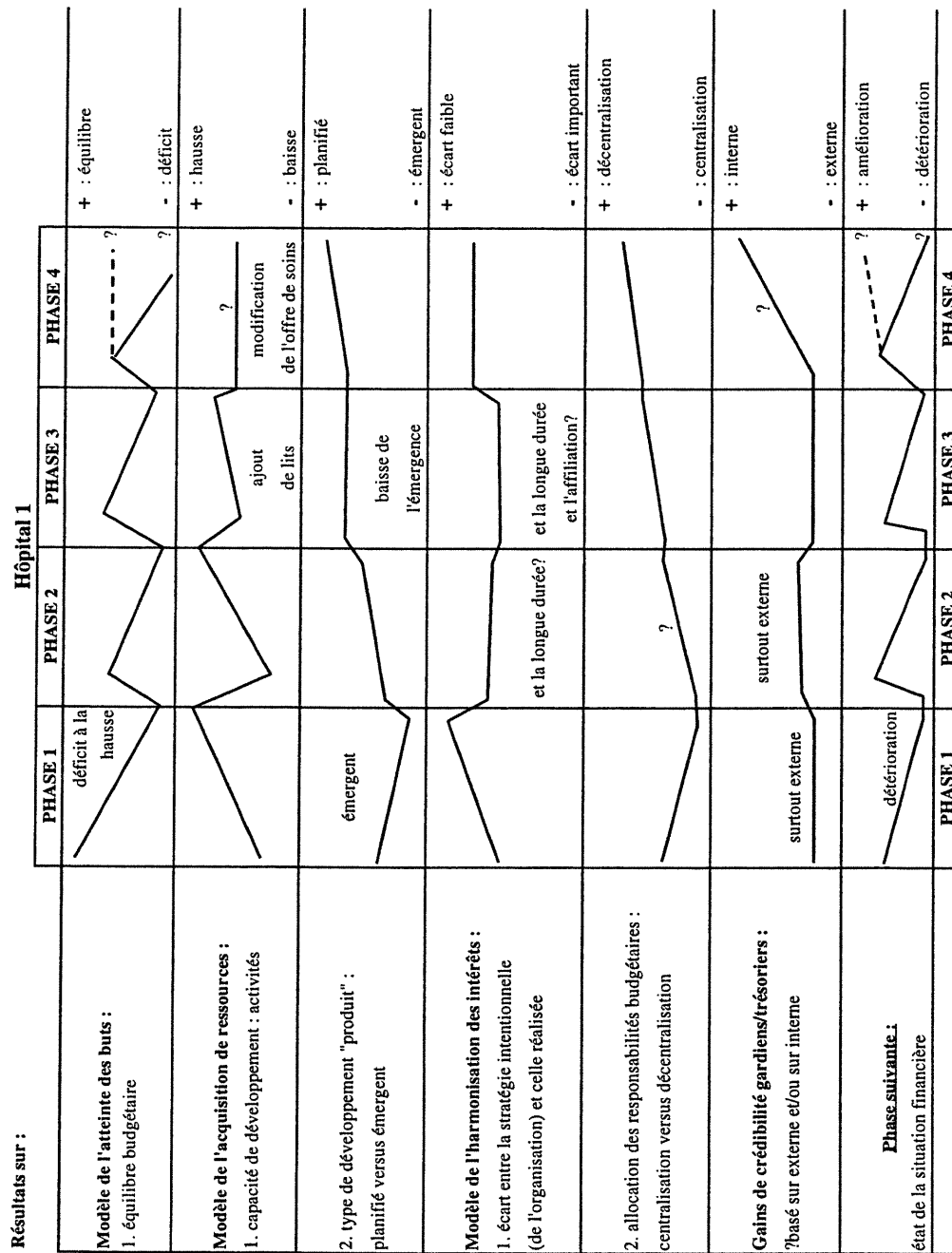


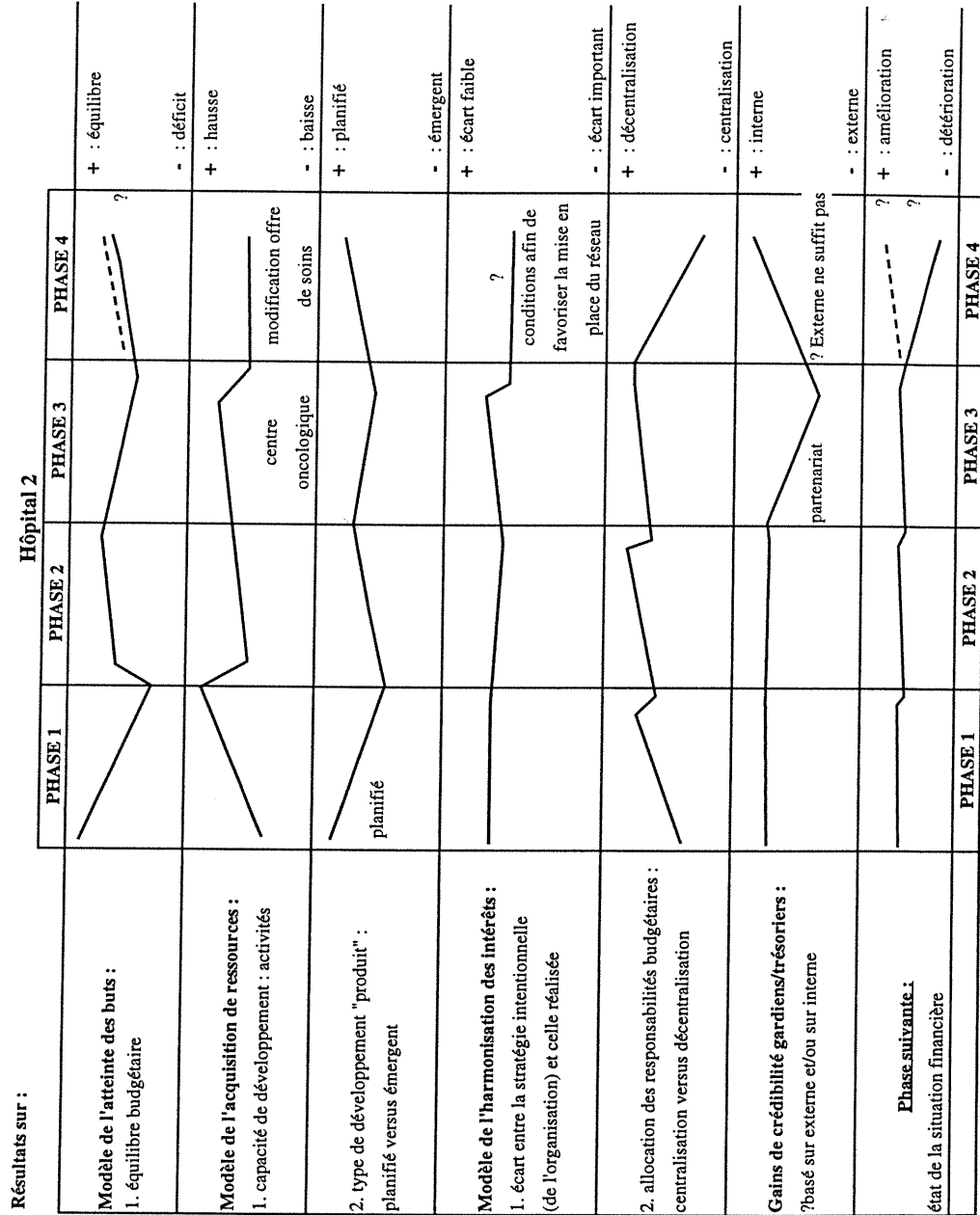


Figure 9. Évolution des résultats pour les différentes phases pour l'Hôpital 1



Note : Le pointillé est associé au caractère incertain (et politique) des déficits. En fait, en cas de remboursement, il n'y a pas nécessairement de détérioration de la situation financière.

Figure 10. Évolution des résultats pour les différentes phases pour l'Hôpital 2



Note : Le pointillé est associé au caractère incertain (et politique) des déficits. En fait, en cas de remboursement, il n'y a pas nécessairement de détérioration de la situation financière.

---

### ***4.3.2 Reprise des phases en fonction des rôles et des tactiques***

Au préalable à la présentation des propositions – lesquelles constituent notre réponse "finale" aux objectifs de la recherche – nous présentons une analyse des dynamiques financières-stratégiques en mettant l'emphase sur les liens entre les rôles et les tactiques. La structure de présentation comprend, pour chacune des phases, un résumé des caractéristiques de l'environnement et des résultats. Certains résultats divergent d'avec ceux incluent lors de la présentation des études de cas; par exemple, le type de développement n'est pas un indicateur inclu dans les études de cas. Nous avons également repris, pour chacune des phases, l'étiquetage de l'environnement et des hôpitaux.

#### **Phase 1 de l'environnement (1983-84 à 1985-86) : incitation à la saine gestion?**

Cette première phase de l'environnement fait suite à une crise économique majeure au Québec. Il s'en est suivi l'octroi de compressions pour les hôpitaux basé, en partie, sur la conciliation d'une méthode (MRBB) tenant compte de leur performance et de leur résultat budgétaire. Bien que les hôpitaux soient tenus responsables du premier 1% de leur déficit, on note une tolérance de l'environnement face aux déficits puisque ceux-ci sont remboursés en 1983 et en 1986.

Avec une détérioration des résultats budgétaires des hôpitaux et le retour d'un environnement plus abondant, une opération ad hoc du Ministère amène la révision des bases budgétaires d'hôpitaux déficitaires, un dernier remboursement des déficits – du moins pour près de quinze ans – en 1986 et l'abandon de la méthode utilisant la performance pour octroyer les compressions. Ainsi la tactique d'augmenter les revenus de l'établissement au moyen des déficits durant cette phase a été largement utilisée par les hôpitaux québécois et leur a été bénéfique, du moins en termes de développement et d'acquisition de ressources. L'effet "pervers" de cette tactique est le peu d'incitation à la saine gestion interne pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

#### **Hôpital 1 (1983-84 à 1985-86) : développement via déficits?**

La description incluse à la section de l'étude de cas – voir en 4.2.1.2 – montre que l'Hôpital 1, qui a la particularité d'être un hôpital à grand débit et productif, se

---

comporte lors de la phase 1 en suivant "l'air du temps" c'est-à-dire qu'il affiche des résultats budgétaires déficitaires particulièrement en 1984-85 et 1985-86. D'ailleurs les tactiques de l'Hôpital durant cette phase visent davantage l'augmentation du financement des activités de soins au moyen de fonds publics que le redressement budgétaire à l'interne (voir les tableaux XXIII et XXX).

Le choix de ces tactiques est cependant cohérent avec la distribution des rôles budgétaires au sein de l'organisation. En effet, les tensions médico-administratives jumelées à une centralisation des questions budgétaires et financières font en sorte de rendre peu probable une application serrée et consensuelle de la recette budgétaire en vue de revenir à l'équilibre budgétaire. Il est difficile pour les gardiens de jouer pleinement leur rôle à l'interne, par exemple pour le contrôle des dépassements budgétaires, d'autant plus que lorsqu'ils sont en position de consommateurs, vis-à-vis l'environnement, ils contestent les outils d'allocation des ressources (ex. MRBB). L'on peut penser que jumelé aux remboursements des déficits, il en résulte une prédominance des arguments des consommateurs de ressources (ex. hausse des besoins, évolution technologique) sur ceux des gardiens. Il s'ensuit, avec un certain relâchement de la recette budgétaire, une détérioration des résultats budgétaires en fin de la phase 1.

Non seulement ce choix de tactiques est cohérent avec la distribution des rôles, mais il n'est pas nécessairement pénalisant en termes d'acquisition de ressources et de développement pour l'Hôpital (voir la figure 9 sur les résultats). Le développement produit grâce, en partie du moins, aux déficits est davantage émergent que planifié, du moins si l'on en juge par l'utilisation effective des orientations stratégiques de l'Hôpital dans ses planifications budgétaires. En effet, il n'y a pas de suivi donné à court terme à ces orientations en termes de budgétisation interne. Cependant les orientations stratégiques ont servi à alimenter deux (2) des initiatives retenues pour les entretiens (projet de rénovation globale, augmentation des ressources en lits aigus) et, de là, semblent davantage viser l'apport de fonds externes pour le financement de projets que la consolidation des méthodes de planification budgétaire. Par ailleurs, l'écart entre la stratégie intentionnelle de l'Hôpital et celle réalisée est faible, du moins si l'on en juge par les initiatives retenues.

---

Le partage des rôles, se traduisant entre autres par une forte centralisation des affaires budgétaires, sera cependant moins efficace à la phase suivante lorsque l'Hôpital devra procéder à un redressement budgétaire. Un des résultats également moins positif est celui des gains d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gardiens et les trésoriers. En effet, l'obtention de ces gains est conditionnel à l'ajout de ressources provenant de l'externe. Cet ajout est probablement jugé insuffisant par des acteurs de l'interne si l'on considère le besoin d'un redressement dès 1986-87 alors que l'Hôpital vient d'expérimenter une révision (jugée insuffisante) de sa base budgétaire et un remboursement de ses déficits.

### **Hôpital 2 (1983-84 à 1985-86) : développement via saine gestion?**

Durant cette phase, l'Hôpital 2 se comporte conformément à sa philosophie de déficit zéro mise en place lors d'un redressement budgétaire antérieur et, dès lors, ne suit pas "l'air du temps". Cependant l'une des initiatives de cette phase vise le maintien de cette philosophie et ce, en obtenant une révision à la hausse de la base budgétaire. Cette révision suit la démonstration d'une sousbudgétisation malgré l'atteinte de résultats budgétaires équilibrés. Cette initiative permet, d'une part, de consolider les pratiques budgétaires à l'interne et, d'autre part, d'obtenir des fonds supplémentaires lesquels vont être investis dans la marge de manoeuvre et alloués entre les différentes directions lors des Lac-à-l'Épaulé. Cette initiative contribue également à faciliter le rôle de gardien au sein de l'Hôpital que ce rôle soit joué par des gestionnaires non professionnels que par ceux ayant également des responsabilités cliniques. Ainsi l'Hôpital n'est pas nécessairement pénalisé durant cette phase par ses pratiques de saine gestion bien qu'il n'a pas vu sa base budgétaire révisée en fin de phase à l'encontre d'hôpitaux déficitaires.

Le maintien de la philosophie de déficit zéro (ou presque), antérieurement à la révision de la base budgétaire en 1984-85, s'explique, en partie du moins, par l'allocation des rôles budgétaires à l'interne : il y aurait un bon partenariat médico-administratif et un niveau élevé de décentralisation des directions. Mais avec la contestation de l'environnement par le réseau des hôpitaux, l'initiative est importante pour les gardiens et les trésoriers; en effet, il importe de démontrer l'efficacité du processus budgétaire interne afin de pouvoir maintenir l'application serrée de la recette budgétaire et cette distribution des rôles.

---

Il s'ensuit également des gains d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gestionnaires et les trésoriers se répercutant, en partie du moins, au niveau de la stratégie de l'Hôpital. Ces gains s'appuient sur un dialogue efficace interne/externe, c'est-à-dire sur un processus budgétaire interne renforcé par l'obtention de fonds externes. Ces initiatives produisent également des résultats positifs en termes d'acquisition de ressources, de développement et un écart jugé faible entre la stratégie intentionnelle de l'organisation et celle réalisée. Par ailleurs, l'un des impact positif pour la phase suivante, alors que l'environnement ne tolère plus les déficits, est que l'Hôpital n'a pas à changer ses façons de faire afin d'atteindre l'équilibre budgétaire.

Enfin le développement produit est davantage planifié et collectif puisque le processus budgétaire interne inclut la distribution de la marge de manoeuvre entre les directions. Ce développement s'appuie, du moins partiellement, sur ses orientations stratégiques et provient de l'ajout de fonds externes (ex. la révision de la base budgétaire) et de fonds internes recyclés, c'est-à-dire les efforts annuels de productivité et généralement paramétriques des directions. Ces orientations stratégiques se traduisent également dans l'initiative d'un projet d'immobilisations, lequel comprend un financement tripartite : le Ministère, le Conseil régional et les résultats d'une campagne publique de souscription de la Fondation.

### **Phase 2 de l'environnement (1986-87 à 1989-90) : plus grande incitation à la saine gestion et abondance**

À la phase précédente, la conjoncture économique difficile alliée à l'augmentation de la demande de soins auraient contribué à la dégradation de la situation financière dans plusieurs établissements. Avec une hausse de l'inquiétude face à l'accessibilité et à la qualité des soins et services, le Ministère met en place des moyens pour corriger la situation dont la révision de la base budgétaire d'hôpitaux déficitaires, le remboursement des déficits d'opération et la mise en place d'un coût de système "santé" lequel tient compte de facteurs d'augmentation des coûts, autres que l'inflation, pouvant affecter la situation financière des hôpitaux (ex. évolutions technologique et démographique). C'est également le retour d'un environnement plus abondant si l'on en juge par la fin de l'imposition de

---

contraintes budgétaires et de l'octroi de fonds pour un plan triennal (1986 à 1989) pour désengorger les urgences.

Suite aux mesures mises en place, le Ministère s'attend à l'atteinte de résultats équilibrés avec, si besoin est, le dépôt de plans de redressement. Avec la fin de l'utilisation de méthodes tenant compte de la performance, l'indicateur de résultat privilégié devient l'équilibre budgétaire. La rentabilité de la tactique des déficits d'opération de la phase précédente peut maintenant résulter en des difficultés pour l'obtention de ressources; par exemple l'octroi du coût de système "santé" en 1989-90 est conditionnel à l'atteinte de l'équilibre de 1988-89.

### **Hôpital 1 (1986-87 à 1990-91) : développement via l'urgence?**

Le caractère inapproprié de la distribution des rôles en ce qui a trait à l'atteinte de l'équilibre budgétaire apparaît en début de phase. En effet, l'Hôpital a à procéder à un redressement de sa situation budgétaire, redressement difficile en l'absence d'un consensus à l'interne sur le choix d'un scénario – un de ces scénarios propose la fermeture de 60 lits aigus pour toute l'année 1986-87 – puis par une rotation élevée au sein de l'équipe de direction (ex. directeurs généraux, directeurs des finances).

Il y a cependant un certain réalignement vers l'atteinte de l'équilibre budgétaire. L'octroi de fonds externes, par exemple pour le désengorgement des urgences, semble cependant davantage contribué à l'atteinte de l'équilibre budgétaire que les efforts internes bien que ceux-ci ne soient pas négligeables; l'Hôpital a recouru aux plans de redressement à quatre (4) reprises durant la phase. Ainsi les pratiques et des initiatives mises en place permettent de générer des économies.

L'application assez serrée de la recette budgétaire semble suivie d'un essoufflement des pratiques budgétaires internes – l'Hôpital étant possiblement en récupération tout au long de la phase avec le dépôt à presque tous les ans de plans de redressement – si l'on en juge par le résultat d'un déficit important en 1990-91. L'analyse des causes du déficit pointe le sous-financement de secteurs (ex. hémodialyse, médicaments) et l'insuffisance du coût de système "santé" qui sert non seulement au rattrapage technologique mais également à régulariser des secteurs déficitaires.

---

Ainsi lors de cette phase, le rôle de gardien semble pouvoir reprendre une place significative – aidée en cela par la relative abondance de l'environnement et la fin des remboursements des déficits – surtout en début de phase. Cependant, la hausse de la demande de soins jumelée à une rotation élevée de certains gardiens (ex. directeur général, directeur des finances) et à une imputabilité "imparfaite" des directions vis-à-vis l'atteinte de l'équilibre budgétaire – en fait, cet objectif n'est pas obligatoire malgré une certaine diminution de la centralisation des affaires budgétaires – font en sorte que les arguments des consommateurs de ressources l'emportent sur ceux des gardiens. Il s'ensuit le retour à des résultats déficitaires particulièrement à la fin de cette phase.

Les gains d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gardiens et les trésoriers sont possibles mais ils semblent plus fonction de gains provenant de l'externe, en vue de justifier des fonds additionnels, que de l'amélioration des pratiques budgétaires internes et ce, grâce à l'emploi d'outils de contrôle montrant les écarts entre les budgets accordés et les dépenses réelles. Ces écarts proviendraient de l'insuffisance des fonds de l'environnement pour financer l'augmentation des activités d'où la réalisation de déficits. L'un des impacts pour la phase suivante de l'essoufflement des pratiques internes et du non réaligement des rôles entre les acteurs est une gestion accrue des relations avec le politique, gestion amorcée par un plan de redressement en 1990-91.

Avec la relative abondance des ressources, la capacité de développement de l'Hôpital est demeurée intéressante – si l'on en juge par l'augmentation des activités – et le développement produit demeure surtout émergent quoique la campagne de souscription de la Fondation vise l'acquisition d'immobilisations spécifiques (ex. résonance magnétique). L'écart entre la stratégie intentionnelle de l'Hôpital et celle réalisée semble faible bien que les projets de la campagne de la Fondation vont être retardés à cause, en partie du moins, du monitoring de la situation de l'urgence par le GTI à partir de 1990-91.

Par ailleurs, le nombre de lits de soins prolongés au permis augmente avec l'octroi de fonds pour la problématique de l'urgence. La mission de l'Hôpital, laquelle n'a pas été renouvelée lors de cette seconde phase, ne comprend pas le développement



de ce secteur. On note également un certain assèchement du fonds d'immobilisations de l'Hôpital se reflétant, entre autres, par la baisse au recours de l'avoir propre suite au remboursement d'un déficit pour un dossier en litige avec le Ministère.

**Hôpital 2 (1986-87 à 1989-90) : développement par projets et objectifs**

Le caractère approprié de la distribution des rôles budgétaires, du moins en ce qui a trait à l'objectif de l'équilibre, apparaît dès le début de la phase alors que l'Hôpital maintient ses façons de faire afin d'obtenir des résultats équilibrés. L'Hôpital procède à deux (2) ralentissements d'activités, sur une période d'un mois en 1986-87 et de quatre (4) mois en 1987-88, pour favoriser l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Il y a une certaine analogie avec une tactique de la phase précédente alors que l'Hôpital parvient à démontrer une sousbudgétisation par rapport aux hôpitaux adultes et pédiatriques alors qu'il n'a pas expérimenté de révision de sa base budgétaire lors de l'opération Blitz. L'Hôpital obtient un coût de système "santé" additionnel en 1987-88 et l'année financière prend fin avec un léger surplus dans un contexte d'augmentation de la lourdeur des cas en néonatalogie et du volume des activités ambulatoires.

Cet octroi favorise le maintien de l'influence des gardiens et des trésoriers, des pratiques budgétaires à l'interne et, de là, de l'importance du rôle de gardien – joué à la fois par des gestionnaires professionnels et des gestionnaires non professionnels – pour l'attribution de cet octroi. Cela permet également le maintien du dialogue efficace entre l'interne et l'externe lequel s'appuie, tout comme à la phase précédente, sur la "récompense" par l'environnement des pratiques saines à l'interne. L'octroi de ce coût de système "santé" additionnel est d'ailleurs suivi de révisions de la base budgétaire de plusieurs directions en 1988-89.

Ces pratiques budgétaires sont également consolidées par les initiatives de la gestion par objectifs et du dépôt de projets prioritaires (ex. projets interdirections) pour l'allocation de la marge de manoeuvre. Cette dernière initiative vise à corriger la forte compétition pour les ressources entre les directions alors que l'autonomie de gestion et l'imputabilité budgétaire sont valorisées. La prudence de

la culture budgétaire interne se traduit par une stabilisation des heures travaillées lors de cette phase. Est-ce un début d'essoufflement des pratiques budgétaires, mais toujours est-il que le partage des responsabilités budgétaires sera mis à l'épreuve à la phase suivante.

Les orientations stratégiques ont été mises à jour en début de phase. Celles-ci alimentent la gestion par objectifs, mise en place avec l'arrivée d'un nouveau directeur général et du dépôt des orientations, le dépôt de projets prioritaires et les "revues de programmes". Ces revues constituent des présentations standardisées de projets pour lesquels l'Hôpital cherche à obtenir du financement externe. Il s'ensuit que le développement produit demeure majoritairement planifié bien que l'émergence demeure (ex. hausse imprévue d'activités).

L'abondance relative des ressources durant cette phase favorise l'acquisition de ressources et le développement de l'Hôpital. L'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée est faible si l'on en juge par les initiatives retenues. Enfin, les pratiques budgétaires contribuent aussi à générer des fonds pour les immobilisations. Par exemple, l'obtention de résultats équilibrés permet le transfert de fonds à l'avoir propre et une partie de la marge de manoeuvre annuelle peut être allouée à des dossiers d'immobilisations (ex. aménagement).

### **Phase 3 de l'environnement (1990-91 à 1993-94) : retour du stress financier**

Lors de cette phase, l'environnement est non seulement moins abondant mais il semble également produire davantage de normes. Cette phase fait suite à la réflexion sur le fonctionnement, l'organisation et le financement du système de soins amenée par la Commission d'enquête sur les services de santé et sur les services sociaux (CESS, 1988). L'actualisation de recommandations de la CESS débute lors de cette phase et se traduit, entre autres, par une révision de la Loi sur les services de santé et des services sociaux en 1991, laquelle annonce une réforme administrative du système de soins, et par l'adoption de la Politique de santé et du bien-être en 1992.

Alors que la base du financement du système de soins jugé raisonnable au moment du dépôt du rapport de la Commission est le taux d'inflation plus 3,5%, le document ministériel produit en 1991 "Un financement équitable à la mesure de

---

nos moyens" stipule plutôt que le niveau maximal de la richesse collective à allouer pour le financement de la santé est atteint et que la dotation des ressources est suffisante. La donne semble avoir changée avec un intérêt plus marqué pour la problématique de l'endettement au Québec suite à un ralentissement de l'activité économique et d'une diminution des transferts du palier fédéral.

La phase 3 marque donc le retour de contraintes budgétaires et de manques à gagner pour les hôpitaux. Par exemple, les ajustements apportés aux budgets tiennent compte partiellement de l'inflation à partir de 1990-91. L'indicateur de contrôle de la gestion financière des hôpitaux demeure l'équilibre budgétaire. Après la diminution, amorcée à la phase précédente, de la partie paramétrique du coût de système "santé", celle-ci disparaît en 1991-92. Cette enveloppe demeure mais elle est allouée à des besoins dits prioritaires. Selon l'Association représentant les hôpitaux, ce changement peut conduire à une gestion à la pièce au niveau central; cela va à l'encontre des orientations de décentralisation et de responsabilité de gestion alors que les pressions sur les ressources demeurent présentes (ex. vieillissement de la population).

Deux (2) autres dossiers de l'environnement ont pu influencer les dynamiques financières-stratégiques retenues. L'un est lié à la création du GTI à l'hiver 1990. En effet, on note une persistance aux problèmes d'encombrement dans les salles d'urgence malgré le plan de désengorgement mis en place à la phase précédente. Dans un premier temps, le GTI est mandaté pour faire des recommandations au Ministre telles la retenue de budget de développement, de réaménagement et d'immobilisation pour les hôpitaux ne parvenant pas à résoudre les problèmes à l'urgence. Cependant il y a une accentuation des pénalités alors, qu'à partir de 1993-94, le GTI peut proposer des pénalités financières, correspondant à 0,5% du budget de fonctionnement, aux hôpitaux ne rencontrant pas certains objectifs de résultat (ex. durée de séjour sur civière). Un autre dossier significatif est celui de la rationalisation des ressources universitaires. Cette rationalisation devrait se traduire par la réduction du nombre d'hôpitaux universitaires. Des discussions s'amorcent avec, entre autres, l'établissement de conditions à la désignation de ces centres bien que les désignations comme telles auront lieu à la phase suivante.

---

### **Hôpital 1 (1991-92 à 1994-95) : troc de l'aide externe en échange d'efforts de saine gestion**

Alors que la phase précédente prend fin avec un déficit important en 1990-91, suite à un essoufflement des pratiques budgétaires internes et à une révision insuffisante du partage des rôles budgétaires – du moins pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire –, la phase 3 se caractérise par une accentuation de la gestion du politique de l'Hôpital. Par exemple, alors que le plan de redressement 1990-91 envisageait le remboursement du déficit de 1990-91 à partir des résultats de 1991-92 et de 1992-93, la version de la planification budgétaire de l'Hôpital de juin prévoit un déficit de 2M\$ pour 1991-92. Il n'est donc plus possible d'économiser, d'une part, pour atteindre l'équilibre budgétaire et, d'autre part, pour rembourser la dette. En fait la gestion accrue du politique se traduit plutôt par l'obtention "d'oxygène pour fonctionner" pour l'Hôpital, c'est-à-dire une révision de sa base budgétaire en 1991-92.

Ainsi le redressement budgétaire nécessaire pour éviter les sanctions associées aux déficits budgétaires provient davantage de fonds externes que d'efforts internes – d'où l'appellation du titre de cette phase – quoique l'Hôpital met en place des initiatives (ex. BBZM) pour faire des économies. Le redressement semble plus attribuable à une gestion efficace du politique avec l'externe, si l'on en juge par l'octroi d'une révision de base budgétaire en 1991-92 et par l'obtention de lits au permis en 1993-94 peu avant le virage ambulatoire, qu'à une maîtrise accrue de la gestion financière de l'Hôpital qu'aurait pu amener, entre autres, l'exercice du BBZM.

Il s'ensuit une certaine stabilité des rôles budgétaires. En présence d'une gestion politique, le consommateur de ressources – joué à la fois par des gardiens vis-à-vis l'environnement et par des consommateurs à l'interne – semble en quelque sorte l'emporté sur le gardien malgré les mesures d'économies mises en place. Plusieurs facteurs semblent converger en ce sens dont l'augmentation des activités, la remise en question de l'affiliation universitaire et le dossier de l'urgence. Dans un hôpital à gros volume et productif, il semble difficile d'arrimer équilibre budgétaire et performance. Il s'ensuit également que l'emploi des outils

---

de contrôle continuent de mettre l'emphase sur les écarts entre les budgets prévus et les dépenses réelles et que les gains d'influence et de marge de manoeuvre pour les gardiens demeurent sujets à l'obtention de fonds externes.

Cette gestion du politique, bien qu'intéressante en termes d'acquisition de ressources et de développement pour l'Hôpital, n'est pas efficace en termes d'atteinte de résultats budgétaires équilibrés particulièrement en fin de phase alors qu'avec la décroissance des budgets amenée par la première année d'application du Défi qualité performance celle-ci se termine avec un déficit équivalent ou presque aux efforts budgétaires demandés. L'Hôpital n'a pas réussi non plus à débiter le remboursement de sa dette (ex. déficit de 1990-91) laquelle augmente, par ailleurs. On note cependant un processus de dégel (ex. plan d'économies en fin d'année 1994-95) qui devrait amener des changements dans les pratiques et la distribution des rôles budgétaires et qui devra s'accroître à la phase suivante alors que la décentralisation administrative du système de soins va rendre caduque la gestion politique "à l'ancienne". Ce dégel fait possiblement suite au processus d'apprentissage lié à l'exercice du BBZM.

Malgré le retour du stress financier, l'acquisition de ressources semble intéressante (ex. révision de la base budgétaire de 1991-92, ajout de lits au permis en 1993-94) et contribue au développement de l'Hôpital. Le développement semble moins émergent que lors des phases antérieures. Cela s'explique, en partie du moins, par l'allocation de fonds du Ministère en fonction de priorités : par exemple, l'Hôpital obtient des fonds lors de sa désignation comme centre de traumatologie tertiaire – quoique ces fonds soient insuffisants selon l'Hôpital et que, conséquemment, avec l'augmentation de la demande, ce secteur contribue au déficit de l'Hôpital à la phase suivante – et des enveloppes pour la cardiologie tertiaire, l'hémodialyse et la gériatrie. Par ailleurs, l'obtention d'une désignation de centre de traumatologie est jugée importante pour l'Hôpital puisqu'elle est associée à la volonté de préserver l'affiliation universitaire. Cette affiliation est contestée durant cette phase. L'Hôpital met également à jour ses orientations stratégiques et des décisions vont favoriser le développement de quelques-unes d'entre elles (ex. traumatologie, cardiologie tertiaire).

Également durant cette phase, la capacité de développement de l'Hôpital est demeurée intéressante alors que des initiatives mises en place permettent d'augmenter les activités de soins. Cependant des projets, particulièrement des projets d'immobilisations (ex. résonance magnétique), ont été retardés à cause du monitoring de la situation à l'urgence et de la situation budgétaire; ainsi le non réalignement pour une place plus "centrale"/significative pour les gardiens – que pourraient jouer les gestionnaires professionnels et non professionnels – nuit à l'avancement de projets de l'Hôpital. Enfin, l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée est faible en regard des initiatives retenues bien que l'incertitude du statut universitaire inquiète l'Hôpital et que les activités de longue durée continuent d'augmenter. Le document des orientations stratégiques ne considère pas la longue durée comme un secteur d'excellence à consolider bien que la prise en charge spécifique et adaptée de la personne âgée à toutes les étapes du séjour hospitalier soit incluse comme une orientation pouvant nécessiter l'injection de ressources additionnelles.

#### **Hôpital 2 (1990-91 à 1993-94) : complexification et/ou partenariat**

Le caractère toujours approprié du partage des rôles budgétaires pour l'atteinte de résultats équilibrés s'explique par le maintien des façons de faire de l'Hôpital et comprend la poursuite d'initiatives de la phase précédente. Ces initiatives sont la gestion par objectifs soutenues par de nouvelles orientations stratégiques et le dépôt de projets prioritaires pour l'allocation de la marge de manoeuvre lors des Lac-à-L'Épaulé. Cependant l'essoufflement des pratiques budgétaires, annoncé à la phase précédente, s'accroît et sera suivi de modifications importantes aux façons de faire, particulièrement de la recette budgétaire, à la phase suivante. Ces changements vont se faire simultanément à l'octroi des efforts budgétaires demandés la première année d'application du Défi qualité performance (1994-95) et suite à l'arrivée d'un nouveau titulaire à la direction des finances.

L'initiative de la prise en charge des directions du déficit du secteur des médicaments en 1991-92 et 1993-94 illustre le maintien de l'application serrée de la recette budgétaire quoique simultanément elle révèle l'essoufflement des pratiques budgétaires. Il est cependant difficile de dire si cette initiative reflète une trop forte décentralisation de responsabilités budgétaires et qui pourrait

---

s'exprimer par l'inverse du biais budgétaire, c'est-à-dire par un effort budgétaire difficile à réaliser. En d'autres termes, est-ce que l'organisation en demande trop à des gardiens et/ou encore assiste-t-on à un contrôle insuffisant des dépenses de ce secteur alors que deux (2) directeurs se succèdent à la direction concernée durant cette phase. En effet, les activités et les objectifs mises en place dans cette thèse ne permettent pas de répondre à ce type d'interrogation. Cependant la prise en charge du déficit des médicaments ne va pas sans créer des insatisfactions pour les directions ainsi pénalisées, généralement des directions de soins, qui expérimentent alors une hausse de contraintes internes. La solidarité interdirection est alors mise à l'épreuve et il semble y avoir des tensions entre les gardiens et les consommateurs de ressources.

En plus du dossier des médicaments, d'autres facteurs contribuent à l'essoufflement des pratiques budgétaires dont le cumul sur une longue période des contraintes internes, particulièrement l'effet cumulatif des efforts de productivité alimentant la marge de manoeuvre, le retour de contraintes externes – lesquelles sont par ailleurs à la hausse – et par ce qui semble être une baisse de l'efficacité du dialogue entre les pratiques saines à l'interne récompensées par l'externe. La baisse de l'efficacité du dialogue interne/externe est ici assimilée à ce qui semble être une consommation rapide d'un ajustement budgétaire en 1992-93. En effet, dès l'année suivant l'obtention de ce réajustement l'Hôpital devra procéder à un redressement budgétaire se traduisant par une diminution du développement annoncé.

Ce réajustement a été précédé par un ralentissement d'activités en 1991-92, causé en partie par le déficit appréhendé dans le dossier des médicaments, afin d'obtenir un résultat budgétaire équilibré. L'Hôpital reprend alors une façon de faire efficace par le passé, c'est-à-dire qu'il dépose un dossier démontrant une sousbudgétisation par rapport à un autre hôpital pédiatrique de la région de Montréal dans le cadre d'une enveloppe de coût de système non paramétrique pour maintenir l'accessibilité aux services et satisfaire les besoins de la clientèle. Cependant ce dialogue interne/externe sur lequel l'Hôpital a misé depuis la phase 1 – en résumé une gestion du politique en alléguant sa performance administrative et technique – n'est plus disponible à la phase suivante avec la

---

consolidation des responsabilités budgétaires aux Régies régionales. Conséquemment cette façon de contribuer au maintien d'un espace significatif, et d'une marge de manoeuvre, pour les gardiens de ressources – particulièrement pour les trésoriers – n'est plus disponible en phase 4.

Le retour de contraintes budgétaires provenant de l'environnement ne semble pas avoir trop d'effets négatifs sur l'acquisition de ressources et le développement de l'Hôpital. En effet, grâce à des initiatives misant sur le partenariat, l'Hôpital obtient des ressources importantes pour la recherche et pour l'implantation d'un centre d'oncologie pédiatrique. Cette dernière initiative s'inscrit parfaitement dans les orientations stratégiques mises à jour par l'Hôpital en début de phase et permettra d'investir dans les immobilisations, de diversifier les sources de revenus et d'augmenter les activités de soins dans ce secteur d'activités.

Enfin, l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée apparaît faible en regard des initiatives choisies. À l'instar des phases précédentes, le développement est, en grande partie du moins, planifié et provient comme à l'accoutumée des efforts internes et de l'obtention d'enveloppes du Ministère pour des dossiers spécifiques (ex. néonatalogie, greffes hépatiques, fibrose kystique). La capacité de développement de l'Hôpital est assurée, en partie du moins, par l'implantation prochaine du centre d'oncologie pédiatrique bien qu'il y a une certaine stabilité dans le niveau des activités du moins pour les hospitalisations. L'Hôpital modifie son offre de soins si l'on en juge par une augmentation des activités ambulatoires se traduisant, entre autres, par la baisse du nombre de lits dressés. Cependant les montages financiers pour la recherche ne génèrent pas d'effet de levier pour la phase suivante. Il s'ensuivra une baisse du financement pour les activités de recherche laquelle sera à corriger puisque l'Hôpital se voit confirmer sa vocation universitaire en 1995.

#### **Phase 4 de l'environnement (1994-95 à ...) : arrimage réussi des règles de gestion financière et des réformes?**

Le réseau de la santé et des services sociaux traverse, en phase 4, une période de turbulence, de complexification dans l'allocation des ressources et de diminution des ressources. Cette phase débute avec le dépôt du Défi qualité performance



---

lequel interpelle le réseau – dans ce qui est appelé la réforme ou la transformation – à modifier les façons de faire cliniques, administratives et organisationnelles et à contribuer au redressement des finances publiques.

La commande des efforts budgétaires annoncée en 1994-95 est majorée suite au consensus obtenu autour de l'objectif du déficit zéro du gouvernement provincial à l'automne 1996. Ces efforts budgétaires incluent des manques à gagner tels les non indexations des dépenses non salariales puis des dépenses salariales à partir de 1995-96. Crise des finances publiques oblige, à ces manques à gagner s'ajoutent des compressions, c'est-à-dire des réductions de budget. Alors qu'au départ les compressions budgétaires prévues sur trois (3) et appliquées à partir de 1994-95 étaient estimées à 750M\$, Turgeon et Sabourin (1996) évaluent les compressions budgétaires à 1,4 milliard de dollars pour la période 1995-1998. Par ailleurs et selon l'AHQ (1998), les établissements à vocation hospitalière ont eu à absorber 80% des compressions.

Une partie des efforts budgétaires s'intègrent dans les plans régionaux d'organisation des services (PROS) pilotés par les Régies régionales lesquelles ont remplacé les Conseils régionaux avec la décentralisation administrative. L'une des lignes directrices des PROS, le virage ambulatoire, touche les pratiques des hôpitaux et va résulter en une modification de l'offre de soins (ex. diminution de lits dressés de courte durée, augmentation des interventions de court séjour). À la phase 4, le couplage efficace des hôpitaux avec l'environnement nécessite toujours des pratiques de saine gestion auxquelles s'ajoutent des indicateurs de réalisation des PROS dont, du moins à Montréal, la performance des salles d'urgence.

La complexification de l'allocation des ressources se traduit d'au moins deux (2) façons. D'une part, les compressions budgétaires allouées aux différentes régions du Québec s'inscrivent dans la volonté de favoriser une meilleure équité interrégionale. La méthode utilisée résulte pour certaines régions en l'obtention de compressions proportionnellement plus élevées que leur dotation de ressources – c'est le cas de Montréal – alors que d'autres régions expérimentent la situation inverse. D'autre part, il y a le retour de la performance économique (efficience) pour l'allocation de compressions. Certains efforts demandés aux établissements

---

sont également distribués en tenant compte de critères incluant cette dimension (ex. NIRU).

La turbulence provient de l'ampleur et de la vitesse pour implanter les changements de la réforme alors que la réduction significative des revenus des établissements ne s'accompagne pas de changements substantifs dans la dynamique même du système de soins. Le caractère cumulatif des compressions auquel s'ajoute l'absence de financement des coûts de transition (ex. employés redéployés provenant d'établissements fermés) pèsent lourd sur les hôpitaux alors que, par exemple, la déréglementation attendue ne s'est pas concrétisée et qu'en l'absence d'une révision du panier de services tout effort de redressement est sujet au maintien de l'accessibilité aux services. La transformation du système de soins n'a pas amené également de modification aux modalités de financement telle une harmonisation plus forte des modes de rémunération des professionnels oeuvrant en établissement et celui des hôpitaux.

La perturbation dans le calendrier des efforts budgétaires associés au Défi qualité performance suite à l'ajout de l'objectif gouvernemental du déficit zéro à l'automne 1996 reflète également cette turbulence. À l'ajout de compressions non prévues – est-ce le reflet d'une commande budgétaire de l'environnement difficile à réaliser pour les établissements? – s'accompagne une détérioration rapide de la situation budgétaire des hôpitaux. La comparaison des résultats budgétaires de 1995-96 et 1996-97 montre d'ailleurs clairement cette situation; c'est alors l'exception, et non la règle, d'afficher des résultats budgétaires équilibrés. Et encore plus qu'en début de phase, les hôpitaux cherchent alors à obtenir leur juste part des efforts budgétaires, critiquent les façons d'allouer ceux-ci en plus de revendiquer la mise en place de conditions pouvant faciliter la réalisation de projets organisationnels permettant, entre autres, de générer des économies du moins à terme (ex. complémentarité, plan de pratique).

Par conséquent et entre autres, ils revendiquent le financement des coûts de transition de la réforme (ex. employés redéployés provenant d'établissements fermés) d'une part, et, d'autre part, à faire reconnaître comme ne relevant pas des établissements – et en dehors de contrôle des gestionnaires – des contraintes

---

provenant de décisions prises aux niveaux d'instances n'assumant pas la responsabilité budgétaire de celles-ci (ex. directive en santé publique à l'effet de ne pas réutiliser les cathéters, augmentation des coûts de convention collective). Qui plus est, l'allocation des compressions tient peu compte des activités d'enseignement et de recherche; de là, les hôpitaux dispensant de telles activités ont obtenu des compressions aussi élevées que les autres hôpitaux. Le processus d'identification des CHUs se poursuit également à la phase 4; les désignations des centres sont annoncées entre avril 1995 et juillet 1997.

Par ailleurs, il semble que la gestion politique à l'ancienne soit remplacée par un rapprochement vers les Régies régionales. Par exemple, le développement des hôpitaux peut être facilité par l'inclusion de leurs projets dans les PROS (ex. implantation de centre ambulatoire) et par l'octroi de fonds pour des priorités régionales ou nationales, fonds qui s'inscrivent également en partie dans ces PROS. Conséquemment, l'environnement est toujours sollicité par les hôpitaux et l'aide obtenue pourrait résulter en des économies. Par exemple, la réalisation de plans d'équilibre budgétaire pourrait être facilitée par un leadership accru des Régies pour soutenir les initiatives de partenariat des établissements. Autre exemple, l'avènement d'un réseau de soins intégrés favorisant une continuité plus fluide entre les établissements pourrait contribuer à générer des économies et à favoriser de meilleurs indicateurs de fonctionnement des salles d'urgence.

Au niveau des pratiques de saine gestion, les hôpitaux semblent en "déficit de cohérence" sur ce qu'ils peuvent faire pour transformer le système de soins tout en affichant des résultats budgétaires équilibrés. Par exemple, le virage ambulatoire se traduit, pour une offre équivalente de services, par des besoins moindres de main-d'oeuvre conduisant à des abolitions de postes alors que simultanément on note une augmentation des dépenses pour les avantages sociaux et les charges sociales pour les employés redéployés et pour les départs à la retraite. L'année 1996-97 illustre bien l'arrimage difficile entre l'implantation de la réforme du système de soins et ses impacts sur les réalités financières des hôpitaux. Ainsi alors que les hôpitaux n'aient encore reçus, à ce moment, de financement pour les coûts de transition de la réforme, il se greffe à cela des contraintes imprévues en début d'année et associées – cela est contesté par les gestionnaires et les

---

administrateurs d'hôpitaux – à des décisions prises au niveau d'instances n'assumant pas la responsabilité budgétaire de celles-ci. En l'absence d'une gérance complète des hôpitaux, du moins cette année-là pour les dossiers des ressources humaines, ils revendiquent l'obtention du financement des coûts de transition et l'amélioration de l'allocation des compressions.

L'obtention de telles compensations amènerait une baisse de la dette des hôpitaux. Cette compensation survient, en partie du moins, à l'hiver 1999 suite à l'annonce d'un budget équilibré pour le gouvernement du Québec. Le discours de la Ministre de la Santé annonce le remboursement de la dette accumulée du réseau de la santé ainsi que les conditions liées au versement des 700 millions de \$ prévus. Il n'y avait pas eu de tel remboursement depuis presque 15 ans, le dernier remontant en 1986. Préalablement à l'obtention d'une partie du remboursement de leur dette, les établissements devront cependant élaborer et faire approuver un plan d'équilibre budgétaire prévoyant le retour à un budget équilibré sur un maximum de trois (3) ans.

À l'instar des épongements des déficits précédents, les mécanismes utilisés lors de l'épongement de 1999 ne tiennent pas compte de la performance relative des établissements. Il semble difficile pour l'environnement de discriminer entre les pratiques de gestion budgétaire des établissements. Il y a donc bel et bien une diminution de la dette "virtuelle" des hôpitaux mais pas une prise en charge par les autorités de l'ensemble des coûts de transition de la réforme. Ce remboursement de la dette des hôpitaux ne s'accompagne pas non plus d'une révision des bases budgétaires bien que certains coûts reliés aux facteurs de croissance interne (ex. coût de système salarial) soient pris en charge par le gouvernement provincial. Ce discours semble donc annoncé un frein aux compressions mais pas nécessairement la fin des difficultés financières des hôpitaux lesquels se relèvent difficilement de l'absorption de 80% des efforts budgétaires demandés au réseau de la santé depuis quelques années (AHQ, 1998).

---

**Hôpital 1 (1995-96 à ...) : transformations et/ou vivre selon ses moyens**

Le redressement de la situation financière constitue l'une des préoccupations centrales de l'Hôpital d'autant plus que le transfert des responsabilités budgétaires aux Régies régionales met fin au recours à une gestion forte des relations avec le politique de la phase précédente. D'ailleurs l'ensemble des initiatives retenues pour les entretiens et pour structurer la rédaction du cas s'inscrivent dans la volonté de l'Hôpital de solidifier ses assises budgétaires; par exemple, deux (2) de ces initiatives contribuent à l'atteinte de l'équilibre budgétaire en 1995-96. Cette consolidation des assises budgétaires pourrait contribuer à l'établissement d'un espace plus significatif, ou encore d'une marge de manoeuvre plus grande, pour les gardiens que ceux-ci soient des gestionnaires professionnels ou non professionnels.

Cette gestion à plus forte polarité budgétaire fait suite au dégel initié en fin de phase précédente lors du dépôt d'un plan d'économies en 1994-95. Ce mouvement s'accroît avec, d'une part, la création d'un comité du conseil d'administration dont le mandat consiste au départ à déposer un scénario de réduction des dépenses dès le début de l'année financière 1995-96 puis, d'autre part, avec le dépôt d'un plan d'équilibre budgétaire (PEB) suite à l'arrivée d'un nouveau directeur général. Ce plan amènerait une démarche logique pour identifier des économies à l'interne dont celles associées au virage ambulatoire.

Cependant les gains de marge de manoeuvre qui pourraient provenir des pratiques budgétaires sont incomplets, voire insuffisants, puisque, entre autres, les cibles d'économies associées à l'environnement – en quelque sorte ce qui aurait pu être l'aide ou la contribution de l'environnement aux efforts internes –, tardent à se manifester entièrement. Ainsi en l'absence d'un réseau de soins intégrés et l'incertitude entourant l'affiliation universitaire avec la poursuite des discussions sur la rationalisation des ressources universitaires, il est difficile pour l'Hôpital d'atteindre les cibles budgétaires de la "complémentarité" et des "choix organisationnels" et ce, malgré l'identification de secteurs d'excellence lors de cette phase.

---

Aux initiatives mises en place pour le redressement de la situation budgétaire s'accompagnent des modifications à l'allocation des rôles budgétaires. Le processus de dégel de la constellation des rôles amorcé à la phase précédente se poursuit avec, entre autres, les modifications apportées à la méthode de budgétisation interne. Ce processus s'accompagne d'un mouvement de décentralisation des affaires budgétaires et d'une plus forte imputabilité des directions quant à l'atteinte de leur budget. Il semble avoir un réalignement – ou un rééquilibrage – où le gardien des ressources pourrait, ou presque, l'emporter sur le consommateur de ressources bien que le retour d'une contestation de l'environnement fragilise ce réalignement. La turbulence de l'environnement semble nuire, en quelque sorte, à l'accomplissement du rôle de gardien de ressources. Avec l'incertitude entourant le statut universitaire et l'augmentation des contraintes budgétaires, il s'ensuit un réaménagement au PEB. Cette période de transformation aux façons de faire s'accompagne donc d'une coexistence de pratiques rationnelles et émergentes où demeure la difficulté de planifier entièrement le développement malgré un mouvement de vigilance accrue amenée par une plus forte décentralisation.

Les changements à la philosophie budgétaire – en fait, un alignement vers des pratiques budgétaires internes plus rationnelles, à la fois pour les gardiens et pour les consommateurs – s'accompagnent de gains que l'Hôpital fait vis-à-vis l'environnement (ex. la désignation CAU, le dégel de dossiers suite à l'équilibre de 1995-96, l'autorisation d'acquérir la résonance magnétique). La crédibilité des plans budgétaires déposés de même que l'inclusion de projets organisationnels dans le PROS régional favoriseraient également ce revirement de philosophie budgétaire et, de là, contribuent à l'adaptation de l'Hôpital aux changements de l'environnement.

De plus, l'utilisation des outils de contrôle pour expliquer les écarts relativement au budget accordé diffère comparativement aux phases précédentes. Ainsi les facteurs explicatifs de déficit ne sont plus associés à des secteurs d'activités déficitaires (ex. urgence, dialyse, traumatologie), mais à la hausse imprévue de contraintes (ex. coûts de transition, coûts des conventions collectives, cathéters) qui empêchent l'atteinte de l'équilibre budgétaire; conséquemment le déficit

---

provient en quelque sorte de l'environnement. L'Hôpital s'aligne sur la réalisation de son budget de gestion mais il n'est plus en mesure d'atteindre l'équilibre budgétaire au niveau des états financiers.

Malgré les efforts budgétaires, se traduisant par une baisse significative des heures travaillées et par la consolidation du virage ambulatoire, l'Hôpital ne parvient pas à rembourser sa dette laquelle, avec la hausse des contraintes, augmente par ailleurs. Un cadre financier s'étalant sur 5 ans et déposé à l'hiver 1997 envisage de rembourser la dette – tout comme le PEB le mentionnait également – en autant que les contraintes réelles n'excèdent pas les contraintes annoncées. Cependant avec l'annonce du remboursement des déficits des hôpitaux à l'hiver 1999, l'Hôpital 1 pourrait expérimenter une prise en charge de la dette amassée depuis la phase 2 (ex. déficits de 1990-91 et de 1994-95).

L'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée semble relativement faible. Une démarche de l'Hôpital, s'inscrivant dans les discussions sur l'affiliation universitaire, permet l'identification de secteurs d'excellence qui seront confirmés dans un premier temps lors de la désignation CAU par le Ministre, à l'hiver 1997, puis lors de la signature du contrat d'affiliation en 1998. De plus, des projets significatifs de l'Hôpital dont l'acquisition de la résonance magnétique, l'amorce du centre ambulatoire annoncé dans le PROS régional et l'ajout de clientèles en traumatologie sont en développement. Enfin, l'Hôpital reçoit des fonds du Fonds d'équilibre régional en 1995-96 et 1996-97 pour la cardiologie tertiaire, les médicaments, l'ajout de greffes de moelle osseuse, les services de santé mentale et l'accessibilité en chirurgie. Enfin, et puisque l'Hôpital n'a pas dans sa mission de vocation spécifique de longue durée, l'un des choix proposé consiste à diminuer le nombre de lits de longue durée.

Cependant les contraintes sont telles que la capacité de développement de l'Hôpital a probablement été affectée. Cette capacité est difficile à apprécier avec la transformation que connaît le réseau. Par exemple, avec l'accélération du virage ambulatoire, les lits dressés à l'Hôpital passent de 701 en 1994-95 à 589 deux ans plus tard alors que le nombre de cliniques externes et de court séjour augmente. L'Hôpital tente de pallier à la baisse de financement externe en créant une marge

---

de manoeuvre à même son PEB. Ainsi l'Hôpital essaie d'augmenter le développement planifié en l'associant à ses secteurs d'excellence. Ce développement planifié est généralement inférieur au développement réel à cause, entre autres, de la difficulté à faire des choix et des pressions technologiques et démographiques. Conséquemment et malgré un mouvement de décentralisation des affaires budgétaires, il semble difficile de discipliner "totalement" les consommateurs de ressources.

### **Hôpital 2 (1994-95 à ...): transformations dont celles des pratiques budgétaires**

Les contraintes associées au Défi qualité performance sont telles qu'intégrées à la mécanique budgétaire traditionnelle de l'Hôpital, il en résulterait l'absence de marge de manoeuvre à allouer aux directions lors du Lac-à-L'Épaule. Toujours dans l'optique du maintien des traditions de saine gestion, l'Hôpital transforme alors sa recette budgétaire dans ce qui est appelée la revue d'utilisation des ressources (RUR). Démarche d'optimisation des ressources et de réingénierie des processus, la RUR contribue, en 1994-95 et en 1995-96, à générer des économies et à l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Il s'ensuit une adaptation rapide de l'Hôpital aux efforts budgétaires demandés. Ce changement dans les pratiques budgétaires fait suite à l'essoufflement de celles-ci, diagnostiqué à la phase précédente, et de l'arrivée d'un nouveau titulaire à la direction des finances.

Dans une phase de décroissance de ses revenus, cette transformation à la recette budgétaire permet le maintien du cap sur l'équilibre budgétaire et le développement de l'Hôpital; c'est un effort pour soutenir l'alignement où prédomine la vision rationnelle des pratiques budgétaires et où, de là, converge la gestion financière et la gestion de la stratégie. Il semble en résulter le maintien d'un espace significatif pour l'accomplissement du rôle de gardiens de ressources. À l'instar des phases précédentes, une partie de ce développement est financée à même les efforts internes de l'Hôpital dont des projets d'alternatives à l'hospitalisation. L'implantation de la RUR pour le maintien de la situation financière s'accompagne cependant de modifications à l'allocation de



---

responsabilités budgétaires principalement d'un mouvement de centralisation (ex. orientations budgétaires, distribution du développement).

Ce mouvement de centralisation s'expliquerait également par d'autres transformations valorisées par l'Hôpital. L'un des changements est l'adoption et la mise en place graduelle (dès 1996-97) d'une structure organisationnelle basée sur des programmes-clientèles en remplacement aux directions administratives. L'implantation d'un réseau pédiatrique provincial et d'un réseau supra-régional en périnatalogie constitue l'autre transformation souhaitée par l'Hôpital. Cette avenue de développement est issue du plus récent exercice de planification stratégique lequel est déposé suite à l'arrivée d'un nouveau directeur général.

Avec le maintien des traditions organisationnelles de déficit zéro et de développement planifié, il s'ensuit que le gardien des ressources semble (ou presque) l'emporter sur le consommateur. Cependant les gains de marge de manoeuvre des nouvelles pratiques budgétaires sont à consolider puisque, d'une part, l'Hôpital semble être à la recherche d'une nouvelle recette budgétaire stable. Ainsi l'initiative de la RUR est suivie, deux (2) ans plus tard, par une démarche de réingénierie puis d'une gestion budgétaire s'arrimant à la structure basée sur des programmes clientèles en 1998-99; de là, de nouvelles personnes, occupant de nouvelles positions, auront à accomplir le double rôle de consommateurs et de gardiens de ressources.

D'autre part, l'"aide de l'environnement" tarde à se manifester dans le dossier de réseau de soins pédiatriques. L'une des conditions favorisant l'implantation du réseau à savoir la mise en place d'un plan de pratique pour les médecins semble retardée par la poursuite des discussions sur la rationalisation des ressources académiques. La mise en place d'un tel plan de pratique pourrait favoriser l'obtention de gains supplémentaires d'utilisation rationnelle des ressources grâce, entre autres, à une diminution des cas de première et de deuxième lignes. Les médecins se disent d'ailleurs pénalisés par le mode de rémunération prépondérant dans les hôpitaux, la rémunération à l'acte, et sont prêts pour le changement.

---

Avec l'augmentation des contraintes en 1996-97, l'Hôpital est en équilibre (ou presque) sur son budget de gestion. Est-ce un retour de balancier, mais l'Hôpital se dit de nouveau pénalisé par l'environnement, dans ce cas-ci par la réforme. Ainsi la turbulence de l'environnement ne facilite pas l'exécution du rôle de gardien. L'initiative de la comptabilisation des coûts de la transition démontre d'ailleurs que le déficit de l'Hôpital est en fait un déficit causé par l'environnement : ainsi l'augmentation de la productivité de l'Hôpital (baisse des heures travaillées) est annulée (ou presque) par une hausse des avantages sociaux et une hausse des heures payées. Ainsi les facteurs explicatifs de déficit sont associés non pas à des secteurs d'activités mais à la hausse imprévue de contraintes qui empêchent l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Ainsi pénalisé, l'Hôpital doit emprunter – c'est une première en vingt ans – pour financer ses dépenses d'opération. À l'hiver 1997, l'Hôpital prépare un plan d'affaires, s'étalant sur un horizon de trois (3) ans et qui prévoit le retour de l'équilibre budgétaire. Mais avec la diminution de la contrainte annoncée en cours d'année 1997-98, le plan d'équilibre budgétaire propose plutôt l'atteinte de l'équilibre dès 1998-99 sous contrainte de la fin des compressions et de la pleine indexation des dépenses salariales et non-salariales. Cependant l'Hôpital pourrait voir annuler sa dette suite à l'annonce du remboursement des hôpitaux à l'hiver 1999.

Par ailleurs, la capacité de développement de l'Hôpital a probablement été affectée avec les contraintes. Cette capacité est difficile à apprécier avec la consolidation du virage ambulatoire amenée par la RUR. Reflet de la modification à l'offre de soins, la tendance à la baisse du nombre de lits dressés, débutée à la fin de la phase précédente, se poursuit. L'Hôpital demande d'ailleurs une diminution du nombre de lits au permis dès juin 1995 en conformité avec cette tendance. L'ouverture du centre d'oncologie pédiatrique date de l'hiver 1995 et permet, entre autres, l'ajout de greffes de moelle osseuse à la stratégie de l'Hôpital. Initiative de la phase précédente et résultat d'un partenariat public-privé, l'implantation de ce centre a nécessité pour les immobilisations de fonds importants provenant de Fondations et de sources publiques.

L'acquisition de ressources, principalement à partir du fonds d'équilibre mis en place dans le PROS régional contribue aussi à balancer l'équation des revenus et

---

des dépenses via, entre autres, la confirmation du budget pour le fonctionnement du centre d'oncologie pédiatrique. Afin de pallier à la baisse de financement externe, l'Hôpital recrée l'idée de marge de manoeuvre – les consommateurs de ressources se retrouvant en position de gardiens –, particulièrement à partir de 1996-97 alors que les économies organisationnelles dépassent les économies nécessaires à l'atteinte de l'équilibre.

L'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée apparaît faible en regard des initiatives choisies. Grâce à la RUR, l'Hôpital s'ajuste aux compressions budgétaires du Défi qualité performance et maintient sa santé financière. Cependant le couplage de l'Hôpital avec l'environnement ne semble pas totalement efficace. Par exemple, les compressions budgétaires allouées ne tiennent pas compte de la vocation universitaire des établissements et l'implantation du plan de pratique, lequel pourrait faciliter la mise en place du réseau pédiatrique, semble retardée par la désignation et l'implantation des CHUs lors de cette phase. Près de trois (3) années sépare la désignation de CHU mère-enfant et la signature du contrat d'affiliation de l'Hôpital avec l'Université. Le financement des activités de recherche reste également à consolider après la période "euphorique" de la phase précédente. Cependant une initiative permet des investissements en immobilisations pour la recherche et pour compléter le financement de l'acquisition de la résonance magnétique. Par ailleurs, et c'est ce que soulève l'initiative de la comptabilisation des coûts du redéploiement, l'Hôpital se dit pénalisé par la gestion régionalisée de dossiers de la main-d'oeuvre amenée par la réforme et doit emprunter pour ses dépenses d'opérations.

#### ***4.3.3 Propositions***

Au préalable à l'élaboration des propositions, lesquelles constituent le produit final de cette recherche, il nous semble intéressant d'énumérer quelques résultats issus de l'analyse transversale des cas à partir des construits des rôles budgétaires et des tactiques organisationnelles. D'une part, et malgré la présence d'un environnement régulant et finançant en grande partie les hôpitaux, plusieurs scénarios de dynamiques financières-stratégiques sont possibles. Cependant les résultats des modèles de gestion financière sur le développement, le type de

développement et d'autres indicateurs peuvent toutefois différer. D'autre part, l'analyse des cas semble suggérer une convergence entre les tactiques organisationnelles choisies et ces rôles budgétaires – ainsi que le partage des rôles entre les acteurs au sein des hôpitaux – certaines des tactiques pouvant, par ailleurs, modifier le partage des rôles et des responsabilités budgétaires.

De plus, les changements aux tactiques et/ou aux rôles budgétaires (ex. identification des acteurs assumant les différents rôles) font suite à des changements dans l'environnement interne (ex. modification à l'équipe de direction) et/ou dans l'environnement externe (ex. fin du remboursement des déficits, réforme du système de soins). Enfin, l'influence de l'environnement externe sur les dynamiques financières-stratégiques est importante bien que ambiguë sur le message envoyé quant à la valorisation de la saine gestion financière, du moins celle définie en termes de l'objectif de résultat de l'équilibre budgétaire.

Rappelons ici que l'intérêt principal de la présente recherche est de comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'étudier les relations entre deux (2) fonctions de gestion, la gestion financière et la stratégie et ce, sur une longue période. Ainsi la recherche a comme objet de décrire, de comprendre et d'expliquer de façon exploratoire ce que nous appelons des dynamiques financières-stratégiques et l'évolution de ces mêmes dynamiques dans des conditions complexes et ambiguës associées aux organisations publiques (Hafsi, 1985, 1989). Trois objectifs de recherche ont été retenus, les voici :

1. Comprendre les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques. En d'autres termes, nous nous intéressons à apprécier si oui, comment et quand la gestion financière est un levier stratégique pour un hôpital public ou encore de juger de l'importance de la gestion financière sur la stratégie d'un hôpital;
2. Apprécier l'influence des dynamiques financières-stratégiques sur les résultats produits;

3. Comprendre l'influence de l'environnement externe sur les dynamiques financières-stratégiques retenues.

**4.3.3.1 Premier objectif de la recherche : Comprendre les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques**

Cet objectif de recherche est abordé en deux (2) volets : tout d'abord, l'importance de la gestion financière sur la stratégie des hôpitaux est présentée en étiquetant les pratiques financières et stratégiques des hôpitaux à l'étude puis, des facteurs favorisant le maintien des modes de gestion financière (ou budgétaire) sont explicités. Ces facteurs illustrent particulièrement l'influence de l'environnement et des rôles budgétaires sur les dynamiques financières-stratégiques retenues.

- ***Étiquetage des pratiques financières (budgétaires) et stratégiques des hôpitaux***

Étant donné les pressions sur les ressources et l'évolution des connaissances, l'atteinte de l'équilibre budgétaire pour un hôpital n'est certes pas la fruit du hasard et nécessite l'application serrée d'une recette budgétaire. Rappelons qu'une recette budgétaire comprend une planification des activités et des revenus, un suivi et un contrôle pour chacune des 13 périodes de l'exercice budgétaire. La planification des activités prévoit généralement des fonds pour le développement d'activités, fonds provenant soit de l'interne (ex. réallocations, efforts de productivité) soit de l'environnement (ex. coût de système "santé") soit d'une combinaison des deux.

Ce développement peut provenir, entre autres, des orientations stratégiques ou de l'approbation d'écarts budgétaires non corrigés lors d'exercices antérieurs (ex. hausse imprévue d'activités). Alors que la première explication peut être associée à la stratégie intentionnelle et délibérée (Mintzberg, 1978) d'un hôpital, le second motif se rapproche davantage d'un processus de formation de stratégie dit autonome ou émergent (Burgelman, 1983, 1991; Mintzberg, 1978). En cas de couplage serré entre la planification des activités et la budgétisation, le budget est assimilable à un plan (Wildavsky, 1964) alors que pour le second motif, le budget devient un précédent (Wildavsky, 1964) et, à la limite, un moyen à partir duquel l'Hôpital "découvre" ses buts (Covaleski et al., 1985).

Par ailleurs, l'adoption du budget se fait au conseil d'administration, "idéalement" en début d'année financière, du moins selon une perspective rationnelle des pratiques budgétaires. Le suivi se fait après chaque période de l'exercice budgétaire. En cas de dépassements budgétaires par rapport aux prévisions, ceux-ci sont à justifier et à corriger au besoin, par exemple grâce au redressement d'un secteur ou de l'ensemble de l'hôpital et/ou – en cas de "chance" – de l'obtention d'enveloppes des autorités publiques. Lorsque les corrections sont faites rapidement, on parle de contrôle serré; à l'inverse, le contrôle est lâche (Abernethy & Stoelwinder, 1991; Bruggerman & Van der Stede, 1993). Si besoin est, l'hôpital, et via son conseil d'administration, peut déposer un plan de redressement budgétaire pour revenir à l'équilibre et ce, dès le début d'année financière ou encore en cours d'année. Enfin, il arrive que ce soit les autorités qui demandent de déposer un tel plan.

On note des différences dans les pratiques financières des hôpitaux à l'étude. Par exemple, bien que chaque exercice financier débute en avril, l'adoption du budget au conseil d'administration n'a pas toujours lieu ce mois-là, particulièrement pour l'Hôpital 1. Différents facteurs expliquent ce retard, l'un des plus couramment invoqués étant l'attente de la réception du budget des autorités. Par ailleurs et bien que généralement le suivi soit périodique, les décisions à prendre en cas de dépassement ne sont pas toujours prises "instantanément", particulièrement pour l'Hôpital 1. Il a pu en être ainsi en l'absence de consensus interne sur la nécessité de redresser la situation budgétaire ou sur le choix d'un scénario de redressement, lorsque l'on croit que cette situation devrait se résorber d'elle-même (ex. un pic de la demande) ou encore lorsqu'on s'attend à un ajustement budgétaire des autorités pour ces dépassements.

Quels que soient les motifs invoqués, le contrôle budgétaire, et non pas le suivi, semble plus lâche pour l'Hôpital 1 que pour l'Hôpital 2 bien qu'à certains moments, particulièrement au début de la phase 2 alors que cesse la tolérance de l'environnement envers les déficits, et, en phase 4, alors que l'Hôpital 2 traverse une phase à polarité budgétaire plus forte suite à l'arrivée d'un nouveau directeur général et avec la transformation de l'environnement (ex. fin du recours à la gestion du politique), le contrôle budgétaire ait été resserré.

Suite à la lecture des quatre (4) phases de la section 4.2 et de la présentation des cas en fonction des construits des rôles budgétaires et des tactiques organisationnelles, il est possible d'identifier des différences quant à l'importance de la gestion financière sur la stratégie des hôpitaux à l'étude. Des façons de faire et des résultats différents ont été identifiés pour les deux (2) cas retenus et jugés révélateurs.

L'une de ces différences est l'un des résultats de la gestion budgétaire : l'atteinte de l'équilibre budgétaire. En effet alors que l'Hôpital 2 atteint à tous les ans (ou presque) l'équilibre budgétaire et ce, grâce à l'application serrée de sa recette budgétaire (voir le graphique 1), l'Hôpital 1 semble expérimenté des cycles d'équilibres budgétaires suivis de déficits. D'ailleurs, trois (3) des phases (c'est-à-dire la phase 1 en 1985-86, la phase 2 en 1990-91 et la phase 3 en 1994-95) – nous n'avons pas ici tenu compte de la phase 4 puisque celle-ci n'était pas terminée au moment de la collecte des données – prennent fin avec un déficit important, c'est-à-dire supérieur à 1% de ses revenus, pour cet Hôpital qui applique de façon plus lâche sa recette budgétaire. En prenant comme point d'appui l'atteinte de l'équilibre budgétaire, il est possible d'illustrer brièvement l'importance de la gestion financière sur la stratégie au moyen des façons de faire habituelles de chaque hôpital.

L'Hôpital 2 valorise l'atteinte de l'équilibre budgétaire et y parvient à tous les ans (ou presque). Cet hôpital tente le plus possible de faire converger ses pratiques budgétaires et ses orientations stratégiques. D'ailleurs le développement planifié, et généralement issu de ses orientations stratégiques déposées à tous les cinq (5) ans (ou presque), s'inscrit dans l'allocation de la marge de manoeuvre laquelle est un élément central de la recette budgétaire de l'Hôpital. L'obtention de fonds additionnels provenant de l'environnement est injectée dans la marge de manoeuvre. Ces fonds proviennent, particulièrement pour les trois (3) premières phases, d'une gestion de l'Hôpital avec le politique en alléguant sa performance administrative et technique; de là, les trésoriers sont en mesure, du moins régulièrement, de jouer efficacement leur rôle de consommateurs de ressources vis-à-vis l'environnement. Il s'ensuit un dialogue efficace interne/externe, c'est-à-

---

dire que le maintien de pratiques budgétaires internes s'appuie et est consolidé par l'addition de fonds provenant de l'environnement externe.

En cas de redressement budgétaire, il y a une baisse du développement annoncé – et de là, des directions pénalisées – d'où l'importance de l'application serrée de la recette budgétaire, au moyen d'une forte décentralisation et d'un partage efficace de responsabilités entre les gardiens et les consommateurs de ressources; de fait, les consommateurs de ressources remplissent également des responsabilités de gardiens. Pour cet Hôpital, la gestion financière – et la "bonne" gestion financière en termes d'équilibre budgétaire – favorise l'atteinte du développement planifié, ou intentionnel (Mintzberg, 1978), bien que l'émergence demeure en arrière-plan (ex. déficits des médicaments). Conséquemment, les pratiques budgétaires de l'Hôpital 2 se rapprochent de la vision traditionnelle et rationnelle, telle qu'explicitée à la section de l'état des connaissances. Cette vision rationnelle favorise la convergence entre les pratiques budgétaires et la stratégie intentionnelle de l'Hôpital.

**Étiquetage de l'Hôpital 2 :** l'adhésion à une vision rationnelle des pratiques budgétaires nécessite une application serrée d'une recette budgétaire et produit un développement plus contrôlé et collectif de la stratégie intentionnelle.

Si l'on en juge par les caractéristiques des initiatives – particulièrement pour les trois (3) premières phases – et par les résultats, l'Hôpital 1 valorise davantage le développement de ses activités et l'obtention de fonds, en alléguant principalement sa productivité, l'augmentation des besoins et sa sous-budgétisation, que l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Bien que le développement planifié, et alimenté à deux (2) reprises par le dépôt d'orientations stratégiques, soit introduit dans ses prévisions budgétaires, le développement réel excède souvent ce qui était planifié pour plusieurs motifs dont l'évolution des pratiques professionnelles et les pressions de la demande sur les ressources.

La formation de la stratégie de l'Hôpital provient donc, en partie du moins, de décisions et des activités locales (ex. secteurs en dépassement); de là, une partie de l'orientation stratégique de l'Hôpital semble émerger "automatiquement" de l'accumulation des activités largement autonomes des professionnels (Denis,



---

Langley, & Lozeau, 1991). Il s'ensuit que les trésoriers se retrouvent, vis-à-vis l'environnement, en position de consommateurs en vue de justifier des développements passés, en partie imprévus et non nécessairement valorisés par l'Hôpital, du moins en termes d'orientations stratégiques claires. Qui plus est, ces trésoriers sont des consommateurs efficaces lorsqu'ils s'adressent à l'environnement. Ainsi, ils ont été en mesure d'aller chercher des ressources (ex. ajout de lits en 1993-94, révisions de base budgétaire), ou de l'"oxygène pour fonctionner" alors que, parfois et simultanément, l'Hôpital affichait des résultats déficitaires.

Par ailleurs et bien que les efforts de redressement génèrent des économies, ils n'aboutissent nécessairement pas à l'atteinte de l'équilibre budgétaire sauf à quelques reprises particulièrement en phase 4. Dans cet Hôpital plus centralisé, il semble difficile pour les gardiens de ressources de jouer efficacement leur rôle de gardien, par exemple pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire, voire de créer et de maintenir un espace significatif pour ce rôle et pour le faire jouer par d'autres, par exemple par des consommateurs. En d'autres termes, le rôle de consommateur de ressources semble dominer, d'une part, au sein de l'organisation et, d'autre part, relativement à l'environnement. Cela se traduit, entre autres, par une application plus lâche de sa recette budgétaire où par exemple, les efforts de redressement ont lieu plus souvent en cours d'année qu'en début d'année financière.

Pour cet Hôpital, la gestion financière ne semble pas constituer le levier stratégique principal, du moins pour les trois (3) premières phases. Ce comportement n'implique pas cependant un frein à sa capacité de développement. En effet, l'Hôpital 1 n'a pas toujours eu à présenter des résultats équilibrés pour favoriser son développement et ce, en partie, parce qu'il semble difficile pour l'environnement d'évaluer les modèles de gestion financière des hôpitaux. Ainsi l'environnement a alloué, du moins à quelques reprises, des ressources aux hôpitaux déficitaires. Les façons de faire de l'Hôpital 1 se rapprochent de la vision émergente – oserions-nous dire plus opportuniste – des pratiques budgétaires explicitées à l'état des connaissances (exemple : Covaleski et al., 1985). Cette vision émergente est associée à une plus faible convergence entre les pratiques

budgétaires et la stratégie intentionnelle de l'Hôpital, le développement produit étant davantage émergent et lié, entre autres, aux secteurs déficitaires.

**Étiquetage de l'Hôpital 1 :** l'adhésion à une vision émergente des pratiques budgétaires est associée à une application plus lâche d'une recette budgétaire et produit un développement plus émergent de la stratégie.

Notons en passant que l'emploi des étiquettes de visions "rationnelle" et "émergente" est associé aux appellations identifiées dans l'état des connaissances (voir entre autres Covalski et al., 1985) et se veut exempt de connotation péjorative et/ou évaluative des pratiques des hôpitaux à l'étude. En conclusion de cette section sur l'étiquetage des pratiques budgétaires, nous introduisons une proposition qui constitue, en quelque sorte, une "réponse" à la question "Quelle est l'importance de la gestion financière sur la stratégie de l'hôpital?"

**Proposition 1 :** le mode de pratiques budgétaires est associé à un type de développement stratégique différent : le mode rationnel à une stratégie délibérée et le mode émergent – ou opportuniste – à une stratégie davantage émergente.

Ainsi, la gestion financière est un levier stratégique plus significatif pour l'Hôpital adhérent à une vision rationnelle des pratiques budgétaires. L'adhésion et le maintien à cette vision rationnelle permet une convergence plus forte entre la gestion financière et la stratégie organisationnelle et est, de là, associée à un couplage serré entre la stratégie et les processus budgétaires. Alors que dans les écrits (exemple : Jick & Murray, 1982, p. 153-155), l'adhésion à un paradigme rationnel est jugé peu fréquent au sein des organisations du secteur public, c'est l'un des résultats intéressants de cette thèse que d'avoir "trouvé" et "vérifié" l'adhésion, un peu surprenante ou atypique, à une vision rationnelle des pratiques budgétaires pour un hôpital public et ce, sur une longue période.

Par ailleurs, l'adhésion et le maintien de l'Hôpital 2 à une vision émergente des pratiques budgétaires est plus probable, ou typique selon des écrits consultés (exemples : Jick & Murray, 1982; Mintzberg 1994), puisqu'elle reflète les caractéristiques de ces organisations, dont l'influence des professionnels et les pressions changeantes de l'environnement. La section suivante aborde, par

ailleurs, quelques facteurs pouvant expliquer la pérennité ou la continuité des modes de gestion financière dit rationnel et émergent.

Nous ne sommes toutefois pas en mesure d'identifier l'origine de l'adhésion à ces visions, cette préoccupation ne faisant pas partie de notre intérêt de recherche au départ. Cependant il nous semble possible d'avancer, à partir des entretiens et de documents consultés, que l'adhésion à la vision rationnelle des pratiques budgétaires de l'Hôpital 2 origine d'un redressement important qu'a dû faire l'Hôpital au milieu des années 1970. Par ailleurs, l'Hôpital 1 semble davantage suivre "l'air du temps", c'est-à-dire les préoccupations et les pressions institutionnelles de l'environnement, d'où son adhésion à une vision émergente de ses pratiques budgétaires. Par exemple, les modifications importantes aux pratiques budgétaires identifiées en phase 4 font suite, entre autres, à des changements dans l'environnement (ex. austérité budgétaire, fin du recours à la gestion du politique). De même, l'Hôpital 1 a été en mesure, en début de phase 2 alors que l'environnement est plus abondant, d'obtenir une révision de sa base budgétaire et de faire rembourser ses déficits. De là, il semble qu'un hôpital n'a pas besoin, du moins si l'on se fie aux résultats de l'équilibre budgétaire, d'afficher des résultats équilibrés pour favoriser (généralement) son développement.

- ***Facteurs favorisant le maintien ou la continuité des visions : influence de l'environnement et des rôles budgétaires***

Les facteurs favorisant le maintien des visions rationnelle et émergente sont appréciés, entre autres, à partir des caractéristiques des initiatives retenues, de l'horizon temporel de ces initiatives (voir le tableau XXX et la figure 8) de même que du contenu des études de cas et de l'analyse transversale faite à partir des construits des rôles budgétaires et des tactiques organisationnelles. Nous n'avons cependant pas la prétention d'être exhaustif dans l'énumération de ces facteurs.

Pour maintenir l'adhésion à la vision rationnelle, principalement pour arrimer le développement et l'équilibre budgétaire, l'Hôpital 2 entreprend des initiatives pour consolider ces pratiques budgétaires et des initiatives pour favoriser son développement, par exemple pour augmenter les activités de soins. La consolidation des pratiques budgétaires permet le maintien des rôles budgétaires et, de là, ce qui semble être un équilibre entre les gardiens, les trésoriers et les

---

consommateurs de ressources. Cet équilibre entre les groupes d'acteurs favorise le maintien de la décentralisation et de l'imputabilité de chaque direction quant au budget qui lui est alloué. Notons en passant que cet équilibre a pu être aidé par la faible rotation de certains acteurs au sein de l'équipe administrative, particulièrement par le nombre peu élevé de directeurs généraux et de directeurs des finances entre 1983 et 1997.

Par ailleurs, les initiatives pour favoriser le développement de l'Hôpital 2 comprennent des initiatives pour obtenir la reconnaissance de ce comportement de bonne gestion, du moins en termes d'équilibre budgétaire, de la part de l'environnement. D'une part, le maintien de la recette budgétaire nécessite ce que nous avons appelé un dialogue efficace interne/externe. Ainsi le développement de l'Hôpital s'appuie sur l'obtention de fonds pour alimenter la marge de manoeuvre; en effet, les efforts internes de productivité pourraient ne pas suffire au développement de l'Hôpital. D'autre part, et nous reviendrons sur l'influence de l'environnement sur les dynamiques financières-stratégiques plus loin, l'Hôpital craint d'être pénalisé pour ses résultats alors qu'ailleurs dans le réseau, les déficits ont été renfloués. Il s'ensuit que l'obtention de gains pour ce comportement de bonne gestion permet le maintien de l'allocation des rôles et, également, d'une marge de manoeuvre pour les gardiens et les trésoriers favorisant la discipline budgétaire "forte" ce qui contribue, de là, à la convergence entre les pratiques budgétaires et la stratégie intentionnelle de l'Hôpital.

Le maintien de la vision émergente des pratiques budgétaires de l'Hôpital 1 s'exprime également par le choix et les caractéristiques de ses tactiques. Tel qu'explicitées antérieurement, elles visent, principalement pour les trois (3) premières phases du cas, à favoriser l'obtention de fonds externes et l'augmentation des activités de soins. Bien que certaines initiatives soient mises en place pour faire des économies, celles-ci ne contribuent pas nécessairement à l'atteinte de l'équilibre budgétaire ni, de là, à modifier substantiellement les pratiques budgétaires et l'allocation des responsabilités budgétaires en faveur d'un réalignement en faveur des gardiens et des trésoriers. Ce non réalignement pourrait s'expliquer, en partie du moins, par une plus forte rotation au sein de l'équipe de direction (ex. directeurs généraux, directeurs des finances) qu'à

---

l'Hôpital 2 et par ce qui semble être une plus forte pression de clientèles – du moins en termes de la croissance des volumes d'activités puisque des données longitudinales sur la complexité des cas ne sont pas disponibles – pour l'accès aux services.

Ainsi et malgré les efforts faits, l'Hôpital parvient difficilement à redresser sa situation budgétaire; d'ailleurs, trois (3) des phases prennent fin avec un déficit important. Malgré tout, l'Hôpital est en mesure d'obtenir des fonds de l'environnement et, par conséquent, ne semble pas nécessairement pénalisé par ses résultats déficitaires. L'obtention de gains non basés sur l'atteinte de l'équilibre budgétaire – d'aucuns diront d'une certaine délinquance – contribuent cependant à figer l'allocation des rôles et les pratiques budgétaires et nuisent, en quelque sorte, à la création d'une marge de manoeuvre pour les gardiens et les trésoriers qui pourrait favoriser l'instauration d'une plus forte discipline budgétaire et, de là, une plus forte convergence entre la gestion financière et la stratégie intentionnelle de l'Hôpital 1.

Cette délinquance s'accompagne également du développement d'une rhétorique des déficits – dans ce qui ressemble au modèle de la poubelle ou du garbage can (entre autres : Cooper et al., 1981; Covalski et al., 1985; Hopwood, 1974, 1980) où l'Hôpital formule, en partie du moins, a posteriori sa stratégie à partir de secteurs déficitaires – alors que l'Hôpital 1 "découvre de nouveaux buts" à partir de ses informations budgétaires, informations qui, par la suite, servent lors des processus de négociation politique avec l'environnement (voir Hopwood, 1974, 1980), l'Hôpital se disant sous-financé.

D'où la proposition suivante qui illustre l'influence de l'environnement sur le maintien des visions, ou des modes de gestion budgétaire, rationnelle et émergent :

**Proposition 2 :** toute recette budgétaire est perdurable (ou maintenable) sur une longue période en autant que l'environnement le permette, du moins de temps en temps. Bien que la nature des gains diffère en fonction du mode de gestion budgétaire, ces gains contribuent à figer (ou stabiliser) les pratiques et les rôles budgétaires.

---

Ainsi quoique l'environnement contribue au maintien des pratiques budgétaires des hôpitaux, la nature des gains diffère en fonction du mode de gestion budgétaire prévalant au sein de chaque hôpital. Ainsi les gains obtenus par l'Hôpital 2 sont vus comme une récompense à sa "bonne gestion", ce qui se reflète par la réalisation d'équilibres budgétaires malgré son sous-financement. L'obtention de ces récompenses est d'autant plus importante qu'elles permettent de consolider les pratiques budgétaires en place, ce qui comprend un partage de responsabilités assignant aux consommateurs des responsabilités de gardiens.

Favoriser ce double rôle est difficile puisque des consommateurs expérimentent des dilemmes où ils doivent choisir entre des impératifs administratifs (ex. contrôle de coûts) et des préoccupations liés aux soins (ex. disponibilité de nouveaux traitements) (entre autres : Abernethy & Stoelwinder, 1990, 1991; Coombs, 1987), dilemmes d'autant plus difficiles à accepter lorsque l'environnement ne semble pas pénaliser les hôpitaux délinquants. L'étude de Bégin, Labelle et Bouchard (1987, p. 55-56) discutent également des effets attendus d'une plus forte gestion médico-administrative. Par ailleurs, les gains obtenus de l'environnement par l'Hôpital 1 contribuent au maintien des responsabilités budgétaires et, de là, ne favorisent pas un "réalignement" en faveur des gardiens de ressources – qui pourraient aller dans le sens d'instaurer une plus forte discipline budgétaire –, gardiens de ressources qui, par ailleurs, expérimentent une rotation élevée.

Cette seconde proposition converge, entre autres, avec un enseignement de Scapens (1994) selon lequel, les pratiques budgétaires sont lentes et difficiles à changer, puisque ce sont des pratiques institutionnalisées. Ainsi bien que plusieurs auteurs (entre autres: Alam, 1997; Berry et al., 1985; Brunsson, 1989; Colignon & Covaleski, 1988; Hackman, 1985; Paquin, 1984) anticipent une plus grande convergence entre les choix budgétaires et la stratégie des organisations suite à une période de décroissance, cela n'implique pas que les organisations s'adaptent rapidement à des changements dans l'environnement.

D'une part, les organisations n'assistent pas de façon passive à leur décroissance (exemples: Bégin et al., 1987; Jick & Murray, 1982; Oliver, 1991), d'où une

---

résistance aux changements pouvant se refléter, entre autres, par la contestation à l'instauration de nouvelles règles de l'environnement pour évaluer leur performance. Ainsi, les organisations remettent en question la validité de construit des systèmes monitorant leur performance, critiquent les méthodes d'allocation de compressions et la "pauvreté" des systèmes d'informations, tentent d'obtenir des compromis (ex. faire diminuer l'effort budgétaire demandé), etc.

Par ailleurs, le changement de pratiques budgétaires nécessite du temps et de l'apprentissage organisationnel (Mintzberg, 1990, p. 144; Pondy & Huff, 1988, p. 193). Le passage réussi d'anciennes à de nouvelles façons de faire implique, selon Pondy et Huff (1988), un "processus de convergence analytique et de minimisation de conflit". Ce processus comprend une évaluation des nouvelles pratiques et l'adhésion d'une coalition suffisamment forte de l'organisation entérinant en quelque sorte l'adoption de ces nouvelles pratiques. Ce processus semble plus lent pour l'Hôpital 1 que pour l'Hôpital 2.

En effet, des modifications aux pratiques budgétaires ont été notées pour la phase 4 pour les hôpitaux à l'étude. Bien qu'un processus de dégel des pratiques budgétaires ait été noté à la phase 3, dégel se reflétant, entre autres, par l'exercice du BBZM pour l'Hôpital 1 et par l'essoufflement de la recette budgétaire de l'Hôpital 2, c'est avec la décroissance des revenus amenée à la phase 4 que ces derniers ont modifié leurs pratiques budgétaires traditionnelles. Cependant l'adaptation à l'évolution de l'environnement semble plus rapide à l'Hôpital 2 qu'à l'Hôpital 1. Ainsi dès 1994-95, soit la même année que l'application du Défi qualité performance, l'Hôpital 2 modifie ses pratiques budgétaires grâce à l'initiative de la Revue d'utilisation des ressources (RUR). Les changements aux pratiques budgétaires, dont une plus forte centralisation, s'inscrivent en continuité avec la vision rationnelle des pratiques où converge la gestion financière et la stratégie intentionnelle de l'Hôpital.

Pour l'Hôpital 1, c'est l'année suivante, soit en 1995-96, alors qu'un nouveau directeur général est engagé, qu'une gestion à plus forte polarité budgétaire permet l'atteinte de l'équilibre budgétaire. C'est le retour d'une application plus serrée de sa recette budgétaire et il s'ensuit une plus forte coexistence de pratiques

rationnelles et émergentes alors que demeure la difficulté de planifier entièrement le développement – est-ce à cause de l'incertitude entourant l'octroi d'un statut universitaire et la présence de pressions fortes sur les ressources? – malgré un mouvement de vigilance accrue. Les changements à la culture budgétaire de l'Hôpital 1 sont cohérents avec l'évolution de l'environnement, particulièrement une période de rareté des ressources.

Il n'est cependant pas possible d'élaborer sur le maintien des nouvelles pratiques budgétaires pour l'Hôpital 1 et pour l'Hôpital 2. En effet, la collecte de données devrait pouvoir s'étaler sur une plus longue période pour y inclure, à tout le moins, une phase 5. En d'autres termes, il manque des degrés de liberté pour pouvoir discuter "raisonnablement" du maintien des pratiques budgétaires; c'est pourquoi nous maintenons les appellations de mode de gestion budgétaire émergent pour l'Hôpital 1 et rationnel pour l'Hôpital 2.

De là, une troisième proposition sur la continuité des modes de gestions budgétaires, rationnelle et émergent, qui constitue, en quelque sorte un complément de la seconde proposition :

**Proposition 3 :** la vision émergente des pratiques budgétaires est durable et difficile à changer; c'est la plus naturelle puisqu'elle suit les pressions de l'environnement. Par ailleurs, la vision rationnelle des pratiques budgétaires est fragile et difficile à mettre en place étant donné, entre autres, les caractéristiques de l'environnement.

En effet, l'adhésion et le maintien de pratiques budgétaires rationnelles semble confirmer un *modus vivendi* de l'Hôpital alors que, simultanément, cette adhésion a un effet structurant de ces mêmes pratiques et contribue, entre autres, à la présence d'un espace significatif pour les gardiens de ressources pour, d'une part, favoriser le contrôle budgétaire et, de là, favoriser la convergence entre ces pratiques et la stratégie intentionnelle de l'Hôpital. Nous soulevons ici quelques conditions pouvant favoriser le maintien des pratiques rationnelles : une faible rotation de certains membres de l'équipe administrative (ex. directeur général, directeur des finances), les récompenses régulières de l'environnement reconnaissant la sous-budgétisation de l'Hôpital malgré la réalisation d'équilibres budgétaires et, possiblement, par une croissance relativement faible de ses



---

activités, le Québec expérimentant une diminution des naissances depuis plusieurs années. Ces quelques conditions – d'autres pourraient probablement s'y rajouter – illustrent la fragilité de ce mode de gestion budgétaire d'où sa faible probabilité d'occurrence selon des écrits (Jick & Murray, 1982; Mintzberg, 1994).

La figure 8 sur l'horizon temporel des initiatives contribue également à comprendre le maintien des visions émergente et rationnelle. Cette figure illustre la durée de chacune des initiatives choisies pour les entretiens et pour structurer la rédaction des cas. Bien que le choix de ces initiatives soit en partie subjectif, puisque lié à ce qui semblait significatif au chercheur au moment de la collecte de données, nous pouvons avancer l'idée suivante : en termes de durée et en termes du nombre d'initiatives traversant plus d'une phase, c'est l'Hôpital 2 qui obtient les fréquences les plus élevées. Cela s'explique, en partie du moins, par le recours à des initiatives pour consolider les pratiques budgétaires internes; ce type d'initiatives reflète, en partie du moins, la relative stabilité administrative qu'a connu l'Hôpital 2.

Le choix des initiatives de l'Hôpital 1 semble, par ailleurs, répondre davantage à des impératifs "du moment", par exemple à des signaux de l'environnement (ex. monitoring des urgences, opération Blitz, période d'abondance suivie de période d'austérité budgétaire), qu'à des impératifs de consolidation des pratiques budgétaires favorisant, entre autres, l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Cette façon de faire, typique des organisations de santé, s'explique, en partie pour l'Hôpital 1, par la rotation élevée de membres de l'équipe administrative (ex. directeur général, directeur des finances), par une croissance relativement forte de ses activités – les pressions pour la consommation de ressources semblent toujours élevées et à la hausse pour les soins de santé (ex. vieillissement de la population, développement technologique) – et par les pressions changeantes de l'environnement.

Par exemple, et malgré la volonté des autorités de favoriser les pratiques budgétaires rationnelles – en rendant, entre autres, l'allocation d'enveloppes budgétaires conditionnelle à la réalisation de l'équilibre budgétaire –, ces mêmes autorités ont, à l'occasion du moins, allouer des ressources aux hôpitaux

---

déficitaires voire elles ont remboursé, à quelques reprises, leurs déficits d'opération. Ces changements de comportements des autorités semblent favoriser la continuité des pratiques budgétaires émergentes.

Nous concluons cette section sur les facteurs favorisant le maintien des modes de gestion budgétaire par une quatrième proposition portant sur l'allocation des responsabilités, synthétisée par les notions de centralisation et de décentralisation, et des rôles budgétaires au sein des hôpitaux à l'étude. Telle qu'explicité auparavant, la discipline budgétaire de l'Hôpital 2 se distingue par une décentralisation forte se reflétant, entre autres, par l'obligation qu'a chaque direction d'atteindre l'équilibre budgétaire de sa direction, obligation également appelée imputabilité budgétaire. L'adhésion à la vision rationnelle des pratiques budgétaires s'accompagne ainsi de l'octroi du rôle de gardiens non seulement pour des gestionnaires non professionnels mais aussi pour des gestionnaires professionnels, ceux ayant également des responsabilités de dispensation de soins.

Ainsi le maintien, sur une longue période du moins, d'une discipline serrée passe par un rôle de gardien joué également par des consommateurs de ressources. Il en est ainsi, du moins dans le secteur de la santé, à cause de la situation d'asymétrie d'information expérimentée par les gardiens officiels de ressources. En effet, ces gardiens, fidèles au contrôle bureaucratique mais dans l'impossibilité de surveiller et de contrôler les activités des professionnels (Ackroyd et al., 1989; Ouchi, 1979 voir Coombs, 1987) – ils ne peuvent donc vraiment contrôler les dépenses ni les professionnels – oeuvrent à rendre visibles les activités cliniques et à augmenter le volume d'informations sur celles-ci afin de faciliter les suivis et contrôles budgétaires. Par ailleurs, ils veulent impliquer les professionnels puisque ces derniers pourraient plus facilement corriger les écarts sur le budget au moyen du contrôle de clan (Coombs, 1987, p. 399). Cependant, il est loin d'être sûr que les professionnels veuillent jouer le rôle "officiel" de gardien des ressources (Jones & Dewing, 1997, p. 272).

Cette décentralisation est d'autant possible si, d'une part, des consommateurs de ressources acceptent le double rôle de gardien et de consommateur et si, d'autre part, ceux-ci sont récompensés pour avoir accepté ces responsabilités. Dans le cas

---

de l'Hôpital 2, ce partage du rôle de gardiens est facilité par l'allocation de ressources de l'environnement (voir la proposition 2). Ainsi la rationalité des pratiques budgétaires au sein de l'organisation, et la décentralisation du rôle de gardiens qui l'accompagne, nécessite à tout le moins occasionnellement que certains gardiens, les trésoriers, agissent en tant que consommateurs efficaces vis-à-vis l'environnement.

À l'inverse, et particulièrement pour les trois (3) premières phases du cas, l'application plus lâche de la recette budgétaire de l'Hôpital 1 s'accompagne d'une centralisation plus forte où l'atteinte de l'équilibre budgétaire, quoique valorisé dans une philosophie organisationnelle avançant une préférence pour la décentralisation, n'est pas un objectif de résultat obligatoire, du moins en pratique, pour chacune de ses directions. L'adhésion à une vision émergente des pratiques budgétaires rend difficile l'exécution du rôle de gardiens de ressources, d'autant plus que les gains de l'environnement semblent contribuer à figer la prédominance du rôle de consommateurs de ressources, d'une part au sein de l'organisation et, d'autre part, relativement vis-à-vis l'environnement.

Dans cet hôpital à gros volume et productif, le réalignement difficile du rôle des gardiens, qui pourrait se traduire – ou encore "corriger" l'asymétrie d'information expérimenté par les gardiens – par un partage accru des responsabilités avec les consommateurs, semble placer les gardiens dans une position de défenseurs des activités ou de gardiens des services (Ackroyd et al., 1989, p. 603 et 613). Ainsi, les gains de l'environnement non obtenus sur la base de l'équilibre budgétaire nuisent à la création d'un espace significatif pour les gardiens pour "jouer comme des gardiens forts", par exemple pour rendre obligatoire l'imputabilité budgétaire des directions. Quoique cela puisse avoir nui à l'occasion à l'Hôpital – particulièrement à partir de la phase 3 où des projets de l'Hôpital sont retardés à cause du monitoring de la situation financière et de la salle d'urgence –, les gains de l'environnement contribuent à figer la prédominance des consommateurs ou, à tout le moins, de leurs arguments. Les rôles et la distribution des rôles étant difficiles et lents à changer, il s'ensuit un lent transfert de responsabilités de gardiens aux consommateurs de ressources.

---

De là, une quatrième proposition et un corollaire sur la continuité des modes de gestions budgétaires, rationnelle et émergent :

**Proposition 4 :** le maintien de la vision rationnelle des pratiques budgétaires s'accompagne du partage du rôle de gardiens entre les gardiens "officiels" et les consommateurs alors que celui de la vision émergente s'accompagne du partage du rôle de consommateurs entre les consommateurs "officiels" et les gardiens.

**Corollaire:** ainsi quand le contrôle budgétaire est centralisé, les gardiens "perdent" et quand il est décentralisé, ils "gagnent"; en d'autres termes, il faut faire des consommateurs des ressources des gardiens pour favoriser l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Cette proposition et ce corollaire illustrent ce qui semble être un paradoxe, celui de la décentralisation des affaires budgétaires. En effet, il semble y avoir une certaine abdication de pouvoirs et de prérogatives des gardiens officiels des ressources qui, à cause des caractéristiques des organisations de santé (ex. présence centrale des professionnels, pouvoir et influence diffus au sein de l'organisation) (exemples : Alford, 1975; Denis et al., 1993), doivent être en mesure de rendre les "autres" responsables des ressources qui leur sont allouées; généralement du moins dans les écrits consultés (exemples : Coombs, 1977; Covaleski & Dirsmith, 1983, 1986), cela est possible en allouant des responsabilités de gardiens de ressources à des consommateurs. Le design de la relation de coopération entre les acteurs pour les affaires budgétaires est donc loin d'être facile, d'autant plus que les bureaucraties professionnelles s'éloignent d'une perspective unitaire et hiérarchique (top-down) de relations entre des "supérieurs" et des "subordonnés" (Abernethy, 1996; Mintzberg, 1982).

Cependant et sur une longue période, la forte décentralisation de l'Hôpital 2 génère de fortes tensions entre les directions et de la compétition pour les ressources. Malgré les initiatives mises en place pour consolider les façons de faire, l'Hôpital connaît un essoufflement de ses pratiques budgétaires qu'il va modifier, simultanément à l'annonce de contraintes budgétaires significatives en début de phase 4, en amorçant un mouvement de centralisation. Par ailleurs et malgré les efforts de redressement faits, la plus faible décentralisation de l'Hôpital

---

1, jumelée à des pressions fortes sur les ressources, contribue sur une longue période à la détérioration de sa situation budgétaire.

Cela se reflète, entre autres, par un développement réel excédant souvent le développement planifié, développement réel qui, par la suite, est plus "facilement" introduit dans les planifications budgétaires subséquentes. Avec l'évolution de l'environnement à la phase 4, les changements aux pratiques budgétaires de l'Hôpital 1 s'accompagnent d'un transfert de responsabilités vers les directions. Tel que spécifié antérieurement, il n'est cependant pas possible d'élaborer sur le maintien des nouvelles pratiques budgétaires pour l'Hôpital 1 et pour l'Hôpital 2.

#### ***4.3.3.2 Deuxième objectif de la recherche : Apprécier l'influence des dynamiques financières-stratégiques sur les résultats produits***

En présence d'un même environnement public, plusieurs dynamiques financières-stratégiques sont possibles. Ainsi nous avons identifié à la section précédente deux (2) modes de gestion budgétaire, ces modes ou façons de faire étant, par ailleurs, institutionnalisés et, de là, difficiles à changer (voir Scapens, 1994). Le second objectif de la recherche s'attarde plus spécifiquement à l'influence des pratiques financières, ou encore de ces modes de gestion budgétaire, en fonction de résultats retenus. La rédaction des phases des dynamiques financières-stratégiques de même que la présentation des cas en fonction des construits des rôles budgétaires et des tactiques organisationnelles incluent une appréciation des résultats à la fin de chaque phase. Les figures 9 et 10 schématisent également notre compréhension des résultats, et l'évolution de ceux-ci, les tracés de ces figures constituant, par ailleurs, une appréciation qualitative de ces résultats.

Au préalable à la présentation des résultats, nous reprenons brièvement les caractéristiques des initiatives et des tactiques retenues de même que les façons de faire habituelles des hôpitaux à l'étude. D'une part, les tactiques valorisées par l'Hôpital adhérant à une vision rationnelle des pratiques budgétaires et qui, de là, oeuvrent à faire arrimer la gestion financière et sa stratégie intentionnelle, comprennent des initiatives pour consolider ses façons de faire – et donc pour favoriser le maintien du partage des rôles entre les acteurs favorisant le résultat de l'équilibre budgétaire –, des initiatives pour obtenir des récompenses de ce

---

comportement de bonne gestion de la part de l'environnement et, bien sûr, des initiatives pour favoriser le développement de l'Hôpital.

D'autre part, au sein de l'Hôpital où coexiste davantage les visions émergente et rationnelle des pratiques budgétaires, le développement semble primé sur l'équilibre budgétaire. Les initiatives choisies, surtout en début de l'histoire du moins, visent d'ailleurs davantage l'augmentation des activités de soins et l'obtention de fonds que la recherche de l'équilibre budgétaire. Par ailleurs, bien que des efforts de redressement génèrent des économies, ils ne suffisent généralement pas – du moins pour les trois (3) premières phases du cas – à l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Nous élaborons maintenant sur l'influence des dynamiques financières-stratégiques sur les résultats produits, indicateurs de résultats ayant fait l'objet d'une présentation à la section portant sur le cadre conceptuel. Nous reprenons les résultats en fonction de modèles de performance avant de conclure cette section sur une proposition sur la performance globale des pratiques financières des hôpitaux à l'étude. Par ailleurs, nous faisons ce que nous avons appelé un constat pour chaque indicateur de résultat retenu. C'est à partir de ces constats que nous élaborons la proposition sur la "performance" des modes de gestion financière.

- ***1. Modèle de l'atteinte des buts – indicateurs retenus : équilibre budgétaire et état de la situation financière***

Commençons cette section en nuanciant les indicateurs retenus pour le modèle de l'atteinte des buts. Étant donné les difficultés à mesurer la production hospitalière et ses effets sur les résultats de santé en termes de leur qualité et/ou de leur quantité – ce qui constitue bel et bien le but ultime de la production de soins et de services – et ce de façon uniforme et pour l'ensemble de la période que couvre l'étude, il a été impossible de retenir ces indicateurs dans le cadre de cette thèse. Nous nous retrouvons, à l'instar des gardiens de ressources, en situation d'asymétrie d'information. De là, et bien que le but premier des hôpitaux ne soit pas l'atteinte de l'équilibre budgétaire, l'équilibre des dépenses et des revenus n'en constitue pas moins une contrainte (voir par exemple l'article 284 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux), parfois un peu floue, pour les hôpitaux québécois.

---

- ***Équilibre budgétaire***

L'atteinte de l'équilibre budgétaire – ici l'équilibre au niveau des activités principales – est un indicateur de résultat facilement vérifiable au moyen des états financiers annuels que doivent déposer chaque hôpital et qui, au préalable, font obligatoirement l'objet d'une vérification par une firme externe. Par la suite, les autorités procèdent à une analyse de ces états financiers. Cette validation, qui peut par la suite être contestée, peut amener une modification à la hausse ou à la baisse du résultat annoncé. Puis, ce résultat est reporté à l'avoir propre de l'Hôpital. Les résultats budgétaires sont présentés au graphique 1 et à l'annexe 2.

Il est possible de synthétiser ces résultats brièvement pour les trois (3) premières phases : alors que l'Hôpital 2 atteint à tous les ans (ou presque) l'équilibre budgétaire, l'Hôpital 1 semble expérimenté des cycles d'équilibres budgétaires suivis de déficits; d'ailleurs trois (3) des phases prennent fin avec un déficit important. La différence entre les hôpitaux s'explique, en partie du moins, par ce qui semble être une discipline budgétaire – également assimilé à l'application d'une recette budgétaire – plus forte à l'Hôpital 2 qu'à l'Hôpital 1. Par exemple, l'Hôpital 2 adopte, toujours ou presque, un budget équilibré dès le début de l'année financière et en cas de besoin, il est plus rapide à déposer des plans prévoyant le retour de l'équilibre.

Bien que l'atteinte de l'équilibre budgétaire au niveau des activités principales soit généralement un résultat facilement vérifiable à partir des états financiers annuels, tel est moins le cas particulièrement en 1996-97 alors qu'avec la détérioration rapide de la situation budgétaire des hôpitaux québécois augmente la politisation du débat quant à la recherche de l'obtention d'une "juste part" des efforts budgétaires, par exemple le financement des coûts de transition de la réforme. Quoique les hôpitaux aient pu comptabilisé les coûts des contraintes imprévues en cours d'année et contestées par les gestionnaires et les administrateurs (ex. coûts de conventions collectives, cathéters, coûts de la transition), puis les soustraire pour obtenir ce qu'ils appellent le budget de gestion, il est cependant difficile de statuer sur l'atteinte de ce budget de gestion. Par exemple, les hôpitaux retenus n'incluent pas nécessairement les mêmes éléments dans leur comptabilisation de ce budget de gestion.

Néanmoins, il est possible de synthétiser les résultats pour cet indicateur pour la phase 4 : l'Hôpital 2 atteint l'équilibre budgétaire en 1994-95 et en 1995-96 puis l'équilibre, ou presque, sur son budget de gestion en 1996-97 alors que l'Hôpital 1 atteint l'équilibre budgétaire en 1995-96 puis l'équilibre sur son budget de gestion en 1996-97. Les changements aux pratiques budgétaires des hôpitaux en phase 4 – en bref, l'Hôpital 2 maintient sa tradition de "déficit zéro" et l'Hôpital 1, selon les dires d'un acteur, "freine l'hémorragie des déficits" – semblent bel et bien contribuer à l'atteinte du résultat de l'équilibre budgétaire.

D'où le constat suivant sur l'atteinte de l'équilibre budgétaire, lequel est cohérent avec des enseignements explicités à l'état des connaissances (exemples : Bruggerman & Van der Stede, 1993; Covaleski et al., 1985), à savoir qu'un contrôle budgétaire serré "produit" plus facilement l'équilibre budgétaire qu'un contrôle lâche :

**Constat :** l'atteinte de résultats budgétaires équilibrés est plus probable pour un hôpital adoptant une vision rationnelle des pratiques budgétaires. De même les changements aux pratiques budgétaires de la phase 4, lesquels vont dans le sens du maintien ou d'un alignement plus marqué pour la vision rationnelle des pratiques budgétaires, contribuent à l'atteinte de résultats budgétaires équilibrés.

- *État de la situation financière*

Une façon de synthétiser l'état de la situation financière d'un hôpital est la présence ou l'absence d'une dette, une dette étant le cumul des déficits et les intérêts de ces déficits. L'Hôpital 2 étant toujours (ou presque) en équilibre, sa situation budgétaire peut être qualifiée de saine; conséquemment l'Hôpital 2 n'a pas de dette du moins pour les trois (3) premières phases du cas. La réalisation d'un déficit en 1996-97 constitue une dette bien que celle-ci pourrait être annulée lors du remboursement des déficits annoncés à l'hiver 1999.

Tel qu'explicité auparavant, l'Hôpital 1 semble passer par des cycles d'équilibres et de déficits budgétaires ce qui contribue – puisqu'il n'est pas en mesure, particulièrement à partir de 1990-91, de rembourser ses déficits – à une détérioration de sa situation budgétaire. L'une des conséquences de cette détérioration est que l'Hôpital 1 est moins en mesure d'utiliser certains leviers



---

pour son développement (voir la section 4.1.3. pour l'explicitation de ces leviers). L'un de ces leviers est le transfert de fonds de l'avoir propre, l'avoir propre pouvant être alimenté par des surplus budgétaires suite à l'analyse des états financiers des autorités, pour l'acquisition d'immobilisations. À l'inverse, l'Hôpital 2 est en mesure d'allouer des montants de son avoir propre pour favoriser l'acquisition d'immobilisations.

Aux résultats budgétaires déficitaires se greffent également ce que certains acteurs qualifient de mode de récupération pour l'Hôpital 1. Ce mode de récupération se reflète par une consommation rapide des ajustements budgétaires obtenus par l'Hôpital. Voilà ce qu'on entend par consommation rapide de ses ajustements budgétaires : l'Hôpital 1 a fait des déficits en fin de phase 1 et doit, conséquemment, redresser sa situation financière dès le début de phase 2 malgré la révision, que d'aucuns jugent insuffisante, de sa base budgétaire lors de l'Opération Blitz et du remboursement de déficits passés. Ce redressement est difficile et se fait en l'absence de consensus interne sur la pertinence de redresser.

Il y a redressement, par exemple des réductions de services, mais ce redressement s'explique également par l'abondance relative de ressources (ex. politique de désengorgement des urgences). Cependant l'abondance de l'environnement est insuffisante à financer l'augmentation des activités et la phase 2 prend fin avec un déficit important en 1990-91. En début de phase 3, il y a un ajustement (une révision de base budgétaire) pour "oxygéner" l'Hôpital. Mais l'impact de cet ajustement est de courte durée. La phase 3 prend fin, malgré des efforts de redressement de près de 1 millions de \$, avec un déficit avoisinant la commande budgétaire associée au Défi qualité performance alors que l'année précédente une injection de fonds associés au dossier de la situation à l'urgence permet une addition de lits au permis de l'Hôpital.

Bien que les ajustements budgétaires obtenus contribuent à balancer l'équation budgétaire en cours, ils ne concourent pas nécessairement à l'assainissement de la situation budgétaire de l'Hôpital puisque, tel qu'explicité auparavant, ces gains contribuent à figer les rôles et les responsabilités budgétaires. Cette stabilité des rôles et des responsabilités nuit à la création d'une marge de manoeuvre pour les

---

gardiens de ressources et qui pourrait aller dans le sens d'une discipline budgétaire plus forte.

Ainsi l'ajout de fonds a un effet à court terme sur la situation budgétaire de l'Hôpital. Par exemple, le remboursement d'un déficit permet d'équilibrer a posteriori le budget d'un exercice passé – l'Hôpital y "découvre" également ses buts –, mais puisqu'il ne constitue pas un ajout de fonds pour l'exercice suivant, l'Hôpital peut prévoir une situation déficitaire et, de là, demeure en mode de récupération. Ce mode de récupération a un effet démotivant pour les acteurs pour rétablir la situation budgétaire puisque des efforts substantiels sont à faire, efforts qui avec la hausse des contraintes budgétaires augmentent.

À l'inverse du mode de récupération, l'Hôpital 2 est dans un mode dit "positif". Ainsi lors de la réception de fonds, ce gain est investi à "long terme", c'est-à-dire pour l'exercice courant et/ou pour des exercices ultérieurs. L'obtention de fonds concourt donc plus directement à l'investissement dans le développement planifié de l'Hôpital puisque les fonds obtenus ne servent pas à combler des secteurs déficitaires. Ce mode "positif" est davantage motivant pour les acteurs – cela contribue au maintien d'une discipline budgétaire serrée puisque cette discipline est récompensée (du moins pour les trois (3) premières phases du cas) – et contribue à favoriser l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Notons en passant que l'Hôpital 2 semble expérimenter une consommation rapide suite à un ajustement budgétaire en début de phase 3. En effet, bien que l'Hôpital reçoit un ajustement en 1992-93, dès l'année suivante Il doit procéder à un redressement budgétaire pour être en mesure d'afficher un résultat équilibré. Cet ajustement s'accompagne, rappelons-le, d'un essoufflement de la recette budgétaire et du retour de contraintes budgétaires dans le réseau de la santé.

L'adoption d'une perspective historique et longitudinale pour l'étude des pratiques budgétaires et stratégiques permet la présentation du constat suivant pour le résultat de l'état de la situation budgétaire :

**Constat :** L'adhésion à une vision émergente des pratiques budgétaires contribue à l'atteinte de déficits budgétaires et, ultimement, à la détérioration de la situation budgétaire. En

situation budgétaire déficitaire, l'obtention de fonds sert davantage à régler des problèmes budgétaires passés et/ou courants – l'Hôpital y découvre alors une partie de ses buts – et, de là, contribue peu à l'assainissement de la situation budgétaire de l'Hôpital puisque ces fonds contribuent à figer les rôles et les responsabilités budgétaires. Le mode de récupération résultant de la détérioration de la situation budgétaire est également démotivant pour les efforts de redressement ultérieurs à entreprendre. À l'inverse, l'adhésion aux pratiques budgétaires rationnelles contribue à une situation budgétaire dite saine et à l'instauration d'un mode positif. Par ailleurs, l'argent reçu peut être injecté plus directement dans le développement planifié de l'Hôpital.

Cependant la turbulence de l'environnement en phase 4 semble amener des résultats troublants pour les hôpitaux à l'étude : une détérioration possible de leur situation budgétaire – bien que leur dette pourrait être annulée lors du remboursement des déficits annoncés à l'hiver 1999 – malgré des efforts budgétaires importants. Ainsi l'application de la recette budgétaire est serrée si l'on en juge par les efforts budgétaires. Ces efforts se traduisent, alors qu'il y a une baisse des revenus par rapport à la phase précédente, par une modification de l'offre de soins (ex. virage ambulatoire) et par une diminution des heures travaillées et du taux d'encadrement.

Le changement de cap de l'Hôpital 1 vers l'équilibre budgétaire qu'amène, entre autres, le Plan d'équilibre budgétaire (PEB) n'a cependant pas d'effet sur sa dette passée. En effet, bien que lors de l'adoption du PEB, l'Hôpital 1 envisage le remboursement de sa dette aux fonds d'exploitation et d'immobilisations, l'augmentation des contraintes ne permet pas d'atteindre cet objectif. Par ailleurs, la dette augmente avec la réalisation d'un déficit en 1996-97. L'Hôpital 2 connaît une détérioration rapide de sa situation financière et doit emprunter – c'est une première depuis près de 20 ans – pour payer ses dépenses d'opération en 1996-97. C'est d'ailleurs la lecture de l'Hôpital 1 et de l'Hôpital 2 que la détérioration de leur situation financière provient de l'environnement et que n'eut été de facteurs les pénalisant, Ils auraient atteint (ou presque) l'équilibre budgétaire.

Avec la dégradation des résultats budgétaires, l'adaptation des Hôpitaux se traduit, entre autres, par le dépôt de plans s'étalant, non plus sur un exercice budgétaire mais sur horizon de trois (3) voire de cinq (5) ans. Ces plans permettent

d'envisager, d'une part, le retour de l'équilibre budgétaire et, d'autre part, le remboursement de la dette. À l'Hôpital 1, le dépôt d'un cadre financier, s'étalant sur cinq (5) ans et déposé en février 1997, pourrait permettre le remboursement de la dette à la condition que les contraintes réelles n'excèdent pas celles annoncées. La réduction des dépenses sur cinq (5) ans est alors estimée à près de 20M\$. Bien que l'Hôpital 2 prépare un plan d'affaires, à l'hiver 1997, s'étalant sur un horizon de trois (3) ans, Il est en mesure de présenter un plan d'équilibre pour 1998-99, après un allègement de la contrainte de 1997-98, en autant que cessent les contraintes budgétaires.

La crédibilité des plans des hôpitaux pour retrouver l'équilibre serait reconnue par les instances gouvernementales d'où l'absence de pénalité présumée pour leurs projets de développement. Même si leurs projets ne semblent pas affectés par leur déficit de 1996-97, des pénalités réelles sont présentes dont le paiement pour les intérêts de la dette, la gestion des emprunts générée par la situation financière et l'impact négatif sur l'avoir propre. Il y a bien longtemps que l'Hôpital 1 n'a eu recours à son avoir propre pour financer l'acquisition d'immobilisations.

- **2. *Modèle de l'acquisition des ressources – indicateurs retenus : capacité de développement et type de développement produit***

- ***Capacité de développement***

Les deux (2) modes de gestion budgétaire semblent efficaces à générer un développement intéressant pour les hôpitaux à l'étude. Particulièrement pour les trois (3) premières phases de l'historique, la capacité de développement est positive pour les deux (2) hôpitaux du moins en termes de la croissance des activités. L'Hôpital 1 ne semble pas avoir été pénalisé par la réalisation occasionnelle de résultats déficitaires importants, du moins pour ses activités de soins. En effet, la réalisation de déficits importants a été suivie, sauf en 1994-95, d'un remboursement (ex. en 1986) ou d'une révision de la base budgétaire (ex. en 1990-91).

Cependant, la réalisation de résultats déficitaires entraîne un effet négatif pour l'acquisition d'immobilisations. D'une part, celle-ci diminue la possibilité du recours à l'avoir propre pour pouvoir financer des projets d'immobilisations et, d'autre part, l'autorisation de projets d'immobilisations (ex. résonance magnétique)

---

par les autorités a pu être retardé en fonction de l'atteinte du critère de l'équilibre budgétaire. Par ailleurs, et particulièrement à partir de la phase 3 où l'environnement augmente sa production de normes, le monitoring de la situation à l'urgence des hôpitaux peut également avoir fait retarder l'autorisation et la réalisation de travaux d'immobilisations. L'Hôpital 1 – du moins selon des acteurs rencontrés – se dit d'ailleurs "freiné dans son élan" et pénalisé par ces objectifs de résultats. Est-ce à cause de ses clientèles (ex. pas de pressions provenant de clientèles de longue durée), mais l'Hôpital 2 semble davantage "protégé" que l'Hôpital 1 quant au monitoring de sa situation à l'urgence.

En phase 4, l'ampleur des contraintes budgétaires est telle qu'elle a probablement affecté la capacité de développement des hôpitaux. L'appréciation de ce résultat est cependant difficile avec la transformation qu'expérimente le réseau de la santé. Ainsi avec l'accélération du virage ambulatoire, le nombre de lits dressés diminue pour l'Hôpital 1 et l'Hôpital 2 alors qu'augmente le nombre de cliniques externes et de centres de jour. La capacité de développement semble tout de même intéressante. Par exemple, des projets significatifs de l'Hôpital 1, dont l'acquisition de la résonance magnétique, l'amorce du centre ambulatoire annoncé dans le PROS régional et l'ajout de clientèles en traumatologie, sont en développement et l'ouverture du centre d'oncologie pédiatrique en 1995 permet, entre autres, l'ajout de greffes de moelle osseuse à la stratégie de l'Hôpital 2. Cependant, la réalisation de déficit en 1996-97 entraîne un effet négatif pour l'autorisation et la réalisation de projets d'immobilisations.

D'où le constat suivant sur le résultat de la capacité de développement des hôpitaux. La "bonne" performance qu'obtient l'Hôpital 1, malgré ses résultats déficitaires, est cohérente avec les résultats obtenus dans d'autres études (exemples : Bégin et al., 1987; Brunsson 1989) :

**Constat :** les visions rationnelle et émergente des pratiques budgétaires génèrent une capacité de développement intéressante pour les hôpitaux. Avec l'augmentation de normes provenant de l'environnement, le rythme de développement a cependant pu être affecté, particulièrement pour les immobilisations, pour la vision émergente des pratiques budgétaires.

- ***Type de développement***

Cet indicateur de résultat ayant déjà fait l'objet d'une analyse lors de la présentation de l'importance de la gestion financière sur la stratégie des hôpitaux retenus, nous reprenons ici le constat suivant :

**Constat :** l'adhésion à une vision rationnelle des pratiques budgétaires produit un développement plus contrôlé de la stratégie intentionnelle de l'Hôpital 2 alors que l'adhésion à une vision émergente des pratiques budgétaires produit un développement plus émergent de la stratégie de l'Hôpital 1.

Par ailleurs et particulièrement à partir de la phase 3, l'allocation de ressources de l'environnement en fonction de priorités et l'évolution de l'environnement (ex. austérité budgétaire, décentralisation administrative) contribuent également à l'instauration d'un développement moins émergent, particulièrement pour l'Hôpital 1. D'ailleurs les changements aux pratiques budgétaires de l'Hôpital 1 en phase 4 se caractérisent, tel qu'explicité antérieurement, par une plus forte coexistence des visions rationnelle et émergente, coexistence se reflétant, par exemple, par la difficulté de planifier entièrement le développement en présence de pressions technologiques, démographiques et de l'évolution des bonnes pratiques. Cette difficulté à planifier le développement se reflète également par la non réalisation de l'une des cibles du PEB, celle des choix organisationnels. En effet, choisir d'abandonner des secteurs, des activités ou encore de réduire des bassins de desserte serait difficile, d'autant plus avec l'incertitude entourant l'affiliation universitaire. Enfin, les changements aux pratiques budgétaires de l'Hôpital 2 s'inscrivent en continuité avec la vision rationnelle; de là, l'Hôpital maintient sa tradition de faire converger sa gestion financière et sa stratégie intentionnelle.

- ***3. Modèle de l'harmonisation des intérêts – indicateurs retenus : écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée et allocation des responsabilités budgétaires***

- ***Écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée***

En prenant en considération les caractéristiques des initiatives choisies et les résultats sur les activités, il est possible d'apprécier l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée des hôpitaux à l'étude. Cet écart est assez faible pour les deux (2) hôpitaux quoi qu'il semble plus élevé pour l'Hôpital adhérent davantage à une vision émergente des pratiques budgétaires. Par exemple,

---

l'augmentation des activités de longue durée n'était pas nécessairement valorisée par l'Hôpital, du moins en termes de niche stratégique. Par ailleurs, les délais amenés pour certains projets d'immobilisations (ex. résonance magnétique), délais causés en partie par le monitoring de la situation à l'urgence et de la situation budgétaire de l'Hôpital, de même que l'incertitude entourant le maintien du statut universitaire font en sorte d'augmenter cet écart. D'où le constat suivant lequel est cohérent avec la première proposition :

**Constat :** l'adhésion à une vision émergente des pratiques budgétaires semble contribuer à un écart plus élevé entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée.

Alors que l'état des connaissances a abordé l'idée qu'un couplage faible entre les budgets et la planification de la stratégie (entre autres : Brunsson, 1989; Mintzberg, 1994; Shank et al., 1973) résultait en deux (2) solitudes – celle des processus budgétaires et celle de la formulation de la stratégie – le constat que nous soulevons ici indique que l'adhésion à une vision émergente des pratiques budgétaires produit – l'inverse serait surprenant – un écart plus élevé entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée que l'adhésion à une vision rationnelle des pratiques budgétaires.

En phase 4, la transformation de l'environnement semble également amener une hausse de l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée. Ainsi bien que cet écart soit relativement faible en regard des initiatives choisies – par exemple, l'Hôpital 1 réussit à renverser la tendance aux déficits importants de la fin de la phase 3 et l'Hôpital 2 adapte rapidement ses pratiques budgétaires pour maintenir sa situation financière – les délais et les incertitudes qui accompagnent des pans de la réforme (ex. discussions entourant la rationalisation des ressources académiques, discussions entourant la fermeture d'hôpitaux) résultent en une augmentation de cet écart pour les hôpitaux.

Par exemple, les discussions ayant débuté à la phase 3 et entourant l'octroi d'un statut universitaire pour l'Hôpital 1 prennent fin avec la confirmation de la désignation CAU par le Ministre, à l'hiver 1997, puis lors de la signature du contrat d'affiliation en 1998. La plupart des secteurs d'excellence identifiés dans

une démarche de l'Hôpital, en début de phase 4, sont alors confirmés. Bien que l'octroi de ce statut soit positif pour l'Hôpital, l'incertitude entourant ces discussions a pu avoir un impact sur ses résultats budgétaires; par exemple, cela n'a pas facilité la réalisation de la cible du PEB des choix organisationnels d'où également un développement moins planifié que voulu. Par ailleurs, la mise en place du réseau pédiatrique valorisé par l'Hôpital 2, mise en place que pourrait faciliter l'instauration d'un plan de pratique pour les médecins, semble retardée par la désignation et l'implantation des CHUs lors de cette phase. Autre exemple, et c'est ce que soulève l'initiative de la comptabilisation des coûts du redéploiement, l'Hôpital 2 se dit pénalisé par la gestion régionalisée de dossiers de la main-d'oeuvre amenée par la réforme et doit emprunter pour ses dépenses d'opérations.

- ***Allocation des responsabilités budgétaires : centralisation et décentralisation***

Cet indicateur de résultat a déjà fait l'objet d'une analyse lors de la présentation de facteurs favorisant le maintien des modes de gestion budgétaires, d'où le constat suivant :

**Constat :** l'adhésion à une vision rationnelle des pratiques budgétaires est associée à un niveau plus élevé de décentralisation et, à l'inverse, l'adhésion à une vision émergente à un niveau plus faible de décentralisation.

Par ailleurs, l'adaptation des pratiques budgétaires à la décroissance des revenus semble s'inscrire dans des mouvements inverses de centralisation/décentralisation pour les hôpitaux en phase 4 : l'Hôpital pour lequel un niveau élevé de décentralisation avait été noté pour les trois (3) premières phases connaît un mouvement de centralisation alors que l'Hôpital auparavant plus centralisé se décentralise. Ainsi des initiatives de l'Hôpital 1, particulièrement le PEB et les modifications à la méthode de budgétisation interne, amènent un transfert de responsabilités aux directions. Par exemple, l'obligation plus forte pour chaque direction d'atteindre le budget qui lui est alloué est facilitée par l'octroi d'un budget "réaliste".

À l'inverse, l'Hôpital 2 corrige la forte compétition diagnostiquée lors de phases antérieures et les façons de faire amènent une centralisation accrue de la gestion



budgétaire. Par exemple, la coordination de l'opération RUR relève de la direction générale et l'allocation des marges de manoeuvre ne se fait plus lors de Lacs-à-L'Épaule avec l'examen des projets des différentes directions mais au sein de comités de l'Hôpital. Ce mouvement de centralisation serait également associé à la recherche d'une nouvelle recette budgétaire stable – par exemple la RUR est remplacée par une démarche de réingénierie en 1996-97 – que pourrait amener un arrimage avec l'implantation d'une structure par programmes.

- **4. Gains d'influence et de marge de manoeuvre**

Ce dernier résultat retenu, de nature plus microscopique puisqu'il est associé aux gardiens et aux trésoriers, se reflète par la présence d'une sphère d'influence au sein de l'organisation pour ces acteurs (Colignon & Covaleski, 1988, p. 570; Hardy et al., 1984; Hopwood, 1974, p. 53). Rappelons que l'adhésion à une vision rationnelle des pratiques budgétaires a été associée à un partage de responsabilités budgétaires efficace entre les gardiens et les consommateurs de ressources, du moins pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Ainsi l'Hôpital 2, en ne dépensant pas l'argent qu'il n'a pas, est conforme avec ce que l'environnement dit valorisé, du moins en théorie. Ce partage de responsabilités permet la présence d'un contrôle bureaucratique significatif au sein de l'Hôpital se reflétant par l'application serrée de la recette budgétaire, ce qui, par ailleurs, favorise la convergence entre la gestion financière et la stratégie intentionnelle de l'Hôpital. La relative continuité dans les pratiques budgétaires rationnelles de l'Hôpital 2 s'accompagne également d'une faible rotation de certains gardiens (ex. directeur général, directeur des finances).

Cependant, cet équilibre entre les acteurs, et l'équilibre budgétaire qu'il permet, ne semble pouvoir perdurer que si l'environnement récompense la tradition de déficit zéro de l'Hôpital 2. Sans l'octroi périodique de récompenses, il pourrait s'ensuivre une démobilisation des acteurs, particulièrement des consommateurs de ressources, à la discipline budgétaire exigée pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Cela est d'autant vrai lorsque les autorités ne semblent pas pénaliser les hôpitaux délinquants. D'ailleurs pour les trois (3) premières phases du cas, l'Hôpital obtient "gain de cause" pour son comportement budgétaire. De là, l'Hôpital est en mesure de maintenir un espace significatif pour les gardiens pour

---

accomplir ce rôle en autant qu'Il soit occasionnellement un consommateur efficace en termes d'obtention de ressources vis-à-vis l'environnement; d'où ce que nous avons assimilé antérieurement au maintien du dialogue efficace interne/externe, c'est-à-dire un processus budgétaire interne renforcé par l'obtention de fonds externes.

Les octrois de l'environnement favorisent le maintien de l'influence des gardiens pour, d'une part, maintenir l'application serrée de la recette budgétaire – cela permet le maintien d'un espace significatif pour l'accomplissement du rôle de gardien, que ce rôle soit joué par des gestionnaires professionnels ou non professionnels – et, de là, contribuent à la réalisation d'un écart faible entre la stratégie intentionnelle et la stratégie réalisée de l'Hôpital 2.

À l'inverse, l'adhésion à une vision davantage émergente des pratiques budgétaires de l'Hôpital 1 s'accompagne d'un partage moins efficace de responsabilités budgétaires, du moins pour favoriser l'atteinte de l'équilibre budgétaire, entre les gardiens et les consommateurs de ressources. Est-ce à cause de pressions technologiques et démographiques et de la difficulté de faire des choix qui pourraient, entre autres, fragiliser la position de l'Hôpital sur l'échiquier universitaire, mais toujours est-il que le consommateur de ressources semble en quelque sorte l'emporter sur le gardiens d'où une émergence plus forte d'activités non planifiées et la réalisation de déficits budgétaires.

Il s'ensuit un contrôle bureaucratique plus faible qu'à l'Hôpital 2 et les gains d'influence ou de marge de manoeuvre pour les gardiens, qui pourraient favoriser une plus grande convergence entre la gestion financière et la stratégie intentionnelle, plus difficiles à obtenir et à conserver. En fait ces gains, tout comme les ajustements budgétaires, sont "consommés" rapidement et semblent davantage sujets à l'obtention de fonds de l'environnement que de modifications aux pratiques budgétaires internes. Les fonds alloués à l'Hôpital 1 semblent par ailleurs contribuer, alors que l'Hôpital expérimente une rotation assez élevée de gardiens (ex. directeur général, directeur des finances), à figer l'allocation des responsabilités budgétaires. Cela nuit à l'instauration d'une marge de manoeuvre significative pour les gardiens alors que, simultanément, la détérioration de la

---

situation budgétaire nécessite des efforts substantiels de redressement pour sortir l'Hôpital du mode de récupération dans lequel Il se retrouve.

Ainsi étant donné l'ambiguïté et la multiplicité des rôles budgétaires, au sein des bureaucraties professionnelles du moins, les gains d'influence pour les gardiens qui peuvent favoriser la "rationalité" au sein de l'organisation (ex. présence d'un contrôle bureaucratique "significatif") sont faits en échange de gains vis-à-vis l'environnement. Ce constat est similaire à celui obtenu par Covaleski, Dirsmith et Michelman (1993) dans une étude sur l'implantation d'un système de paiement pour les hôpitaux basé sur les DRG. D'où le constat suivant sur les gains d'influence pour les gardiens de ressources : ces gains semblent plus significatifs pour les gardiens de l'Hôpital 2 que pour ceux de l'Hôpital 1. Par ailleurs, ces gains semblent fragiles puisque le maintien d'un espace significatif pour accomplir le rôle de gardien nécessite l'octroi occasionnel de fonds :

**Constat :** l'obtention de gains d'influence pour les gardiens nécessite l'obtention de ressources de l'environnement. Ainsi les gardiens officiels doivent être des consommateurs efficaces vis-à-vis l'environnement pour être en mesure d'accomplir leur rôle de gardien – voire partager ce rôle avec les consommateurs de ressources – au sein de l'hôpital. Puisque les fonds obtenus de l'environnement figent les responsabilités budgétaires, les gains d'influence qui y sont associés permettent au sein de l'Hôpital adhérant à une vision rationnelle des pratiques budgétaires de maintenir l'application serrée de la recette budgétaire ce qui, de là, favorise la convergence entre la gestion financière et la stratégie intentionnelle de l'Hôpital. Pour l'Hôpital adhérant à une vision émergente des pratiques budgétaires, ces gains d'influence sont plus fragiles – ils ne permettent pas de consolider substantiellement les pratiques budgétaires – et, de là, contribuent à une plus faible convergence entre la gestion financière et la stratégie de l'Hôpital.

Par ailleurs, en situation de stress financier, les gardiens de ressources seraient à même de pouvoir augmenter leur sphère d'influence (Colignon & Covaleski, 1988; Hardy et al., 1984; Hopwood, 1974), une crise budgétaire servant en quelque sorte de motif pour tenter d'augmenter le contrôle bureaucratique et l'influence managériale au sein de l'organisation (Armstrong, 1985; Colignon & Covaleski, 1988). L'un des gains possibles pour les gardiens est l'augmentation de

---

connaissances sur les activités de l'organisation, ce gain contribuant à "corriger" l'asymétrie d'information expérimentée par les gardiens officiels de ressources.

La récente période d'austérité budgétaire a amené des changements dans les pratiques budgétaires des hôpitaux à l'étude en phase 4, changements allant dans le sens du maintien ou de l'augmentation du contrôle bureaucratique, quoique la turbulence de l'environnement semble contribuer à fragiliser les gains d'influence des gardiens. Ainsi les changements apportés aux pratiques budgétaires de l'Hôpital 1 s'accompagnent d'une coexistence de pratiques rationnelles – le contrôle bureaucratique semble à la hausse – et émergentes où demeure la difficulté de planifier entièrement le développement malgré un mouvement de vigilance accrue amenée par une plus forte décentralisation. Les gains de l'Hôpital 1 (ex. la désignation CAU, le dégel de dossiers suite à l'équilibre de 1995-96, l'autorisation d'acquérir la résonance magnétique) semblent contribués à ce revirement de philosophie budgétaire. De là un réalignement – ou un rééquilibrage – entre les acteurs où les gardiens et les trésoriers pourraient, ou presque, l'emporter sur les consommateurs de ressources bien que le retour d'une contestation de l'environnement fragilise ce réalignement.

Ainsi en l'absence d'un réseau de soins intégrés et avec l'incertitude entourant l'affiliation universitaire, il est difficile pour l'Hôpital d'atteindre les cibles de la "complémentarité" et des "choix organisationnels" et ce, malgré l'identification de secteurs d'excellence lors de cette phase. En effet, choisir d'abandonner des secteurs, des activités ou encore de réduire des bassins de desserte serait difficile, bien que la sensibilisation ait été amorcée, tant que la position de l'Hôpital sur l'échiquier universitaire n'est pas assurée. Il semble que des consommateurs de ressources – dont probablement des médecins – soient tiraillés entre leur rôle de gardien et de consommateur. Avec l'augmentation des contraintes budgétaires, il s'ensuit également un réaménagement du PEB.

Pour l'Hôpital 2, les modifications aux pratiques budgétaires contribuent au maintien des traditions organisationnelles de déficit zéro et de développement planifié. Ainsi et tout comme pour les phases précédentes, il s'ensuit que le gardien des ressources semble (ou presque) l'emporter sur le consommateur.

---

Cependant les gains d'influence associées aux nouvelles pratiques budgétaires sont à consolider puisque, d'une part, l'Hôpital est à la recherche d'une nouvelle recette budgétaire stable et que, d'autre part, l'"aide de l'environnement" tarde à se manifester dans le dossier du réseau de soins pédiatriques. L'une des conditions favorisant l'implantation du réseau à savoir la mise en place d'un plan de pratique pour les médecins semble retardée par la poursuite des discussions sur la rationalisation des ressources académiques.

La mise en place d'un tel plan pourrait favoriser l'obtention de gains supplémentaires d'utilisation rationnelle des ressources grâce, entre autres, à une diminution des cas de première et de deuxième lignes. Les médecins se disent d'ailleurs pénalisés par le mode de rémunération prépondérant dans les hôpitaux, la rémunération à l'acte. Par ailleurs, l'Hôpital 2 se dit pénalisé par l'environnement, par exemple par la gestion régionalisée de dossiers de la main d'oeuvre inhérente à la fermeture d'hôpitaux, d'où la réalisation d'un déficit budgétaire en 1996-97.

Enfin, la bonne performance budgétaire de l'Hôpital 1 et de l'Hôpital 2 – c'est-à-dire un déficit sur les activités avoisinant 3% de leurs revenus en 1996-97 –, à comparer à celle de la plupart des hôpitaux de la région ayant une désignation CAU ou CHU, peut amener des défis pour la motivation des différents acteurs à continuer d'adhérer à une philosophie de gestion de "déficit zéro". Est-ce un retour de la phase 1 où une tolérance aux déficits a été notée, mais toujours est-il qu'avec la détérioration de la situation budgétaire des hôpitaux québécois suite, entre autres, à une augmentation des contraintes budgétaires, il importe de démontrer l'efficacité du processus de budgétisation interne et de répondre à des questions telles : Serons-nous pénalisés de bien gérer? Ne serait-il pas mieux d'être délinquant et d'attendre la réponse finale au financement de coûts de transition et d'autres contraintes, et, de là, de notre dette finale qui pour l'instant demeure virtuelle? Alors que la tradition de déficit zéro de l'Hôpital 2 le protège davantage de ses questionnements, l'Hôpital 1 est à réaliser un redressement substantiel – lequel reste à consolider – de sa philosophie budgétaire, suite à une gestion plutôt politique à la phase antérieure.

---

- **5. Synthèse**

En résumé, les deux (2) dynamiques financières-stratégiques obtiennent des résultats différents. Par exemple, l'Hôpital adhérant davantage à une vision émergente des pratiques budgétaires connaît un développement possiblement aussi intéressant que pour l'autre Hôpital quoique l'ajout de normes de l'environnement ait pu ralentir celui-ci. Cependant, c'est généralement l'Hôpital adhérant à une vision rationnelle des pratiques budgétaires qui obtient la plus forte note pour l'ensemble des résultats retenus dans le projet : Il atteint à tous les ans (ou presque) l'équilibre budgétaire; sa situation budgétaire est saine; sa capacité de développement est intéressante et ce développement est davantage axé sur ses orientations stratégiques; l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée est plus faible; la décentralisation budgétaire élevée contribue à l'atteinte de l'équilibre budgétaire; et enfin les gains d'influence pour les gardiens sont moins fragiles et contribuent davantage à la convergence entre la gestion financière et la stratégie intentionnelle de l'Hôpital.

D'où la proposition suivante :

**Proposition 5 :** si l'on se fie aux résultats retenus, l'adhésion à la vision rationnelle des pratiques budgétaires est plus performante que l'adhésion à une vision émergente de ces pratiques.

Cette proposition, qui va dans le sens des enseignements traditionnels en gestion – par exemple, il est préférable de planifier ses activités que la situation inverse – implique, entre autres, qu'il est juger préférable pour un hôpital d'afficher une situation budgétaire saine que l'inverse, que son développement soit axé sur ses orientations stratégiques que l'inverse ou, encore, que l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée soit faible.

D'aucuns pourraient questionner, ou à tout le moins nuancer, cette proposition. Par exemple, nous pourrions débattre du bien-fondé pour une organisation, et particulièrement pour une bureaucratie professionnelle, de poursuivre une stratégie délibérée. En effet, les professionnels étant probablement les plus qualifiés pour identifier des initiatives stratégiques appropriées (Mintzberg, 1994), la planification stratégique formelle ne peut que jouer un rôle limité dans la formation de la stratégie organisationnelle. De même, une étude de Burgelman

---

(1991) a montré que les stratégies autonomes (ou émergentes) des professionnels, c'est-à-dire des initiatives entrepreneuriales provenant du coeur de l'organisation, peuvent jouer un rôle significatif pour renouveler les organisations. Ainsi, une approche "trop" rationnelle pourrait limiter ou freiner les initiatives des professionnels. Par ailleurs, une approche "trop" opportuniste peut échouer à discriminer entre les différentes initiatives, d'où le développement "du meilleur comme du pire". Enfin notre analyse, et la proposition qui en découle, ne tient pas compte – puisque nous n'avons pu le faire – de la qualité de ce qui est produit par ces deux (2) hôpitaux. Il est donc impossible pour une chercheuse en situation d'asymétrie d'information de démêler la "véritable performance de la fausse".

#### ***4.3.3.3 Troisième objectif de la recherche : Comprendre l'influence de l'environnement externe sur les dynamiques financières-stratégiques retenues***

La diversité des pratiques budgétaires s'explique, en partie du moins, par l'influence de l'environnement. Nous avons déjà élaboré sur l'influence de l'environnement externe lors de la présentation du premier objectif de la recherche, particulièrement dans la section traitant des facteurs favorisant le maintien des pratiques budgétaires des hôpitaux à l'étude. Ainsi alors que l'une des propositions (la proposition 2) énonce que toute recette budgétaire peut perdurer sur une longue période en autant que le permette l'environnement, une autre proposition (la proposition 3) stipule que la vision émergente des pratiques budgétaires est la plus durable et la plus difficile à changer puisqu'elle suit les pressions changeantes de l'environnement.

En effet et malgré la volonté de l'environnement, particulièrement des autorités envers lesquelles les hôpitaux sont redevables, de favoriser les pratiques budgétaires rationnelles, par exemple en rendant l'allocation d'enveloppes budgétaires conditionnelle à la réalisation de l'équilibre budgétaire et en introduisant la notion de performance pour allouer des ressources (en général des compressions), ce même environnement a, à l'occasion du moins, allouer des ressources aux hôpitaux déficitaires voire il a remboursé, à quelques reprises, les déficits d'opération des hôpitaux québécois. Ces changements de comportements des autorités semblent favoriser la continuité des pratiques budgétaires

---

émergentes – également des pratiques budgétaires plus rationnelles – en plus que de contribuer à figer l'allocation des rôles et des pratiques budgétaires ce qui nuit, entre autres, à l'instauration d'une plus forte discipline budgétaire au niveau local.

La volonté de l'environnement de favoriser des pratiques budgétaires rationnelles semble limitée par l'asymétrie d'informations qu'il expérimente : ainsi au niveau du système de soins, les gardiens officiels des ressources sont les autorités (ex. MSSS, Régie régionale), les consommateurs étant alors les organisations. Ces gardiens sont fidèles au contrôle bureaucratique qu'ils privilégient – la section 4.1 sur le contexte de l'environnement budgétaire des hôpitaux montre bien le suivi méticuleux exigé des hôpitaux – alors que paradoxalement les systèmes d'information mis en place contribuent peu à la régulation des hôpitaux. Ce constat de la faible contribution des systèmes d'information à la régulation efficiente du réseau avait été soulevé au moment de l'étude de Bégin et collaborateurs (1987, p. 104-112) et tient toujours, à quelque bémols près, aujourd'hui (Angus et al., 1995; Lemay, 1997).

Malgré les efforts faits par les autorités pour contrôler l'évolution des coûts, et l'emploi occasionnel de la notion de performance pour allouer des ressources (ex. MRBB, NIRU), il arrive que ces autorités remboursent les déficits des hôpitaux. Pour la période considérée dans le cadre de ce projet de recherche, quatre (4) remboursements ont été identifiés. Il y a eu deux (2) remboursements en 1983, le premier pour les exercices budgétaires 1974-75 à 1979-80 et l'autre pour les années 1980-81 et 1981-82. Un troisième remboursement est annoncé au printemps 1986, suite à l'opération Blitz, et s'applique aux déficits de quatre exercices (1982-83 à 1985-86).

Enfin à l'hiver 1999, et suite à la divulgation d'un budget équilibré pour le Québec, on annonce le remboursement de la dette accumulée du réseau de la santé. Ainsi, la diversité des pratiques budgétaires s'explique, en partie du moins, par ce qui semble être l'incapacité de l'environnement d'évaluer les hôpitaux sur la base de leurs modes de gestion budgétaire pour l'allocation de ressources. Les autorités, dans l'incapacité de discriminer entre les différents modes de gestion financière des hôpitaux, deviennent à l'occasion – en général, suite à une



---

détérioration de la situation budgétaire du réseau des hôpitaux québécois, détérioration faisant suite à l'octroi d'efforts budgétaires pour ces mêmes hôpitaux – un consommateur de ressources vis-à-vis le Conseil du Trésor.

Pour l'obtention de ressources, la gestion des relations des hôpitaux avec l'environnement est influencée par plusieurs facteurs, principalement par la gestion du politique (ex. gestion des bonnes relations, dossiers déposés au Ministre et/ou au député, GTI), par l'état de l'économie (ex. crise des finances publiques) et par les normes et les objectifs socio-sanitaires (ex. adoption de la politique de santé et de bien-être, virage ambulatoire) priorisés par l'environnement.

En ce qui a trait à la gestion du politique, les deux (2) hôpitaux y ont recours bien que différemment. Ainsi, les gains que fait l'Hôpital 2 suivent (parfois) la démonstration d'une sous-budgétisation alors que simultanément Il affiche des résultats budgétaires équilibrés. Les gains ainsi obtenus permettent, tel que spécifié antérieurement, le maintien de pratiques budgétaires dites rationnelles. À l'inverse, les gains que fait l'Hôpital 1 suivent (parfois) la réalisation de déficits budgétaires. Résumons ainsi le discours employé par chaque hôpital, du moins pour les trois (3) premières phases, pour sa gestion avec le politique : l'Hôpital 1 répond aux besoins croissants des clientèles en situation d'insuffisance de financement d'où la réalisation d'un déficit (gain via délinquance) et l'Hôpital 2 pénalise (ou risque de pénaliser) ses clientèles à force d'avoir de bonnes pratiques non reconnues par les autorités (gain via saine gestion).

Ces deux (2) comportements semblent efficaces du moins en termes d'acquisition de ressources et de développement. Cette gestion du politique n'est plus disponible à la phase 4 suite à la décentralisation administrative du système de soins bien que les hôpitaux semblent se rapprocher de leur Régie régionale pour favoriser l'inclusion de leurs projets dans le projet régional d'organisation des services (PROS).

Par ailleurs, l'influence de l'état de l'économie est complexe sur les dynamiques financières-stratégiques. Par exemple lors de la première phase, bien que

---

l'environnement valorise, en théorie du moins, l'atteinte de l'équilibre budgétaire pour les hôpitaux, en pratique ceux affichant des déficits n'ont pas nécessairement été pénalisés. C'est le cas pour l'Hôpital 1 bien qu'il soit difficile d'avancer que l'Hôpital 2 ait été pénalisé puisqu'il a eu recours efficacement à la gestion du politique pour faire reconnaître sa spécificité lors de cette phase. Cette tolérance aux déficits s'accompagne d'une vague de compressions budgétaires et de l'incapacité de l'environnement d'obtenir l'appui des établissements pour une méthode controversée d'allouer, en partie du moins, ces compressions.

Le retour d'une plus grande richesse de l'environnement, lors de la phase 2, met fin à cette tolérance aux déficits bien que, simultanément, le financement accru qu'a pu obtenir les hôpitaux déficitaires – il est alors possible que des hôpitaux en équilibre, en période de rareté des ressources (phase 1), aient été pénalisés puisque ceux-ci n'ont pas expérimenté de révision de leur base budgétaire – et la fin des compressions budgétaires facilitent l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Le redressement budgétaire de l'Hôpital 1 est facilité, en partie du moins, par la richesse de l'environnement alors que l'Hôpital 2 est instantanément adapté aux nouvelles exigences de l'environnement. Ainsi la plus forte propension de l'environnement à tenir compte de l'équilibre budgétaire comme indicateur de performance – ce qui contribue également à rendre crédible le rôle de gardien des ressources au sein des organisations – s'accompagne d'une plus grande abondance des ressources.

En phase 3, le retour de "petites" compressions budgétaires associé à une plus forte production de normes (ex. celles du GTI) amène des efforts des hôpitaux pour s'y conformer. En ce qui a trait aux commandes budgétaires, les efforts de saine gestion de l'Hôpital 1 sont insuffisants au redressement de sa situation budgétaire et "échangés" contre de l'aide l'environnement – voir le titre de la troisième phase de l'étude de cas – alors que ceux de l'Hôpital 2 contribuent à une baisse du développement planifié et à l'essoufflement des pratiques budgétaires traditionnelles. Bien que les hôpitaux adhèrent, en théorie du moins, aux objectifs de résultats valorisés, ils essaient souvent de mettre en place des tactiques pour retarder l'application effective des normes et/ou, en l'absence d'indicateurs consensuels de performance dans le réseau, de critiquer la rationalité des normes

---

et des critères choisis et, de là, tenter de faire modifier les exigences annoncées. Ces tactiques vont dans le sens de celles émises, entre autres, par Oliver (1991); ainsi, les organisations n'assistent pas passivement à leur décroissance et à l'arrivée de nouvelles normes et attentes institutionnelles.

Par exemple, l'Hôpital 1 adopte, relativement à la situation de sa salle d'urgence, un comportement alliant simultanément l'obéissance et la résistance, selon la terminologie employée par Covalski, Dirsmith et Michelman (1993). Ainsi, l'Hôpital oeuvre à éviter les pénalités financières suite à la non réalisation d'objectifs de résultat (ex. séjours excessifs) – en alléguant l'augmentation de la demande et des activités et le caractère perfectible des indicateurs choisis – tout en cherchant à obtenir des ressources pour corriger la situation (ex. ajout de lits ou de lits permis, nombre de civières). Cependant la non atteinte des objectifs de résultats du GTI contribue à retarder des projets d'immobilisations de l'Hôpital 1.

Alors qu'à la phase 3, le réseau expérimente le retour de "petites" contraintes budgétaires et de changements initiés par la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, laquelle se traduit par une décentralisation accrue de l'organisation des services et de l'allocation de ressources et par l'adoption d'une politique de santé et de bien-être, la phase 4 en est une de plus grande turbulence tant au niveau de l'ampleur des contraintes budgétaires que de la vitesse des changements souhaités pour transformer le système (ex. virage ambulatoire).

L'ampleur des compressions exigée dans la foulée du Défi qualité performance en 1994-95 et la perturbation dans le calendrier des efforts planifiés par les hôpitaux suite à l'adoption, à l'automne 1996, de l'objectif du déficit zéro conjuguées à la vitesse demandée pour implanter les changements de la réforme, et ce sans financement de transition, s'accompagnent d'une détérioration rapide de la situation budgétaire dans le réseau des hôpitaux malgré les efforts budgétaires faits.

L'allocation et le niveau des compressions sont remis en question et génèrent des interrogations sur, entre autres, la capacité qu'ont les hôpitaux de pouvoir remplir les commandes budgétaires alors que des conditions qui pourraient les aider ne

---

sont pas mises en place. Ainsi la réduction significative des revenus ne s'accompagne pas de changements substantifs dans la dynamique même du système de soins (ex. harmonisation des modes de rémunération des professionnels et des établissements, non déréglementation pour des dossiers de ressources humaines, non révision du panier de services) qui auraient permis de faciliter ces efforts.

Est-ce le reflet d'une commande budgétaire inatteignable, mais toujours est-il que l'Hôpital 1 et l'Hôpital 2 ne sont plus en mesure d'atteindre l'équilibre budgétaire, malgré les modifications apportées à leurs pratiques budgétaires lors de cette phase, particulièrement en 1996-97 alors que de nouvelles contraintes imprévues leur sont octroyées (ex. redéployés provenant des hôpitaux fermés) sans financement. Les hôpitaux québécois ne reçoivent, d'une part, aucun financement pour les employés redéployés et, d'autre part, ne peuvent les choisir en fonction de leurs besoins de main-d'oeuvre. Les hôpitaux à l'étude s'alignent alors sur ce qu'ils considèrent être en mesure d'accomplir, c'est-à-dire sur l'atteinte de leur budget de gestion; c'est relativement à ce dernier budget – grosso modo un budget excluant les contraintes annoncées en 1996-97 et liées généralement à des décisions prises à des niveaux n'assumant pas la responsabilité financière de celles-ci – qu'ils se disent en équilibre.

Les hôpitaux semblent en "déficit de cohérence" – le rôle de gardien de ressources est de nouveau particulièrement difficile à accomplir – sur ce qu'ils peuvent faire pour transformer le système de soins tout en affichant des résultats budgétaires équilibrés. Par exemple, alors que les efforts budgétaires jumelés à une modification dans l'offre de soins (ex. virage ambulatoire) se traduit, pour une offre équivalente de services, par une baisse des heures travaillées, cette augmentation de la productivité est annulée (ou presque) par une hausse des avantages sociaux et des heures payées.

Enfin, suite à la divulgation d'un budget équilibré pour le gouvernement du Québec, un remboursement des déficits est annoncé à l'hiver 1999 bien que les hôpitaux n'obtiennent pas alors la promesse d'un financement pour l'ensemble des coûts de la réforme (ex. coûts de transition). Le remboursement des déficits – une

---

première depuis près de 15 ans – ne tient pas compte d'indicateurs de la performance relative des établissements. Ce pourrait-il alors que des hôpitaux soient pénalisés pour les efforts de saine gestion faits en phase 4?

En résumé, l'intensité des pressions institutionnelles par rapport à l'atteinte de l'équilibre semble donc varier en fonction de l'état de l'économie : elle semble plus élevée en période de rareté de ressources – par exemple le critère de l'équilibre budgétaire devient une condition pour l'obtention de ressources et l'allocation de compressions a lieu en période d'austérité budgétaire – alors qu'elle semble se relâcher quelque peu lors du retour d'une certaine abondance; c'est dans ces moments qu'ont lieu, par exemple, les remboursements des déficits. Par ailleurs, les mécanismes utilisés lors des épongements des déficits ne tiennent pas compte de la performance relative des établissements.

Ainsi, la richesse de l'environnement s'accompagne de gains (ex. remboursement des déficits) pour les hôpitaux bien que ces gains ne semblent pas pas fonction d'une évaluation de leur performance financière; en d'autres termes, l'environnement est plus conciliant envers les hôpitaux quand les coffres sont garnis. De là, les efforts de gestion saine – du moins en termes d'équilibre budgétaire – que font les hôpitaux en période de rareté de ressources, par exemple lors de l'octroi d'efforts budgétaires, peuvent être pénalisés lorsque l'environnement redevient abondant.

La proposition suivante résume brièvement l'influence de l'environnement sur les dynamiques financières-stratégiques :

**Proposition 6 :** sur une longue période du moins, l'environnement échoue à favoriser les pratiques budgétaires rationnelles lesquelles pourraient contribuer, par ailleurs, à l'atteinte de résultats qu'il valorise dont l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

Cette proposition va dans le sens d'une influence importante de l'environnement externe sur les dynamiques financières-stratégiques bien que le message envoyé aux hôpitaux quant à la valorisation de la saine gestion financière, du moins celle définie en termes du résultat de l'équilibre budgétaire, est ambigu. Reflet de cette

---

ambiguïté, l'environnement n'adopte pas toujours le même comportement envers les hôpitaux, par exemple Il lui arrive de tolérer et de rembourser leurs déficits. Ces changements dans les comportements de l'environnement – lesquels varient, entre autres, en fonction de l'état de l'économie et du recours à la gestion du politique – contribuent au maintien des stratégies opportunistes des organisations malgré le désir de l'environnement de favoriser les pratiques rationnelles au niveau local.

Ainsi et malgré les systèmes d'informations et le suivi budgétaire méticuleux mis en place, l'environnement, en situation d'asymétrie d'information, semble être dans l'impossibilité d'évaluer les hôpitaux sur la base de modèles de gestion financière pour l'allocation des ressources. Par ailleurs, l'environnement semble être dans l'incapacité de mettre en place certaines des conditions qui pourraient faciliter les efforts organisationnels. Par exemple, la réduction significative des revenus des hôpitaux en phase 4 ne s'est pas accompagnée de changements substantifs dans la dynamique même du système de soins (ex. harmonisation des modes de rémunération des professionnels et des établissements, non déréglementation pour des dossiers de ressources humaines, non révision du panier de services) (voir entre autres : Conseil de la santé et du bien-être, 1995; Lemay, 1997).

Ces changements dans les comportements des autorités s'expliquent également par l'efficacité des tactiques des organisations pour faire modifier ces comportements. Ainsi, loin d'assister passivement à leur décroissance, les organisations, en plus de mettre en place des mesures touchant l'organisation (exemple : Paquin, 1984), adoptent des tactiques allant dans le sens de celles émises, entre autres par Oliver (1991) et par Jick et Murray (1982), tactiques variant de la conformité passive à la manipulation proactive. Ces tactiques se caractérisent par une résistance et une obéissance simultanée des organisations, selon la terminologie employée par Covalski, Dirsmith et Michelman (1993). Ainsi, depuis "longtemps" – l'enquête de Bégin, Labelle et Bouchard (1987) illustre quelques-unes des tactiques des hôpitaux – les hôpitaux tentent, d'une part, de s'adapter aux règles budgétaires et aux décisions des autorités centrales et, d'autre part, de les faire modifier. Par exemple, Ils argumentent l'ajout de ressources (ex. pressions technologiques et démographiques), remettent en question la validité des méthodes d'allocation de

---

ressources, dont celles incluant des indicateurs de performance, critiquent la rationalité des normes et des critères choisis et, à l'occasion, demandent le remboursement de leur déficit d'opération.

---

## Chapitre 5 : Discussion

Au terme de cette recherche longitudinale sur la gestion financière et les pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux publics, nous sommes mieux en mesure de discuter des résultats de recherche en regard des objectifs poursuivis. Ces objectifs consistent à comprendre les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques, à apprécier l'influence des dynamiques financières-stratégiques sur les résultats produits et à comprendre l'influence de l'environnement externe sur ces dynamiques. Suite à une discussion sur les résultats de la recherche, nous présentons la contribution, théorique et pratique, de notre recherche, puis nous en soulevons des limites tout en proposant quelques recommandations et des pistes de recherche futures.

### 5.1 Résultats de recherche

L'un des résultats intéressants de la recherche est d'avoir identifié deux (2) modes de gestion financière différents, d'avoir illustré ces modes sur une longue période – voir les études de cas – et, finalement, de les avoir contrastés au niveau des propositions de recherche. Ces modes ont été étiquetés ainsi : les pratiques budgétaires émergentes de l'Hôpital 1 et les pratiques budgétaires rationnelles de l'Hôpital 2. Le lien entre ces modes et les pratiques stratégiques des hôpitaux fait, par ailleurs, l'objet de notre première proposition de recherche : le mode rationnel des pratiques budgétaires s'accompagne d'une stratégie organisationnelle plutôt délibérée et le mode émergent – ou opportuniste – d'une stratégie organisationnelle davantage émergente.

Ainsi, l'adhésion à une vision rationnelle permet une convergence plus forte entre la gestion financière et la stratégie intentionnelle et délibérée (Mintzberg, 1978) de l'Hôpital; en cas de couplage serré entre les processus budgétaires et la stratégie, le budget est assimilable à un plan (Wildavsky, 1964). Par ailleurs, l'adhésion de l'Hôpital 2 à une vision émergente des pratiques budgétaires s'accompagne d'un processus de formation de stratégie autonome ou émergent (Burgelman, 1983, 1991; Mintzberg, 1978) et le budget devient un moyen à partir duquel l'Hôpital "découvre" une partie de ses buts (Covaleski et al., 1985).



---

Alors que l'adhésion pour une organisation au mode émergent des pratiques budgétaires est plus probable (entre autres : Jick & Murray, 1982; Mintzberg 1994), puisqu'elle reflète les caractéristiques des bureaucraties professionnelles (ex. influence des professionnels, pressions changeantes de l'environnement), nous avons "trouvé" un hôpital public adhérent, fait atypique, à une vision rationnelle des pratiques budgétaires sur une longue période. Bien que des changements aux pratiques budgétaires des hôpitaux aient été notés pour la phase 4, ces changements étant, par ailleurs, cohérents avec l'évolution de l'environnement (ex. plus forte production de normes, austérité budgétaire), nous maintenons les mêmes appellations de mode de gestion budgétaire puisque nous ne sommes pas en mesure d'élaborer sur le maintien de ces nouvelles pratiques.

Nous nous sommes également interrogée à comprendre les facteurs favorisant la pérennité ou la continuité des modes de gestion financière identifiés. Quelques propositions illustrent d'ailleurs l'influence de l'environnement externe et des rôles budgétaires sur cette continuité. Dans un premier temps, la proposition 2 stipule que toute recette budgétaire peut perdurer sur une longue période en autant que l'environnement le permette, du moins de temps en temps, les gains obtenus de l'environnement contribuant cependant à stabiliser les pratiques et les rôles budgétaires en place.

Ainsi, les gains de l'environnement non obtenus sur la base de l'équilibre budgétaire nuisent à la création d'un espace significatif pour les gardiens pour "jouer comme des gardiens forts", par exemple pour rendre obligatoire l'imputabilité budgétaire des directions. Ce qui diffère, par ailleurs, c'est la nature des gains obtenus : selon l'Hôpital 2, ces gains récompensent la réalisation de l'équilibre budgétaire malgré les pressions sur les ressources – et la crainte de pénaliser les clientèles à force d'avoir de bonnes pratiques non reconnues par les autorités – et selon l'Hôpital 1, ces gains servent à répondre aux besoins croissants des clientèles en situation d'insuffisance de financement d'où – étant donné une certaine délinquance – la réalisation occasionnelle de déficits budgétaires.

En accord avec Scapens (1994) et puisque ce sont des pratiques institutionnalisées, les pratiques budgétaires sont lentes et difficiles à changer

---

malgré des changements de l'environnement. La troisième proposition rapporte que la vision émergente des pratiques budgétaires est durable et difficile à changer; c'est la plus naturelle puisqu'elle suit les pressions changeantes de l'environnement. Par ailleurs, la vision rationnelle des pratiques budgétaires est fragile et difficile à mettre en place.

Nous reprenons ici quelques facteurs pouvant favoriser le maintien des pratiques rationnelles : une faible rotation de certains membres de l'équipe administrative (ex. directeur général, directeur des finances), les récompenses "régulières" de l'environnement reconnaissant la sous-budgétisation de l'Hôpital 2 malgré la réalisation d'équilibres budgétaires et, possiblement, par ce qui semble être des pressions moins fortes de clientèles, le Québec expérimentant une diminution des naissances depuis plusieurs années. Ces quelques facteurs – d'autres pourraient probablement s'y rajouter – illustrent la fragilité de ce mode de gestion budgétaire d'où sa faible probabilité d'occurrence selon des écrits (Jick & Murray, 1982; Mintzberg, 1994).

Le choix des initiatives de l'Hôpital 1 semble, par ailleurs, répondre davantage à des impératifs "du moment", par exemple à des signaux de l'environnement (ex. monitoring des urgences, opération Blitz, période d'abondance suivie de période d'austérité budgétaire), qu'à des impératifs de consolidation des pratiques budgétaires favorisant, entre autres, l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Cette façon de faire, typique des organisations de santé, s'explique, en partie pour l'Hôpital 1, par la rotation élevée de membres de l'équipe administrative (ex. directeur général, directeur des finances), par une croissance relativement forte de ses activités – les pressions pour la consommation de ressources semblent toujours élevées et à la hausse (ex. vieillissement de la population, développement technologique) – et par les pressions changeantes de l'environnement.

Enfin, la dernière proposition sur les facteurs favorisant le maintien des modes de gestion budgétaire (proposition 4) porte sur l'allocation des rôles et des responsabilités budgétaires. Étant donné l'ambiguïté et la multiplicité des rôles budgétaires, au sein des bureaucraties professionnelles du moins, et la situation d'asymétrie d'information qu'expérimentent les gardiens officiels des ressources,

---

l'atteinte de l'équilibre budgétaire passe par une décentralisation forte des responsabilités budgétaires au niveau des consommateurs des ressources (voir le corollaire de la proposition 4), ou encore par ce que nous avons assimilé à un partage du rôle de gardiens de ressources entre les gardiens dits officiels et des consommateurs de ressources (voir la proposition 4).

Il semble en résulter – ou bien cela en est la "cause" – une coexistence relativement pacifique du contrôle bureaucratique et du contrôle de clan; en d'autres termes ce que Luke, Begun et Pointer (1989 voir aussi Begun et al., 1990) assimilent à des relations de coopération fréquentes entre les groupes d'acteurs et à la reconnaissance de leur pluralité et de leur interdépendance. Cela se reflète pour l'Hôpital 2 par la forte décentralisation des affaires budgétaires et par le maintien de l'imputabilité budgétaire de chaque direction quoique les épisodes de déficit de la pharmacie illustrent une certaine fragilité de cette coexistence.

À l'inverse, l'adhésion à une vision émergente des pratiques budgétaires rend difficile l'exécution du rôle de gardiens de ressources, d'autant plus que les gains de l'environnement semblent contribuer à figer la prédominance du rôle de consommateurs de ressources au sein de l'organisation. À l'encontre de l'autre Hôpital, le couplage entre les professionnels et l'organisation semble plus lâche (Begun et al., 1990; Luke et al., 1989). Cela pourrait se refléter par des tensions vécues par des gestionnaires professionnels, qui malgré l'inévitabilité du contrôle des coûts (Coombs 1987; Jones et Dewing 1997), semblent tiraillés entre les pressions locales pour le développement (ex. disponibilité de nouveaux traitements, augmentation de la demande) et le contrôle bureaucratique.

Bien que la gestion financière ne semble pas constituer le levier stratégique principal du moins pour les trois (3) premières phases du cas – en effet, son développement semble primé sur l'équilibre budgétaire –, le développement de l'Hôpital adhérent à une vision émergente des pratiques budgétaires est intéressant quoique plus émergent (voir la proposition 1) puisqu'il est en partie associé aux secteurs déficitaires. Cependant, c'est généralement l'Hôpital adhérent à une vision rationnelle des pratiques budgétaires qui obtient la "plus forte note" pour l'ensemble des résultats retenus dans cette thèse.

---

Conséquemment, et si l'on se fie aux résultats retenus, l'adhésion à la vision rationnelle des pratiques budgétaires est plus performante que l'adhésion à une vision émergente de ces pratiques (proposition 5). L'un des résultats le plus troublant – et que permet d'illustrer une recherche longitudinale comme la nôtre – est le mode de récupération qui se greffe aux résultats budgétaires déficitaires en présence d'efforts insuffisants d'une organisation pour redresser sa situation budgétaire. Par exemple pour l'Hôpital 1, ce mode de récupération a un effet démotivant pour les acteurs à rétablir la situation budgétaire – voire pour rembourser sa dette – puisque des efforts substantiels sont à faire, efforts qui avec la hausse des contraintes budgétaires augmentent par ailleurs.

Un autre résultat important est l'illustration des gains d'influence et de marge de marge pour les gardiens officiels des ressources au sein d'hôpitaux. Ces gains peuvent contribuer à plus de "rationalité" au sein de l'organisation, par exemple pour y instaurer et/ou pour y consolider un espace significatif pour accomplir le rôle de gardien – voire pour partager ce rôle avec des consommateurs de ressources – et pour y favoriser la convergence entre la gestion financière et la stratégie intentionnelle. En ce qui a trait aux hôpitaux étudiés, il semble que l'obtention de gains d'influence pour les gardiens de ressources nécessite l'obtention de ressources de l'environnement; ce constat est similaire à celui obtenu dans une étude de Covalski, Dirsmith et Michelman (1993).

Les gardiens, en particulier les trésoriers, doivent donc, de temps en temps du moins, jouer le rôle de consommateurs et obtenir des ressources pour être en mesure d'être des gardiens forts au sein de l'organisation. Autrement il serait difficile de maintenir la discipline budgétaire exigée pour l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Ces ressources peuvent prendre plusieurs formes dont : des ressources monétaires, des autorisations pour mener des travaux d'immobilisations, que ces travaux soient ou non financés par des fonds publics, et la mise en place de conditions favorisant soit la réalisation des efforts budgétaires des organisations (ex. déréglementation) soit encore leurs projets (ex. plan de pratique).

Enfin, notre dernière proposition de recherche (proposition 6) soulève que, sur une longue période du moins, l'environnement échoue à favoriser les pratiques

---

budgétaires rationnelles lesquelles pourraient contribuer, par ailleurs, à l'atteinte de résultats qu'il valorise dont l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Ainsi, les changements dans les comportements de l'environnement – lesquels varient, entre autres, en fonction de l'état de l'économie et du recours à la gestion du politique – contribuent au maintien des stratégies opportunistes des organisations malgré le désir de l'environnement de favoriser les pratiques rationnelles au niveau local.

Et bien que l'environnement valorise les pratiques rationnelles et le fasse en pratique – par exemple via l'octroi de fonds sujet à l'atteinte de l'équilibre budgétaire – ce qui contribue, par ailleurs à légitimer (rendre crédible) le rôle de gardien de ressources au sein des organisations, il lui semble difficile de maintenir ces pratiques sur une longue période. Par exemple et en général avec la détérioration de la situation budgétaire du réseau des hôpitaux, détérioration faisant suite à l'octroi d'efforts budgétaires, l'environnement rembourse à l'occasion les déficits des hôpitaux.

Nous avons pointé du doigt quelques facteurs expliquant ces changements de comportements de l'environnement dont l'asymétrie d'information qu'il expérimente vis-à-vis les organisations, ce qui semble être une certaine incapacité d'évaluer, malgré les systèmes d'information et le suivi budgétaire mis en place, les hôpitaux sur la base de leur mode de gestion financière et l'efficacité des tactiques des organisations pour faire modifier ces comportements.

## **5.2 Valeur ajoutée de la recherche**

Dans cette section, nous présentons différents aspects de la recherche qui méritent d'être soulignés parce qu'ils contribuent soit à l'amélioration des connaissances soit à la gestion des services de santé d'un point de vue pratique. En troisième lieu seront présentées des limites de l'étude. Cette section inclut quelques recommandations et pistes de recherche futures.

### ***5.2.1 Considérations théoriques***

Puisque les relations entre la gestion financière et la stratégie ont peu été étudiées, nous avons puisé dans différents domaines et champs d'application afin d'être mieux à même de comprendre la gestion financière (et particulièrement la gestion

---

budgétaire), d'une part, et, d'autre part, les relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques des organisations. En plus de viser la compréhension des relations entre la gestion financière et les pratiques stratégiques au sein de deux hôpitaux, ce projet de thèse a comme objectifs d'apprécier l'influence des dynamiques financières-stratégiques sur les résultats et l'influence de l'environnement sur ces pratiques organisationnelles.

Alors que plusieurs chercheurs ont suggéré d'étudier les pratiques financières au sein des organisations afin de changer la tendance à n'étudier que les aspects techniques de ces pratiques (Hägg & Hedlund, 1979; Huff & Reger, 1987; Robert & Scapens, 1985), l'apport théorique de cette thèse est donc aux confluents – ou à l'intersection – de l'étude des relations entre des fonctions de gestion classique, celles de la gestion financière et de la stratégie, sur une longue période. En effet, peu d'études ont porté spécifiquement sur ce sujet.

Par exemple, certaines études se sont intéressées à étudier les particularités de la gestion budgétaire au sein d'hôpitaux – disons de façon transversale – en profitant de l'introduction d'innovations dans les systèmes d'informations pour étudier, entre autres, l'intégration des médecins aux pratiques budgétaires (voir entre autres : Coombs, 1987; Jones & Dewing, 1997) ou de l'introduction de systèmes d'informations basés sur les DRG pour apprécier soit le transfert de responsabilités aux départements et les changements dans les tactiques organisationnelles envers l'environnement finançant ces organisations (exemple : Covalski et al., 1993) soit la "refabrication" d'un nouveau système budgétaire suite à la résistance des professionnels (Preston et al., 1992). Au Québec, c'est avec l'occasion d'une Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESS, 1988) qu'une étude, menée par Bégin, Labelle et Bouchard (1987), a présenté l'influence de l'environnement sur les processus budgétaires ainsi que des enseignements sur les pratiques budgétaires et stratégiques au sein d'hôpitaux. Cette étude, qui date d'une dizaine d'années, ne comprend cependant pas d'étude de cas de processus budgétaires.

Par ailleurs, bien que des chercheurs aient étudié les tactiques des organisations, que celles-ci touchent l'organisation et/ou l'environnement, suite à une période de

---

décroissance (voir entre autres : Brunsson, 1989; Covaleski & Dirsmith, 1988; Ezzamel, 1994; Hardy, 1987, 1990, 1992), nous n'avons trouvé aucune étude longitudinale qui se serait étalée, par exemple, sur plus d'un cycle d'activité économique (ex. croissance suivie d'une récession puis retour de la croissance) afin de faciliter la compréhension de l'évolution des pratiques organisationnelles avec, entre autres, l'évolution de l'environnement.

De là, nous considérons, au niveau méthodologique, l'adoption de l'approche contextualiste de Pettigrew (1985, 1990, 1992) comme porteuse d'une contribution importante à la compréhension de ce sujet et des enjeux qu'il soulève (ex. allocation des responsabilités budgétaires). En effet, cette approche permet de prendre en compte non seulement l'évolution des dynamiques financières-stratégiques pour différents niveaux d'analyse (niveau vertical) mais aussi leurs influences dans le temps (niveau horizontal).

Au niveau des résultats finaux de notre étude, c'est-à-dire les propositions, ceux-ci s'inscrivent bien dans la perspective institutionnelle abordée à l'état des connaissances. Le thème central de cette perspective est que la survie d'une organisation dépend de sa conformité aux normes sociales acceptables telle l'atteinte de hauts niveaux d'efficacité et d'efficacités (Covaleski & Dirsmith, 1988; Covaleski et al., 1993). L'environnement institutionnel est caractérisé par l'élaboration de règles et de procédures auxquelles les organisations doivent se conformer pour recevoir en retour légitimité et support (Scott, 1987). Ce sont les règles et les comportements routiniers – telles les pratiques budgétaires – qui permettent, d'une part, à l'organisation de faire face à l'environnement externe (Scapens, 1994) et, d'autre part, de donner un sens aux actions des individus au sein de l'organisation.

Notre étude illustre bien comment les forces normatives, mimétiques et coercitives (DiMaggio & Powell, 1983) interagissent pour perpétuer une situation – une toile institutionnelle entremêlée – dans laquelle la "rationalité" est pratiquement vue comme déviante ou à tout le moins atypique. Ainsi les professionnels, de part leur proximité avec les patients, leurs savoirs et leurs compétences spécialisés, se présentent comme les arbitres des besoins des patients

---

d'où les pressions pour leur autonomie et un financement adéquat (forces normatives). D'autre part, les autorités cherchent à introduire des mécanismes permettant de contrôler les organisations (forces coercitives), quoique ces tentatives soient minées par l'imperfection des outils utilisés (voir entre autres : Angus et al., 1995; Leggat, Narine, Lemieux-Charles, Barnsley, Baker, Sicotte, Champagne, & Bilodeau, 1998; Lemay, 1997), par les pressions des professionnels et des organisations et – à tout le moins dans un système public comme le nôtre – par la vulnérabilité des politiciens à ne pas "trop" mécontenter la population. Par ailleurs, les gestionnaires des organisations font le monitoring de leurs pairs et tentent de positionner leur organisation comme "optimale", ce qui contribue à maintenir la légitimité et avec les autorités et avec l'élite professionnelle (forces mimétiques).

### *5.2.2 Considérations pratiques liées aux pratiques budgétaires*

Notre étude montre bien l'ambiguïté et la multiplicité des rôles budgétaires au sein des hôpitaux. Il s'ensuit que le design optimal de la relation de coopération entre les gardiens et les consommateurs de ressources est difficile, plus difficile que peut le laisser croire la vision traditionnelle des pratiques budgétaires, le budget constituant non seulement une façon d'allouer de l'argent mais aussi des responsabilités (Brunsson, 1989), enjeux importants pour toute organisation de santé. À ces enjeux s'ajoute celui de l'obtention de ressources additionnelles; cet enjeu s'illustre également à partir du budget de l'organisation.

Que pouvons-nous dire sur ce design optimal? Entendons nous tout d'abord pour dire que pour se dégager des marges de manoeuvre – afin, entre autres, de favoriser la réalisation de leurs projets – le respect des normes attendues, dont celles de l'atteinte de l'équilibre budgétaire et du "bon" fonctionnement de la salle d'urgence, ne nuit pas aux organisations (voir la proposition 5 sur la performance). De là et selon l'une de nos propositions (la proposition 4), l'atteinte de l'équilibre budgétaire est facilitée par le partage du rôle de gardiens aux consommateurs de ressources donc par une forte décentralisation.

Cependant, optimiser ce partage du rôle de gardien est difficile et fragile pour au moins trois (3) raisons. D'une part, le double rôle qu'il implique pour des



---

consommateurs est difficile à assumer puisque ce sont eux qui ont à concilier les préoccupations liées aux soins et les priorités administratives. D'autre part, ce partage doit idéalement s'accompagner de gains de l'environnement afin de faciliter le maintien de la discipline budgétaire nécessaire à l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Par ailleurs, les changements de comportements de l'environnement fragilisent ce partage du rôle de gardien; nous avons noté, par exemple, un retour de la prédominance du rôle de consommateurs lorsque l'environnement ne pénalise plus la délinquance. Ainsi il semble que l'environnement ne devrait récompenser que ce qu'il valorise – cela impliquerait, entre autres, une tolérance zéro pour les déficits –, les changements de comportements étant à éviter parce qu'en plus de perpétuer l'ambiguïté du message quant à la valorisation de la saine gestion des fonds publics, ils nuisent à l'instauration et/ou au maintien d'un rôle crédible de gardien au niveau local.

L'optimisation du partage du rôle de gardiens aux consommateurs de ressources soulève plusieurs préoccupations. Par exemple, une forte décentralisation, et l'imputabilité budgétaire qui peut en découler, nécessite la mise en place de règles du "jeu budgétaire" claires dont l'octroi de budget "adéquat" aux différentes directions et d'efforts budgétaires "réalistes" se basant, par exemple, sur des indicateurs de performance interétablissements. Lemay (1999) discute du système intégré d'amélioration de la performance (SIAP) comme une démarche séquentielle de benchmarking pour aider les hôpitaux à cette fin.

L'environnement doit également viser à améliorer les indicateurs de performance des établissements en s'appuyant sur des systèmes d'informations permettant d'appuyer davantage la régulation (voir entre autres : Angus et al., 1995; Leggat et al., 1998; Lemay, 1997, 1999). Bien que ce travail visant à améliorer la rationalité soit délicat – les indicateurs étant toujours perfectibles et, de là, contestables et contestés puisque les organisations adoptent des comportements alliant à la fois l'obéissance et la résistance (Covaleski et al., 1993) – il n'en demeure pas moins nécessaire puisque l'autre option consiste, à la limite, à ne pas tenir compte de la performance. Par ailleurs, cela pourrait contribuer à corriger l'asymétrie d'information qu'expérimentent les chercheurs et les gardiens de ressources.

---

À cette fin, Lemay (1999) suggère des pistes d'amélioration tant pour le niveau de la performance globale du système que pour l'utilisation des indicateurs de performance dans la prise de décision. L'une d'elles consiste dans la recherche de consensus sur les dimensions de la performance à prioriser tout en tentant d'élaborer des mesures pour toutes les dimensions de façon à satisfaire les besoins des différents acteurs. De même, Leggat et collaborateurs (1998), suite à une recension de modèles d'évaluation de la performance organisationnelle, proposent des pistes et des principes pour le développement de tels modèles et mettent en garde contre les abus liés à l'emploi de ceux-ci (ex. myopie).

Par ailleurs, et puisque les pratiques budgétaires sont des pratiques institutionnalisées, elles sont lentes à changer. Ainsi des changements vers une plus forte décentralisation peuvent prendre du temps, reflet de la "résistance aux changements" et/ou de l'apprentissage qu'a à faire une organisation lors de changements (voir entre autres : Pondy & Huff, 1988). En effet, l'institutionnalisation de nouvelles routines – ou encore le processus de changements de routines institutionnalisées – est un phénomène politique (Covaleski & Dirsmith, 1991, p. 139). Par exemple, certaines études ont montré la résistance des unités lors de l'implantation de nouveaux systèmes comptables ou de nouvelles pratiques budgétaires; ainsi, un transfert de responsabilités budgétaires des gardiens vers les consommateurs pourrait être contesté (voir entre autres : Colignon & Covaleski, 1988; Covaleski & Dirsmith, 1986; Preston et al., 1992).

### *5.2.3 Limites de l'étude*

Si cette étude comporte une valeur ajoutée certaine, elle comporte aussi certaines limites. Nous en avons identifié quatre principales que nous explicitons maintenant.

L'une de celle-ci découle du cadre méthodologique adopté. En effet, il n'a pas été possible d'apprécier sur le terrain les jeux microscopiques des rôles budgétaires pour les hôpitaux à l'étude sur les quatorze exercices financiers couvrant la période étudiée. Cette limite est amplifiée par le fait que les documents internes des hôpitaux laissent peu de traces sur les jeux des acteurs. Par ailleurs, nous

---

avons identifié des changements aux pratiques budgétaires traditionnelles des deux hôpitaux bien qu'il nous manque des degrés de liberté pour discuter du maintien de ces nouvelles pratiques.

Il serait intéressant comme piste de recherche future d'étudier "en temps réel", ou en mode prospectif, les changements dans les pratiques budgétaires et, par exemple, de profiter d'"occasions" particulières, telle l'implantation d'une budgétisation basée sur des programmes-clientèles en remplacement des directions traditionnelles. Cela permettrait d'étudier le processus d'institutionnalisation de nouvelles pratiques budgétaires qui deviendraient ultimement institutionnalisées donc routinières.

Une troisième limite potentielle de l'étude vient du choix, par l'étudiante, des initiatives jugées révélatrices des dynamiques financières-stratégiques retenues. Rappelons que ce sont ces initiatives qui ont servi dans la cadre des entretiens avec les acteurs et également à structurer la rédaction des études de cas. Ce choix des initiatives provient de notre perception de l'importance de ces initiatives; il est possible que d'autres initiatives plus significatives aient été omises malgré le fait que nous ayons demandé aux acteurs d'en suggérer lors des entretiens. Cette préoccupation soulève le statut des acteurs rencontrés : ceux-ci ont participé à la recherche plus qu'ils ne l'ont co-construit avec l'étudiante. La conduite de recherche-action (voir Gauthier, 1993) pourrait permettre de corriger cet aspect puisque une telle démarche implique une plus grande participation des acteurs tout en favorisant – si cela est le cas – la réalisation d'objectifs de changements dans les organisations participantes.

Enfin une dernière limite vient de la focalisation de l'étude sur deux (2) seuls hôpitaux. Bien que ce nombre ait été considéré comme un arbitrage suffisant entre la richesse des enseignements et un souci de pragmatisme associé à la faisabilité du projet, rien n'indique que nous ayons épuisé la diversité des modes de gestion budgétaire des hôpitaux québécois. D'ailleurs notre souci était autre puisque nous voulions observer des contrastes correspondant à des scénarios différents : un hôpital affichant à tous les ans, ou presque, l'équilibre budgétaire et, de là, qui s'éloigne du comportement "habituel" dans le réseau des hôpitaux québécois – du

---

moins lorsqu'on observe les résultats financiers sur une longue période – alors que l'autre hôpital semble suivre davantage l'air du temps ce qui se reflète par des cycles d'équilibres budgétaires suivis de déficits.

---

## Bibliographie

- Abbott, Charles C. (1992). "What do cases do? Some notes on activity in sociological analysis" in What is a Case; Exploring the foundations of social inquiry. Ragin, Charles C., & Becker, Howard S. (editors). Cambridge University Press, 53-82.
- Abernethy, Margaret A. (1996). "Physicians and Resource Management : the Role of Accounting and Non-Accounting Controls", Financial Accountability & Management, 12 (2), 141-156.
- Abernethy, Margaret A., & Stoelwinder, Johannes U. (1991). "Budget Use, Task Uncertainty, System Goal Orientation and Subunit Performance: a Test of the Fit Hypothesis in Not-For-Profit Hospitals", Accounting, Organizations and Society, 16 (2), 105-120.
- Abernethy, Margaret A., & Stoelwinder, Johannes U. (1990). "Physicians and Resource Management in Hospitals : an Empirical Investigation", Financial Accountability & Management, 6 (1), 17-29.
- Ackroyd, Stephen, Hughes, John A., & Soothill, Keith (1989). "Public Sector Services and their Management", Journal of Management Studies, 26 (6), 603-617.
- Alam, Manzurul (1997). "Budgetary Process in Uncertain Contexts : a Study of Stated-Owned Entreprises in Bangladesh", Management Accounting Research, 8, 147-167.
- Alexander, Jeffrey A., & d'Aunno, Thomas A. (1990). "Transformation of Institutional Environments : Perspectives on the Corporatization of US Health Care " in Innovations in Health Care Delivery : Insights for Organization Theory. Stephen S. Mick & associates (editors). San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 53-83.
- Alford, Robert R. (1975). Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform. Chicago: UP.
- Allison, Graham T. (1969). "Conceptual Models and the Cuban Missile Crisis", The American Political Science Review, LXIII (3), 689-718.
- Anctil, Hervé (1996). "La réforme des services de santé", Revue Notre-Dame (RND), juin, 6, 1-13.
- Angus, D.E., Auer, L., Cloutier, J.E., & Albert, T. (1995). Pour un système de santé viable au Canada. Ottawa: Université d'Ottawa (Projets de recherche des Universités d'Ottawa et Queen's).
- Ansari, Shahid L., & Bell, Jan (1991). "Symbolism, Collectivism and Rationality in Organizational Control", Accounting, Auditing & Accountability Journal, 4 (2), 4-27.
- Anthony, Robert N., Dearden, John, & Bedford, Norton M. (1984). Management Control Systems (5th edition). Richard D. Irwin Inc.

- 
- Ardoin, Jean-Loup. (1989). "Plans et budgets", dans Encyclopédie de Gestion. Joffre, P., & Simon, Y. (sous la direction). Paris: Economica, 2078-2086.
- Armenic, Joel H. (1985). "The Roles of Accounting in Collective Bargaining", Accounting, Organizations and Society, 10 (2), 227-253.
- Armstrong, Peter (1985). "Changing Management Control Strategies : the Role of Competition Between Accountancy and Other Organisational Professions", Accounting, Organizations and Society, 10 (2), 129-148.
- (AHQ) Association des hôpitaux du Québec (1998). Les déficits accumulés du réseau de la santé atteindraient 580 millions \$; L'Association des hôpitaux du Québec réclame des discussions immédiates avec le gouvernement du Québec. Montréal : AHQ (7 octobre).
- (AHQ) Association des hôpitaux du Québec (1997). Lettre envoyée aux présidents des conseils d'administration et aux directeurs généraux; Objet : déficit record de 145 millions \$ dans le réseau hospitalier en 1996-97. Montréal : AHQ (26 février).
- (AHQ) Association des hôpitaux du Québec (1993). Le financement des services publics au Québec. Mémoire présenté à la Commission du budget et de l'administration.
- (AHQ) Association des hôpitaux du Québec (1992). Tableaux faisant le portrait de la situation financière des établissements (document interne). Montréal : AHQ (15 octobre).
- (AHQ) Association des hôpitaux du Québec (1990a) Lettre envoyée au ministre de la Santé et des Services sociaux par le président de l'AHQ. Montréal : AHQ (29 mai).
- (AHQ) Association des hôpitaux du Québec (1990b) Lettre envoyée au ministre de la Santé et des Services sociaux par le président de l'AHQ. Montréal : AHQ (28 septembre).
- Ayotte, Louise (1995). Le casse-tête de la sectorisation des lits dans un CHU. Montréal : Université de Montréal (département d'administration de la santé) (travail dirigé).
- Barley, Stephen (1990). "Images of Imaging: Notes on Doing Longitudinal Field Work", Organization Science, 1 (3), 220-247.
- Bégin, Clermont (1991). "The Games Behind the Structure : an Evaluation of the Budgetary Process in the Quebec Health Care System", The Canadian Journal of Program Evaluation, 6 (2), 45-66.
- Bégin, Clermont (1989). "La voie sinueuse de la décentralisation du système de santé et de services sociaux au Québec", Sciences Sociales et Santé, 7 (4), 139-166.
- Bégin, Clermont, & Brunelle, Yvon (1991). "Le financement de l'organisation" dans Efficacité de gestion et de performance des organisations de santé; Présentation au Onzième Colloque Jean-Yves Rivard tenu à Montréal le 23

- 
- mars 1990. Champagne, François (éditeur). Ottawa: les Presses de l'Association des Hôpitaux du Canada, 63-78.
- Bégin, Clermont, Labelle, Bernard, & Bouchard, Françoise (1987). Le budget : le jeu derrière la structure. Québec : les Publications du Québec (Rapport remis à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux – synthèse critique 28).
- Begun, James W., Luke, Roice D., & Pointer, Dennis D. (1990). "Structure and Strategy in Hospital-Physician Relationships" in Innovations in Health Care Delivery : Insights for Organization Theory. Mick, S.S., & al. (eds). Jossey-Bass, 116-143.
- Bélanger, Gérard (1994). "Le financement centralisé et la décentralisation des décisions: une incompatibilité" dans Le système de santé au Québec: Organisations, acteurs et enjeux. Lemieux, Vincent, Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont, & Bélanger, Gérard (sous la direction de). Sainte-Foy: les Presses de l'Université Laval, 327-341.
- Bergeron, Pierre-G. (1989). La gestion moderne : théorie et cas (2e édition). Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Berry, A.J., Capps, T., Cooper, D., Ferguson, P., Hopper, T., & Lowe, E.A. (1985). "Management Control in an Area of the NCB : Rationales of Accounting Practices in a Public Enterprise", Accounting, Organizations and Society, 10 (1), 3-28.
- Boland Jr, Richard J., & Pondy, Louis R. (1986). "The Micro Dynamics of a Budget-Cutting Process : Modes, Models and Structure", Accounting, Organizations and Society, 11 (4/5), 403-422.
- Boland Jr, Richard J., & Pondy, Louis R. (1983). "Accounting in Organizations: a Union of Natural and Rational Perspectives", Accounting, Organizations and Society, 8 (2/3), 223-240.
- Bourn, M., & Ezzamel, M. (1986). "Costing and Budgeting in the National Health Service", Financial Accountability & Management, 2 (1), 53-69.
- Boyd, Brian K. (1991). "Strategic Planning and Financial Performance : a Meta-Analytic Review", Journal of Management Studies, 28 (4), 353-374.
- Bruggerman, W., & Van der Stede, W. (1993). "Fitting Management Control Systems to Competitive Advantage", British Journal of Management, 4, 205-218.
- Brunsson, Nils (1989). The Organization of Hypocrisy: Talk, decision and actions in organizations. John Wiley & Sons.
- Bruton, Garry D., Oviatt, Benjamin M., & Kallas-Bruton, Luanne (1995). "Strategic Planning in Hospitals : A Review and Proposal", Health Care Management Review, 20 (3), 16-25.
- Bryman, Alan (1989). Research Methods and Organization Studies. London: Unwin Hyman.

- 
- Bryson, John M. (1993). "A Strategic Planning Process for Public and Non-profit Organizations" in Strategic Planning for Public Service and Non-Profit Organization. Collection : The Best of Long Range Planning (no 12). Bryson, J.M. (edited). Permagon, 11-19.
- Buller, Paul F., & Timpson, Ladd (1986). "The strategic management of hospitals : toward an integrative approach", Health Care Management Review, 11 (2), 7-13.
- Burgelman, Robert A. (1991). "Intraorganizational Ecology of Strategy Making and Organizational Adaptation: Theory and Field Research", Organization Science, 2 (3), 239-262.
- Burgelman, Robert A. (1983). "A Model of the Interaction of Strategic Behavior, Corporate Context, and the Concept of Strategy", Academy of Management Review, 8 (1), 61-70.
- Cameron, K.S. (1986) "Effectiveness as paradox: Consensus and Conflict in Conceptions of Organizational Effectiveness", Management Science, 32(5), 539-556.
- Cameron, K.S. (1984). "The Effectiveness of Ineffectiveness", Research in Organizational Behavior, 6, 235-285.
- Camillus, John C. (1986). Strategic Planning and Management Control: Systemes for Survival and Success. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- Camillus, John C. (1981). "Corporate Strategy and Executive Action : Transition Stages and Linkage Dimensions", Academy of Management Review, 6 (2), 253-259.
- Champagne, François (1991). "Introduction: Les modèles d'efficacité" dans Efficacité de gestion et de performance des organisations de santé: Présentation au Onzième Colloque Jean-Yves-Rivard tenu à Montréal le 23 mars 1990. Champagne, François (éditeur). Ottawa: les Presses de l'Association des Hôpitaux du Canada, 3-6.
- Champagne, François, Bilodeau, Henriette, Denis, Jean-Louis, Pineault, Raynald, & Sicotte, Claude (1992). "Configurations hospitalières : une nouvelle approche à l'analyse de la performance, ALASS.
- Champagne, François, Denis, Jean-Louis, Pineault, Raynald, & Contandriopoulos, André-Pierre (1991). "Structural and Political Models of Analysis of the Introduction of an Innovation in Organizations: the Case of The Change in the Method of Payment of Physicians in Long-Term Hospitals", Health Care Management Research, 4 (2), 94-111.
- Champagne, François, Langley, Ann, Denis, Jean-Louis, Contandriopoulos, André-Pierre, Cazale, Linda, & Rivard Michèle (1997). "Resources constraints and strategic change in a public hospital system", Health Services Management Research, 10, 146-162.
- Child, J. (1972). "Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice", Sociology 6, 2-21.
- Cohen, M.D., & March, J.G. (1986). Leadership and Ambiguity. Boston : Harvard Business School Press.



- 
- Colignon, Richard, & Covalleski, Mark (1991). "A Weberian Framework in the Study of Accounting", Accounting, Organizations and Society, 16 (2), 141-157.
- Colignon, Richard, & Covalleski, Mark (1988). "An Examination of Managerial Accounting Practices as a Process of Mutual Adjustment", Accounting, Organizations and Society, 13 (6), 559-579.
- Comité interministériel sur les causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers (mai 1985). Rapport du comité interministériel sur les causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers. Québec : Ministère des Affaires sociales.
- (CESS) Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988). Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec: les Publications du Québec.
- (CSSSRM) Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain (1983) Lettre envoyée aux directeurs généraux des C.H.C.D., des C.H.S.P. et des C.H. à vocation psychiatrique; Objet : processus de budgétisation pour l'exercice financier 1983-84. Montréal : CSSSRM (28 juillet 1983).
- Conseil de la santé et du bien-être (1995). Un juste prix pour les services de santé. Québec : Conseil de la santé et du bien-être.
- (CGO) Conseil Groupe Organisation (1994). L'Université de Montréal et son réseau hospitalier d'enseignement. (rapport remis au comité directeur formé de l'Université de Montréal et de 6 hôpitaux).
- Contandriopoulos, André-Pierre, Champagne, François, Potvin, Louise, Denis, Jean-Louis, & Boyle, Pierre (1990). Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. Montréal: les Presses de l'Université de Montréal.
- Coombs, R.W (1987). "Accounting for the Control of Doctors : Management Information Systems in Hospitals", Accounting, Organizations and Society, 12 (4), 389-404.
- Cooper, David J., Hayes, David, & Wolf, Frank (1981). "Accounting in Organized Anarchies: Understanding and Designing Accounting Systems in Ambiguous Situations", Accounting, Organizations and Society, 6 (3), 175-191.
- Côté, Jules (1995). Entretien téléphonique (Direction de la Coordination régionale de la Direction générale du budget et de l'administration du MSSS) du jeudi 2 février 1995.
- Côté, Louise, Langley, Ann, & Pasquero, Jean (1996). Acquisitions Strategy and Dominant Logic in an Engineering Firm. Montréal : Université du Québec à Montréal (Centre de recherche en gestion), document de travail 12-96.
- Covalleski, Mark, & Aiken, Michael (1986). "Accounting and Theories of Organizations: Some Preliminary Considerations", Accounting, Organizations and Society, 11 (4/5), 297-319.

- 
- Covaleski, Mark A., & Dirsmith, Mark W. (1991). "The Management of Legitimacy and Politics in Public Sector Administration", Journal of Accounting and Public Policy, 135-156.
- Covaleski, Mark A., & Dirsmith, Mark W. (1990). "Dialectic Tension, Double Reflexivity and the Everyday Accounting Researcher : on Using Qualitative Methods", Accounting, Organizations and Society, 15 (6), 543-573.
- Covaleski, Mark A., & Dirsmith, Mark W. (1988). "An Institutional Perspective on the Rise, Social Transformation and Fall of a University Budget Category", Administrative Science Quarterly, 33, 562-587.
- Covaleski, Mark A., & Dirsmith, Mark W. (1986). "The Budgetary Process of Power and Politics", Accounting, Organizations and Society, 11 (3), 193-214.
- Covaleski, Mark A., & Dirsmith, Mark A. (1983). "Budgeting as a Mean for Control and Loose Coupling", Accounting, Organizations and Society, 8 (4), 323-340.
- Covaleski, Mark A., Dirsmith, Mark W., & Jablonsky, Stephen F. (1985). "Traditional and Emergent Theories of Budgeting: An Empirical Analysis", Journal of Accounting and Public Policy, 4, 277-300.
- Covaleski, Mark A., Dirsmith, Mark W., & Michelman, Jeffrey E. (1993). "An Institutional Theory Perspective on the DRG Framework Case-Mix Accounting Systems and Health-Care Organizations", Accounting, Organizations and Society, 18 (1), 65-80.
- Daft, Richard L. (1992). Organization Theory and Design. West Publishing Company.
- Daft, Richard L., & Macintosh, Norman B. (1984). "The Nature and Use of Formal Control Systems for Management Control and Strategy Implementation", Journal of Management, 10 (1), 43-66.
- Dao, Khiem (1995). Notes du cours ASA 6019 "Planification et contrôle budgétaire" (Département d'administration de la Santé, Université de Montréal).
- Daunais, Jean-Pierre (1993). "L'entretien non directif" dans Recherche sociale; De la problématique à la collecte des données. Gauthier, Benoît (sous la direction de). Sainte-Foy: les Presses de l'Université du Québec, 273-293.
- Delbecq, André L., & Gill, Sandra L. (1985). "Justice as a Prelude to Teamwork in Medical Center", Health Care Management Review, winter, 45-51.
- Demers, Louis, & Bégin, Clermont (1990). "Pouvoirs et contre-pouvoirs dans le secteur de la santé : deux cas de fusion", Recherches Sociographiques, XXX (3), 381-404.
- Demers, Louis, Dumas, Albert, & Bégin, Clermont (1999). "La gestion des établissements de santé au Québec" dans Le système de santé au québécois: Un modèle en transformation. Bégin, Clermont, Bergeron, Pierre, Forest, Pierre-Gerlier, & Lemieux, Vincent (sous la direction de). Cap-Saint-Ignace : les Presses de l'Université de Montréal, 195-228.

- 
- Demers, Robert (1997). Rencontre (Direction des immobilisations et des finances-réseau à la RRSSM-C) le 8 janvier 1997.
- Denis, Jean-Louis, Champagne, François, Contandriopoulos, André-Pierre, Cazale, Linda, & Barbir, Caroline (1993). "Les contraintes à l'efficience allocative dans le système de santé", Administration Publique du Canada, 36 (3), 429-441.
- Denis, Jean-Louis, Langley, Ann, & Cazale, Linda (1995). "Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital.", Ruptures, 2 (2), 165-189.
- Denis, Jean-Louis, Langley, Ann, & Lozeau, Daniel (1991). "Formal Strategy in Public Hospital?", Long Range Planning, 24 (1), 71-82.
- Deslauriers, Jean-Pierre, & Kérisit, Michèle (1997). "Le devis de recherche qualitative" dans La recherche qualitative; Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Poupard, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A.P. (sous la direction de – Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives). Montréal: Gaëtan Morin, 85-111.
- DesRochers, Gilles (1987). Financement et budgétisation des hôpitaux. Québec : les Publications du Québec ( Rapport remis à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux – synthèse critique 30).
- DesRochers, Gilles (1986). "Le financement des services de santé et la budgétisation des hôpitaux du Québec depuis 1970: un bilan" dans Une politique de santé pour le Québec. Dussault, Gilles (sous la direction de) Québec: Presses de l'Université du Québec (les Cahiers scientifiques numéro 48), 97-113.
- DesRochers, Gilles (1985). "La budgétisation des C.H. au Québec: rétrospective et prospective", Administration hospitalière et sociale, septembre/octobre, 27-37.
- DesRochers, Gilles (1979). "Le financement des établissements de santé et de services sociaux", Administration Publique du Canada/Canadian Public Administration, 22 (3), 367-379.
- Duffy, Michael F. (1989). "ZBB, MBO, PPB and Their Effectiveness within the Planning/Marketing Process", Strategic Management Journal, 10, 163-173.
- Eisenhardt, Kathleen M. (1989a). "Building Theories from Case Study Research", Academy of Management Review, 14 (4), 532-550.
- Eisenhardt, Kathleen M. (1989b). "Agency Theory : An Assessment and Review", Academy of Management Review, 14 (1), 57-74.
- Ezzamel, Mahmoud (1994). "Organizational Change and Accounting: Understanding the Budgeting System in its Organizational Context", Organization Studies, 15 (2), 213-240.

- 
- Ezzamel, M., Willmott, H. (1993). "Corporate Governance and Financial Accountability: Recent Reforms in the UK Public Sector", Accounting, Auditing & Accountability Journal, 6 (3), 109-132.
- Files, Laurel A. (1988). "Strategy Formulation in Hospitals", Health Care Management Review, 12 (1), 9-16.
- Forest, Paul-Yvon (1995). Entretien téléphonique (Direction des finances de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont) du mardi 31 janvier 1995.
- Fortin, Jacques (1980). "Le budget : Marges de manoeuvre et comportement; Une étude empirique", Gestion, novembre, 49-56.
- Francoeur, Jean (1984). "La hache, c'est fini...", Le Devoir, mercredi 16 mai, 8.
- Fredrickson, James W. (1986). "The Strategic Decision Process and Organizational Structure", Academy of Management Review, 11 (2), 280-297.
- Friedberg, Erhard (1993). "From Organizations to Concrete Systems of Action" in Interdisciplinary Perspectives on Organization Studies. Lindenberg, Siegwart, & Schreuder, Hein (eds). Oxford: Pergamon Press, 153-169.
- Gagnon, Katia (1999). "Le tiers des hôpitaux du Québec affichent un déficit", La Presse, mercredi 27 janvier, b1.
- Garner, C. William (1991). Accounting and Budgeting in Public and Nonprofit Organizations: a Manager's Guide. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Gauthier, Benoît (1993). "La recherche-action" dans Recherche sociale; De la problématique à la collecte des données. Gauthier, Benoît (sous la direction de). Sainte-Foy: les Presses de l'Université du Québec, 517-533.
- Giroux, Nicole (1990). Le retournement stratégique : le cas de la carte Visa-Desjardins. Montréal: Université du Québec à Montréal (Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en administration).
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (1995). Managing the Care of Health and the Cure of Disease; Part 1: Differentiation. Toronto: University of Toronto (Faculty of Medicine), Montreal: McGill University (Faculty of Management).
- Goodsell, Charles T. (1989). "Administration as Ritual", Public Administration Review, 49 (2), 161-166.
- Gouldner, A. W. (1959). "Reciprocity and Autonomy in Functional Theory" in Symposium on Sociological Theory. Gross, L. (ed.). Evanston, Ill.: Row, Peterson & Company, 241-270.
- Greenberg, Jerald (1990). "Organizational Justice: Yesterday, Today, and Tomorrow", Journal of Management, 16 (2), 399-432.
- (GTI) Groupe tactique d'intervention (1993). 3e Rapport du Groupe tactique d'intervention; Les urgences au Québec. Montréal : GTI.
- (GTI) Groupe tactique d'intervention (1992). Évolution de la situation de mai 1991 à mai 1992. Montréal : GTI.

- 
- Hackman, Judith Dozier (1985). "Power and Centrality in the Allocation of Resources in Colleges and Universities", Administrative Science Quarterly, 30, 61-77.
- Hafsi, Taïeb (1989). "Strategic Issues in State-Controlled Enterprises" in Strategic Issue in State Controlled Enterprises. Hafsi, Taïeb (ed). London: JAI Press, 1-24.
- Hafsi, Taïeb (1985). "Du management au métamanagement: les subtilités du concept de stratégie", Gestion 10 (1), 6-14.
- Hafsi, Taïeb, & Thomas, Howard (1988). "Understanding the International Competitive Behavior of State-Owned Enterprise's", Organization, XVIII (2), 60-82.
- Hägg, I., & Hedlund, G. (1979). "Case Studies in Accounting Research", Accounting Organizations and Society, 4 (1/2), 135-143.
- Hardy, Cynthia (1992). Retrenchment Strategies in Two Canadian Universities: A Political Analysis, Canadian Journal of Administrative Sciences, 9 (3), 180-191.
- Hardy, Cynthia (1990). "Strategy and Context: Retrenchment in Canadian Universities", Organizations Studies, 11 (2), 207-237.
- Hardy, Cynthia (1987). "Using Content, Context, and Process to Manage University Cutbacks", The Canadian Journal of Higher Education, XVII-I, 65-82.
- Hardy, Cynthia, Langley, Ann, Mintzberg, Henry, & Rose, Janet (1984). "Strategy Formation in the University Setting" in College and University Organization: Insights from the Behavioral Sciences. Bess, James L. (ed). New York : New York University Press, 169-210.
- Hood, Christopher (1995) "The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a Theme", Accounting, Organizations and Society, 20 (2/3), 93-109.
- Hopwood, Anthony G. (1984). "Accounting and the Pursuit of Efficiency" in Issues in Public Sector Accounting. Hopwood, Anthony G., & Tomkins, Cyril (eds). Oxford : Philip Allan Publishers Limited, 167-187.
- Hopwood, Anthony G. (1980). "The Organisational and Behavioural Aspects of Budgeting and Control" in Accounting from the Outside; The Collected Papers of Anthony C. Hopwood. New York: Garland Publishing Inc., 1988, 65-88.
- Hopwood, Anthony G. (1974). Accounting and Human Behaviour. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.
- Hrebiniak, L.G., Joyce, W.F., & Snow, C.C (1989). "Strategy, Structure, and Performance: Past and Future Research" in Strategy, Organization Design, and Human Resource Management. Snow, C.C. (ed.). Greenwich (Connecticut): JAI Press Inc., 3-54.

- 
- Huff, Anne S., & Reger, Rhonda Kay (1987). "A Review of Strategic Process Research", Journal of Management Research, 13 (2), 211-236.
- Humphrey, Christopher, & Scapens, Robert W. (1996). "Methodological themes; Theories and case studies of organizational accounting practices: limitation or liberation", Accounting, Auditing & Accountability Journal, 9 (4), 86-106.
- Jaccoud, Mylène, & Mayer, Robert (1997). "L'observation en situation et la recherche qualitative" dans La recherche qualitative; Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A.P. (sous la direction de – Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives). Montréal: Gaëtan Morin, 211-249.
- Jawahar, I.M., Stone, Thomas H., & Cooper, William H. (1992). "Activating Resources in Organizations" in Research in Organizational Change and Development (Vol. 6). Pasmore, William A., & Woodman, Richard W. (eds), 153-196.
- Jick, Todd D. (1979). "Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action", Administrative Science Quarterly, 24, 602-611.
- Jick, Todd D., & Murray, Victor D. (1982). "The Management of Hard Times: Budget Cutbacks in Public Sector Organizations", Organization Studies, 3 (2), 141-169.
- Jones, C.S., & Dewing, I.P. (1997). "The Attitudes of NHS Clinicians and Medical Managers Towards Changes in Accounting Controls", Financial Accountability & Management, 13 (3), 261-280.
- Jönsson, Sten (1984). "Budget Making in Central and Local Government" in Issues in Public Sector Accounting. Hopwood, Anthony G., & Tomkins, Cyril (eds). Oxford : Philip Allan Publishers Limited, 128-146.
- Jönsson, Sten, & Macintosh, Norman B. (1997). "CATS, RATS, and EARS : Making the Case for Ethnographic Accounting Research", Accounting, Organizations and Society, 22 (3/4), 367-386.
- Kaluzny, A., Alexander, J., Hurley, R., & Galloway, R. (1987). "Competition and Survival of Health Service Organizations: a Population Ecology Approach", International Journal of Health Planning and Management, 2, 3-14.
- Kimberly, J.R., & Zajac, E.J. (1985). "Strategic Adaptation in Health Care Organizations: Implications for Theory and Research", Medical Care Review, 42 (2), 267-302.
- Koenig, Christian (1989). "Managing the Bordeline: Autonomy Strategies of State-Controlled Entreprises" in Strategic Issue in State Controlled Entreprises. Hafsi, Taïeb (ed). London: JAI Press, 185-201.
- Koteen, Jack (1991). Strategic Management in Public and Nonprofit Organizations. New York : Praeger.
- Lance, Jean-Marie (1991). "La mesure de l'efficience économique dans les organisations sanitaires: Problèmes et défis" dans Efficacité de gestion et de

- performance des organisations de santé; Présentation au Onzième Colloque Jean-Yves-Rivard tenu à Montréal le 23 mars 1990. Champagne, François (éditeur). Ottawa: les Presses de l'Association des Hôpitaux du Canada, 19-29.
- Langfield-Smith, Kim (1997). "Management Control Systems and Strategy: a Critical Review", Accounting, Organizations and Society, 22 (2), 207-232.
- Langley, Ann (1996). Stratégies d'analyse de données processuelles. Montréal: Université du Québec à Montréal (Centre de recherche en gestion, document de travail 21-96).
- Langley, Ann (1986). The role of formal analysis in organizations. Montréal: École des Hautes Études Commerciales (Thèse de doctorat).
- Langley, Ann, Lozeau, Daniel, Savard, Jacinthe, & Denis, Jean-Louis (1990). "La planification stratégique dans le secteur hospitalier; Bilan d'expériences récentes", Administration hospitalière et sociale, 36 (4), 19-29.
- Laperrière, Anne (1997). "Les critères de scientificité des méthodes qualitatives" dans La recherche qualitative; Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Poupard, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A.P. (sous la direction de – Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives). Montréal: Gaëtan Morin, 365-389.
- Laroche, Claude (1985). "Le contrôle interne", Gestion, 10 (2), 30-36.
- Lawler, Edward, & Bacharach, James (1980). "Intérêts de groupe et politiques de coalition" dans Théories de l'organisation, personnes, groupes, systèmes et environnements. Collection: changement planifié et développement des organisations. Tessier, Roger, & Tellier, Yvan (sous la direction de ). Québec: Presses de l'Université du Québec (1991), 157-177.
- Lecours, Marc (1993). Survol du financement du système sociosanitaire. Ministère de la Santé et des Services sociaux (document interne), le 27 août 1993.
- Lefebvre, Normand (1989). Le financement des établissements publics de santé et de services sociaux. Québec: MSSS (direction générale du budget et de l'administration).
- Leggat, S.G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Barnsley, J., Baker, G.R., Sicotte, C., Champagne, F., & Bilodeau, H. (1998). "A review of organizational performance assessment in health care", Health Services Management Research, 11, 3-23.
- Lemay, Anne (1999). "L'élaboration d'une démarche d'analyse de la performance valide pour la prise de décision: un enjeu complexe.", Ruptures, 6 (1), 67-82.
- Lemay, Anne (1997). Réflexion sur les modalités d'allocation des ressources dans le système sociosanitaire québécois. Montréal: AHQ (Collection "Reconfiguration du réseau").
- Lemieux, Vincent (1994). "Les politiques publiques et les alliances d'acteurs" dans Le système de santé au Québec; Organisations, acteurs et enjeux. Lemieux,

- 
- Vincent, Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont, & Bélanger, Gérard (sous la direction de). Sainte-Foy: les Presses de l'Université Laval, 107-128.
- Leonard-Barton, Dorothy (1990). "A dual methodology for case studies: synergistic use of a longitudinal single site with replicated multiple sites", Organization Science, 1 (3), 248-266.
- Lioukas, S.K., & Chambers, D.J. (1981). "The Boundary Between Planning and Incremental Budgeting: Empirical Examination in a Publicly-Owned Corporation", Management Science, 27 (12), 1421-1434.
- L.R.Q., c.S-4.2 (1995). Loi sur les services de santé et les services sociaux. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Luke, Roice D., Begun, James W., & Pointer, Dennis D. (1989). "Quasi Firms : Strategic Interorganizational Forms in the Health Care Industry", Academy of Management Review, 14 (1), 9-19.
- Lukka, Kari (1988). "Budgetary Biasing in Organizations: Theoretical Framework and Empirical Evidence", Accounting, Organizations and Society, 13 (3), 281-301.
- Macintosh, N.B., & Daft, R.L. (1987). "Management Control Systems and Departmental Interdependencies: an Empirical Study", Accounting, Organizations and Society, 12 (1), 49-61.
- Macintosh, N.B., & Scapens, R.W. (1990). "Structuration Theory in Management Accounting", Accounting, Organizations and Society, 15 (5), 455-477.
- Malmi, Teemu (1997). "Towards explaining activity-based costing failure: accounting and control in a decentralized organization", Management Accounting Research, 8, 459-480.
- McKingly, J.B., & Stoeckle, J.D. (1990). "Corporatization and the Social Transformation of Doctoring" in The Corporate Transformation of Health Care. Salmon, J.W. (edited). Amityville, New York : Baywood Publishing Company, 133-149.
- McPhee, Robert D. (1990). "Alternate Approaches to Integrating Longitudinal Case Studies", Organization Science, 1 (4), 393-465.
- Mélèse, Jacques (1990). Approches Systémiques des Organisations : vers l'entreprise à la complexité humaine. Paris: les éditions d'organisation.
- Meyer, Alan D. (1984). "Mingling Decision Making Metaphors", Academy of Management Review, 9 (1), 6-17.
- Meyer, John W. (1986). "Social Environments and Organizational Accounting", Accounting, Organizations and Society, 11 (4/5), 345-356.
- Meyer, John W. (1984). "On the Celebration of Rationality: Some Comments on Boland and Pondy", Accounting, Organizations and Society, 8 (2/3), 235-240.
- Meyer, John W., & Rowan, Brian (1977) "Institutional Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony", American Journal of Sociology, 83, 310-363.



- 
- Vincent, Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont, & Bélanger, Gérard (sous la direction de). Sainte-Foy: les Presses de l'Université Laval, 107-128.
- Leonard-Barton, Dorothy (1990). "A dual methodology for case studies: synergistic use of a longitudinal single site with replicated multiple sites", Organization Science, 1 (3), 248-266.
- Lioukas, S.K., & Chambers, D.J. (1981). "The Boundary Between Planning and Incremental Budgeting: Empirical Examination in a Publicly-Owned Corporation", Management Science, 27 (12), 1421-1434.
- L.R.Q., c.S-4.2 (1995). Loi sur les services de santé et les services sociaux. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Luke, Roice D., Begun, James W., & Pointer, Dennis D. (1989). "Quasi Firms : Strategic Interorganizational Forms in the Health Care Industry", Academy of Management Review, 14 (1), 9-19.
- Lukka, Kari (1988). "Budgetary Biasing in Organizations: Theoretical Framework and Empirical Evidence", Accounting, Organizations and Society, 13 (3), 281-301.
- Macintosh, N.B., & Daft, R.L. (1987). "Management Control Systems and Departmental Interdependencies: an Empirical Study", Accounting, Organizations and Society, 12 (1), 49-61.
- Macintosh, N.B., & Scapens, R.W. (1990). "Structuration Theory in Management Accounting", Accounting, Organizations and Society, 15 (5), 455-477.
- Malmi, Teemu (1997). "Towards explaining activity-based costing failure: accounting and control in a decentralized organization", Management Accounting Research, 8, 459-480.
- McKingly, J.B., & Stoeckle, J.D. (1990). "Corporatization and the Social Transformation of Doctoring" in The Corporate Transformation of Health Care. Salmon, J.W. (edited). Amityville, New York : Baywood Publishing Company, 133-149.
- McPhee, Robert D. (1990). "Alternate Approaches to Integrating Longitudinal Case Studies", Organization Science, 1 (4), 393-465.
- Mélèse, Jacques (1990). Approches Systémiques des Organisations : vers l'entreprise à la complexité humaine. Paris: les éditions d'organisation.
- Meyer, Alan D. (1984). "Mingling Decision Making Metaphors", Academy of Management Review, 9 (1), 6-17.
- Meyer, John W. (1986). "Social Environments and Organizational Accounting", Accounting, Organizations and Society, 11 (4/5), 345-356.
- Meyer, John W. (1984). "On the Celebration of Rationality: Some Comments on Boland and Pondy", Accounting, Organizations and Society, 8 (2/3), 235-240.
- Meyer, John W., & Rowan, Brian (1977) "Institutional Organizations: Formal Structures as Myth and Ceremony", American Journal of Sociology, 83, 310-363.

- 
- Miles, Matthew B., & Huberman, A. Michael (1994). Qualitative Data Analysis: an Expanded Sourcebook (2nd edition). Thousand Oaks : Sage Publications.
- Miller, William L., & Crabtree, Benjamin F. (1992). "Primary Care Research: a Multimethod Typology and Qualitative Road Map" in Doing Qualitative Strategies: Multiple Strategies. Crabtree, Benjamin F., & Miller, William L. (eds). Sage, 3-28.
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). Allocution de Mme Pauline Marois, Ministre de la santé et des services sociaux; Investissement de 1,747 milliard dans la santé et les services sociaux. Québec : MSSS (Cabinet de la ministre).
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997a). Rapport annuel 1996-1997. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997b). Le rendez-vous de l'automne 1997; fiche 7 Services surspécialisés : le territoire national. Québec : MSSS (Groupe de travail pour les consultations d'automne).
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994a). Données comparatives provinciales par DRG et selon le groupe d'établissements; Système d'information DRG 1er avril 1992 au 31 mars 1993. Québec: direction générale du budget et de l'administration (mai 1994).
- (MSSS) Comité tripartite MSSS, Conférence des Régies régionales de la santé et des services sociaux et Association des hôpitaux du Québec (1994b). L'équité dans l'allocation interrégionale des ressources du champ de la santé physique. Québec: MSSS (Gouvernement du Québec).
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1993a). Secteur de la santé et des services sociaux: Défi "Qualité-Performance"- Plan triennal d'orientations 1994-1997 (version octobre 1993). Québec: MSSS (Gouvernement du Québec).
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1993b). Manuel de gestion financière. Tome 1: Normes et pratiques de gestion. Québec: MSSS (Gouvernement du Québec).
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). La Politique de la Santé et du Bien-être. Québec: MSSS (Gouvernement du Québec).
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1991a). Manuel de gestion financière. Tome 1: Normes et pratiques de gestion. Québec: MSSS (Gouvernement du Québec).
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1991b). Un financement équitable à la mesure de nos moyens. Québec: (Gouvernement du Québec).
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). Une Réforme axée sur le Citoyen. Québec : MSSS (Gouvernement du Québec).
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). Pour améliorer la Santé et le Bien-être au Québec; Orientations. Québec : gouvernement du Québec (les Publications du Québec).

- 
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1986a). Le désengorgement du service des urgences; un plan réaliste et responsable pour les régions de Montréal et de Québec. Québec : MSSS (cabinet de la ministre).
- (MSSS) Ministère de la Santé et des Services sociaux (1986b). Lettre de Thérèse Lavoie-Roux (Ministre) au président du conseil d'administration de hôpitaux datée du 29 avril. Québec : MSSS (Cabinet de la ministre).
- (MAS) Ministère des Affaires sociales (1985). Lettre de Guy Chevrette (Ministre) à M. André Brousseau, président de l'Association des Hôpitaux du Québec, datée du 18 juin. Québec : MAS (Cabinet du ministre).
- Mintzberg, Henry (1994). The Rise and Fall of Strategic Planning; Reconceiving Roles for Planning, Plans, Planners. New York : the Free Press.
- Mintzberg, Henry (1990). "Strategy Formation; Schools of Thought" in Perspectives on Strategic Management. Fredrickson, J.W. (ed). Harper & Row, 105-235.
- Mintzberg, Henry (1982). Structure et dynamique des organisations. Paris: les Éditions d'Organisation et Montréal: les éditions Agence d'Arc Inc.
- Mintzberg, Henry (1978). "Patterns in Strategy Formation", Management Science, 24, 934-948.
- Mintzberg, Henry, Ahlstrand, Bruce, & Lampel, Joseph (1998). Strategy Safari; a Guide Tour Throught the Wilds of Strategic Management. Nwe York : the Free Press.
- Mintzberg, Henry, & Waters, Jim (1982). Steps in Research on Strategy Formation. Montreal : McGill University.
- Mohr, L.B. (1982). Explaining Organizational Behavior. San Francisco : Jossey-Bass.
- Morgan, Gareth (1989). Images de l'Organisation. Québec: Éditions Eska (les Presses de l'Université Laval).
- Nadeau, Jacques A. (1996). "La réforme du système de santé au Québec", Leadership, mai/juin, 10-12 et 45.
- Narine, Lutchnie, Pink, George, & Leatt, Peggy (1996). "Prediction of the financial performance of Ontario hospitals: a test of environmental determinist and adaptationist perspectives", Health Services Management Research, 9, 137-155.
- Ohja, A.K. (1992). "Socially Constructed Definitions of Performance: The Case of the Health Care Industry", ASAC Conference.
- Oliver, Christine (1993). "Organizational Boundaries: Definitions, Functions, and Properties", Canadian Journal of Administrative Sciences, 10 (1), 1-17.
- Oliver, Christine (1991). "Strategic Responses to Institutional Processes", Academy of Management Review, 16 (1), 145-179.

- 
- Otley, D.T., Broadbent, J., & Berry, A.J. (1995). "Research in Management Control : an Overview of its Development", British Journal of Management, 6 (special issue december), S31-S44.
- Otley, D.T., & Berry, A.J. (1994). "Case study research in management accounting and control", Management Accounting Research, 5, 45-65.
- Ouchi, William G.(1979). "A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms", Management Science, 25, 833-848.
- Ouchi, William G. (1977). "The relationship between organizational structure and organizational control", Administrative Science Quarterly, 22, 95-112.
- Pampalon, Robert, Saucier, Alain, Berthiaume, Nicole, Ferland, Pierre, Couture, Régis, Caris, Patricia, Fortin, Lynda, Lacroix, Diane, & Kirouac, René (1995) Des indicateurs de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources. Québec: MSSS (direction générale de la planification et de l'évaluation).
- Pampalon, Robert (1994). "La santé des Québécois et des Québécoises" dans Le système de santé au Québec; Organisations, acteurs et enjeux. Lemieux, Vincent, Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont, & Bélanger, Gérard (sous la direction de). Sainte-Foy: les Presses de l'Université Laval, 33-52.
- Paquin, Michel (1984). "Le phénomène de la décroissance et le management des organisations publiques" dans Management Public, Comprendre et gérer les institutions de l'État. Parenteau, Roland (sous la direction de). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec, 1992, 597-615.
- Pearce II, J.A., Freeman, E, & Robinson Jr., R.B. (1987). "The Tenuous Link Between Formal Strategic Planning and Financial Performance", Academy of Management Review, 12 (4), 658-675.
- Pettigrew, Andrew M. (1992). "The Character and Significance of Strategy Process Research", Strategic Management Journal, 13, 5-16.
- Pettigrew, Andrew M. (1990). "Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice", Organization Science, 1 (3), 267-292.
- Pettigrew, Andrew M. (1985). "Contextualist Research and the Study of Organisational Change Processes" in Research Methods in Information Systems. Mumford, E., & al. (eds). Elsevier Science Publishers B.V. (North-Holland), 53-78.
- Pettigrew, Andrew M., Whipp, Richard, & Rosenfeld, Robert (1989). "Competitiveness and the Management of Strategic Change Processes" in The Competitiveness of European Industry. Francis, A, & Tharakan, P.M.K. (eds). London and New York: Routledge, 110-136.
- Pfeffer, J., & Salancik, G.R (1978). The External Control of Organizations : a Resource Dependence Perspective. New York: Harper et Row.
- Pineault, Raynald (1991). "L'acquisition des ressources" dans Efficacité de gestion et performance des organisations de santé: Présentation au Onzième Colloque Jean-Yves-Rivard tenu à Montréal le 23 mars 1990. Champagne,

- François (éditeur). Ottawa: les Presses de l'Association des Hôpitaux du Canada.
- Pineault, Raynald, Roberge, Danièle, Boyle, Pierre, Pelchat, Yolande, & Sicotte, Claude (1989). Évaluation de l'efficacité et de l'efficience des mesures gouvernementales visant à réduire l'engorgement des salles d'urgence. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (Université de Montréal).
- Pondy, Louis R., & Huff, Anne Sigismund (1988). "Budget Cutting in Riverside: Emergent Policy Reframing as a Process of Analytical Discovery and Conflict Minimization", in Managing Ambiguity and Change. Pondy, Louis R., Boland, Jr, Pondy Richard J., & Thomas, Howard (eds). John Wiley & Sons Ltd, 177-200.
- Pool, Jeroen, & Koopman, Paul L. (1993). "Dimensions and Types of Strategic Decision-Making: an Empirical Check of a Typology" in Interdisciplinary Perspectives on Organization Studies. Lindenberg, Siegart, & Schreuder, Hein (eds). Oxford: Pergamon Press, 93-111.
- Pourtois, J.P., & Desmet, H. (1989). "Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique", Réseaux, 55, 13-35.
- Prahalad, C.K., & Bettis, Richard D. (1986). "The Dominant Logic : a New Linkage Between Diversity and Performance", Strategic Management Journal, 7, 485-501.
- Preston, Alistair M., Copper, David J., & Coombs, Rod W. (1992). "Fabricating Budgets: A Study of the Production of Management Budgeting in the National Health Service", Accounting, Organizations and Society, 17 (6), 561-593.
- Ragin, Charles C. (1992). "Introduction : Cases of "What is a Case"" in What is a Case; Exploring the foundations of social inquiry. Ragin, Charles C., & Becker, Howard S. (editors). Cambridge University Press, 1-17.
- (RRSSSM-C) Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998). Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002; Le défi de l'accès. Montréal : RRSSSM-C (juin).
- (RRSSSM-C) Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1997a). Rapport d'activités 1996-97. Montréal : RRSSSM-C.
- (RRSSSM-C) Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1997b). Le défi de l'accès: Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services; L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal 1998-2001. Montréal : RRSSSM-C (décembre).
- (RRSSSM-C) Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1996a). Proposition de modifications à la répartition des compressions 1996-97 pour les hôpitaux de courte durée de la région de Montréal-Centre. Montréal : RRSSSM-C (document présenté au Comité de budget-réseau à la réunion du 27 août 1996).

- (RRSSSM-C) Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1996b). Rapport d'activités 1995-96. Montréal : RRSSSM-C.
- (RRSSSM-C) Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1996c). Vue d'ensemble; Enveloppes régionales de maintien d'actifs, Budgets et programmes de projets d'immobilisations 1996-97. Montréal : RRSSSM-C (document recommandé au Comité budget-réseau no 95-08 du 26 mars).
- (RRSSSM-C) Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1995a). L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal (document recommandations); L'atteinte d'un nouvel équilibre. Montréal : RRSSSM-C.
- (RRSSSM-C) Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1995b). Rapport d'activités 1994-95. Montréal : RRSSSM-C.
- Rhéault, Sylvie (1995). Évaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine sociosanitaire. Québec: Ministère de la Santé et des services sociaux (Direction générale de la planification et de l'évaluation).
- Rhéault, Sylvie (1994). "Financement des dépenses québécoises en services de santé" dans Le système de santé au Québec; Organisations, acteurs et enjeux. Lemieux, Vincent, Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont, & Bélanger, Gérard (sous la direction de). Sainte-Foy: les Presses de l'Université Laval, 301-320.
- Riley, Élizabeth (1993). La régionalisation des services de réadaptation traumatologique : travail d'analyse et de réflexion. MSSS (direction générale des programmes).
- Roberge, Huguette (1986). "Équilibre budgétaire forcé : Une mission impossible pour certains hôpitaux", La Presse, samedi 28 juin, a1-a2.
- Robert, John, & Scapens, Robert (1985). "Accounting Systems and Systems of Accountability – Understanding Accounting Practices in Their Organizational Contexts", Accounting, Organizations and Society, 10, 443-456.
- Rouillard, Lucie (1997). "Modèle théorique des processus budgétaires au gouvernement du Québec" dans Politiques et Management Publics, L'Heure des Remises en Question. Charih, Mohamed, & Landry, Réjean (sous la direction de). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec, 65-82.
- Scapens, Robert W. (1994). "Never mind the gap: towards an institutional perspective on management accounting practice", Management Accounting Research, 5, 301-321.
- Scapens, Robert W. (1990). "Researching Management Accounting Practice : the Role of the Case Study Methods", British Accounting Review, 22, 259-281.
- Scott, W. Richard (1987) Organizations: Rational, Natural and Open Systems (second edition). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Scott, W. Richard (1982). "Managing Professional Work: Three Models of Control for Health Organizations", Health Services Research, 17, 213-242.

- 
- Shank, J.K., Niblock, E.G., & Sandalls, W.T. (1973). "Balance Creativity and Practicality in Formal Planning", Harvard Business Review, january-february, 87-95.
- Shortell, S.M., Morrison, E.M., & Robbins, S. (1985). "Strategy Making in Health Care Organizations: a Framework and Agenda for Research", Medical Care Review, 42(2), 219-268.
- Shrivastava, Paul, & Grant, John H. (1985). "Empirically Derived Models of Strategic Decision-making Processes", Strategic Management Journal, 6, 97-113.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S.G., Denis, J.L., Bilodeau, H., Langley, A., Brémond, M., & Baker, G.R. (1998). "A Conceptual Framework for the Analysis of Health Care Organizations' Performance", Health Services Management Research, 11, 24-48.
- Simons, Robert (1995). Levers of Control; How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal. Boston : Harvard Business School Press.
- Simons, Robert (1991a). How New Top Managers Use Formal Systems as Levers of Strategic Renewal (A Progress Report). Toronto: 11th Annual International Strategic Management Society Conference (october 23-26).
- Simons, Robert (1991b). "Strategic Orientation and Top Management Attention to Control Systems", Strategic Management Journal, 12, 49-62.
- Simons, Robert (1990). "The Role of Management Control Systems in Creating Competitive Advantage: New Perspectives", Accounting, Organizations and Society, 15 (1/2), 127-143.
- Spitzer, Walter O. (1985). Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise. Montréal : Université McGill.
- Stoeckle, J.D., & Reiser, S.J. (1992). "The Corporate Organization of Hospital Work : Balancing Professional and Administrative Responsibilities", Annals of Internal Medicine, 116, 407-413.
- Strauss, Anselm L. (1987). Qualitative Analysis for Social Scientist. New York: Cambridge University Press.
- Strauss, Anselm, & Corbin, Juliet (1990). Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques. Sage Publications.
- Thompson, J.D. (1967). Organizations in action. New York : McGraw-Hill.
- Tilquin, Charles, & Vanderstraeten, G. (1987). "Le budget global et l'optimisation de la performance de l'hôpital; L'expérience du Québec", Journal d'Économie Médicale, 5 (5), 289-317.
- Tremblay, Michel, & Kriber, Édith (1994). Influence des formes de justice organisationnelle sur les comportements au travail. Montréal: Ecole des Hautes Etudes Commerciales (Cahier de recherche no 94-03).

- 
- Turgeon, Jean, & Sabourin, Patrick (1996). "Reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec : la place des regroupements interétablissements", Administration publique du Canada, 39 (2), 192-212.
- Vaillancourt, R. (1987). "Les difficultés de la planification dans le domaine de la santé", Administration hospitalière et sociale, 33 (5), 25-29.
- Van de Ven, Andrew H., & Huber, George P. (1990). "Longitudinal Field Research Methods for Studying Processes of Organizational Change", Organization Science, 1 (3), 213-219.
- Van de Ven, Andrew H. (1988). "Review Essay: Four Requirements for Processual Analysis" in The Management of Strategic Change. Pettigrew, Andrew M. (editor). Oxford : Basil Blackwell, 330-341.
- Van der Maren, Jean-Marie (n.d.). "La rigueur scientifique en recherche qualitative" dans Analyse et interprétation des données qualitatives; Note pour les cours ETA6512 et PLU6016. Montréal : Université de Montréal (Département des sciences de l'éducation).
- Vaughan, Diane (1992). "Theory elaboration : the heuristics of cas analysis" in What is a Case; Exploring the foundations of social inquiry. Ragin, Charles C., & Becker, Howard S. (editors). Cambridge University Press, 173-202.
- Villeneuve, Marcel (1986). "Hôpitaux: décroissance et stratégies", Gestion, 11 (4), 42-47.
- Villeneuve, Marcel (1985). L'impact de la décroissance sur le système hospitalier montréalais : une étude exploratoire. Montréal : École des Hautes Études Commerciales (Mémoire ès sciences de la gestion).
- White, Harrison C. (1992). "Cases are for identity, for explanation, or for control" in What is a Case; Exploring the foundations of social inquiry. Ragin, Charles C., & Becker, Howard S. (editors). Cambridge University Press, 83-104.
- Wildavsky, Aaron (1975). Budgeting : a Comparative Theory of Budgetary Processes. Boston: Little, Brown and Company.
- Wildavsky, Aaron (1964). The Politics of the Budgetary Process. Boston: Little, Brown and Company.
- Yin, Robert K. (1989). Case Study Research: Design and Methods. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Yin, Robert K. (1981). "'The Case Study Crisis: Some Answers", Administrative Science Quarterly, 26, 58-65.
- Zald, Mayer N. (1986). "The Sociology of Enterprise, Accounting and Budget Rules: Implications for Organizational Theory", Accounting, Organizations and Society, 11 (4/5), 327-340.



**Annexe 1**

**Guide pour les entretiens et la validation de sections des études de cas auprès des acteurs**

---

Montréal, HIVER 1998

nom de l'acteur  
titre ou position de l'acteur  
Hôpital 1  
adresse de l'Hôpital  
Montréal, code postal  
téléphone  
télécopieur

Madame, Monsieur,

Je suis candidate au Ph.D. en santé publique, orientation "gestion des services de santé" à l'Université de Montréal. Mon projet de thèse s'intitule "Gestion financière et pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux publics". Mes directeurs de recherche sont M. Jean-Louis Denis, professeur au Département d'administration de la santé, et Mme Ann Langley, professeure au Département des sciences administratives de l'UQAM.

L'Hôpital 1 a accepté de participer au projet de recherche. La collecte d'informations a débuté depuis plus d'un an en étroite collaboration avec la direction générale et la direction des ressources financières et des services techniques. Plusieurs documents ont été consultés dont les procès-verbaux du conseil d'administration, les orientations et objectifs stratégiques, les rapports financiers et les planifications budgétaires annuelles.

Suite à cette première consultation de documents, j'ai pu identifié des personnes à interroger dans le cadre de ce projet de recherche. En effet, l'étape suivante consiste à valider et à enrichir la description de l'historique de la gestion financière de l'Hôpital, environ depuis 1983 soit avant l'opération Blitz. Un court résumé du projet est joint à la lettre et, à titre indicatif, des questions sur des initiatives caractéristiques de la gestion financière de cet établissement à différentes périodes.

C'est pour répondre à cet objectif de recherche que j'aimerais vous rencontrer pour un entretien. Cet entretien, d'une durée approximative d'une heure, pourrait être enregistré suite à votre autorisation. Soyez assuré(e) de la confidentialité des informations qui seront recueillies.

Je vous téléphonerai dans les prochains jours pour prendre rendez-vous au lieu et à l'heure de votre convenance. Si des renseignements supplémentaires sur le document ci-joint s'avéraient nécessaires, n'hésitez pas à me contacter. Vous remerciant de l'attention que vous porterez à cette demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Linda Cazale  
Candidate au PhD, Santé publique  
Téléphone :

---

## **Gestion financière et pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux publics**

### **Résumé du projet :**

Les centres hospitaliers de soins de courte durée (chscd) font face à un environnement de plus en plus incertain et complexe. Ainsi, le développement accéléré des technologies, les différents mécanismes de régulation adoptés par l'État, les pratiques professionnelles de même que les changements démographiques soulèvent un ensemble de difficultés quant à la détermination des orientations stratégiques de ces organisations. Pour les chscd, la détermination de ces orientations, en d'autres termes la capacité de définir leur stratégie, ne peut faire fi du contexte de réseau financé à même les fonds publics.

L'objectif principal de la recherche est de comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'étudier les relations entre la gestion financière et une autre fonction de l'organisation, la stratégie. Ainsi, la recherche a comme objet de décrire, de comprendre et d'expliquer différentes dynamiques financières-stratégiques.

Puisque nous nous intéressons à l'influence de l'environnement externe, en particulier du Ministère, sur les dynamiques financières-stratégiques internes des établissements, notre approche de recherche est historique. L'événement significatif de l'environnement externe retenu est celui de l'opération Blitz, opération menée par le Ministère de la santé et des services sociaux en 1985. Avant cette opération, le Ministère a épongé les déficits d'opération des établissements à quelques reprises.

Depuis quelques années, les chscd font face à une transformation de leur environnement externe en ce qui a trait à l'allocation des ressources. Cette transformation s'inscrit, d'une part, dans la réforme administrative du système de soins au Québec du début des années 1990. Ainsi la plupart des fonctions de gestion budgétaire (allocation, suivi et contrôle) relève dorénavant des Régies régionales. D'autre part, les contraintes budgétaires du Défi qualité performance (1994-95 –...) sont significatives et ne vont pas sans entraîner certains ajustements pour les chscd soit au niveau de leur stratégie soit encore de leur gestion budgétaire. C'est cependant depuis 1990-91 que les chscd ont commencé à expérimenter des contraintes budgétaires avec la réduction du taux d'indexation des différentes composantes de leur budget.

---

### Préparation à l'entretien :

Suite à l'analyse de documents internes, nous avons identifié quatre périodes dans l'historique de la gestion financière de l'Hôpital 1. Pour chacune de ces périodes, nous avons répertorié trois initiatives qui, croyons-nous, marquent celles-ci à savoir :

#### Période 1 : avant Blitz (1983 à 1986)

1. l'orientation stratégique «augmenter les ressources en lits aigus», ou la proposition de fermer l'urgence;
2. l'étude du niveau de budgétisation de l'Hôpital (opération Blitz);
3. le projet de rénovation globale de l'Hôpital.

#### Période 2 : après Blitz (1986-87 à 1990-91)

1. la création d'un comité ad hoc du conseil d'administration pour le plan de redressement 1986-87;
2. le plan de redressement déposé en novembre 1990 devant permettre le remboursement du déficit 1990-91 sur 2 ans (1991-92 et 1992-93);
3. les projets d'immobilisations : lancement pour la campagne de financement de la Fondation (dont la résonance magnétique) et le Centre de biomédecine.

#### Période 3 : complexification des liens avec l'environnement (1991-92 à 1994-95)

1. l'exercice BBZM (demandé par le MSSS en 1991-92 et inclut dans planification 1992-93);
2. les pénalités du GTI pour le dossier de l'urgence (1994-95);
3. la désignation de centre de traumatologie tertiaire.

#### Période 4 : transformation et/ou faire des choix (1995-96 à ...)

1. le PEB 1995-98 (pour l'atteinte de l'équilibre, le remboursement des déficits au fonds d'immobilisation et d'exploitation, le fonds de développement interne);
2. la modification au processus budgétaire interne en 1997-98;
3. la création du comité du conseil d'administration sur la planification budgétaire (janvier 1995).

---

Projet de questions pour l'entretien :

Pour chacune des périodes pour laquelle vous avez oeuvré au sein de l'Hôpital 1, je vous propose soit de discuter des 3 initiatives ci-haut identifiées soit encore de discuter d'autres initiatives que vous jugez plus significatives.

Je vous propose enfin d'aborder les éléments suivants pour les différentes initiatives :

1. L'émergence ou la provenance de l'initiative?
  
2. Quel a été le rôle ou la participation de différents acteurs, y compris vous-même, dans l'émergence et la mise en oeuvre de l'initiative (ex. : conseil d'administration, corps médical, gestionnaires des soins, gestionnaires administratifs, syndicats, Ministère, etc.)?
  
3. Quel a été le cheminement de l'initiative suite à son introduction :
  - (a) d'une part, comment a-t-elle évolué dans le temps?
  - (b) d'autre part, est-ce une initiative qui en a entraîné d'autre(s) par la suite?
  
4. Quels ont été les impacts de l'initiative sur la maîtrise de la gestion financière de l'Hôpital?
  
5. Quels ont été les impacts de l'initiative sur la maîtrise de la gestion de la stratégie de l'Hôpital?
  
6. Quels ont été les impacts de l'initiative sur l'influence respective des différents acteurs sur la stratégie de l'Hôpital?
  
7. Quels ont été les impacts de l'initiative sur les relations entre l'Hôpital et l'environnement (ex. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie régionale)?

### **Quelques choix organisationnels de l'Hôpital 1**

L'approche budgétaire de l'Hôpital s'appuie sur une philosophie de décentralisation (voir Orientations 1984). Ainsi l'Hôpital retient l'orientation générale de la direction des finances comme une direction d'aide et de conseil. Le maintien de l'équilibre budgétaire est également inclus dans les 2 documents d'orientations stratégiques : en tant que proposition en 1984 et en tant qu'enjeu actuel en 1994.

Généralement les différents services de chaque direction planifient en fonction des niveaux d'activités prévus, lesquels correspondent souvent aux activités réalisées l'année précédente [utilisation possible de rapports de productivités; planification 1993-94]. Les directions élaborent également des demandes budgétaires en fonction des objectifs stratégiques de l'organisation. Ces demandes doivent être approuvées par des comités organisationnels au préalable à leur intégration dans la budgétisation. Puis chaque direction prépare un budget pour les dépenses salariales et non-salariales. Les gestionnaires évaluent les résultats à chaque période selon l'atteinte de l'équilibre budgétaire et des objectifs de performance. En cas de dépassement, l'analyse des écarts permet de conclure en une augmentation des activités ou en une diminution de la performance.

En général, la technique budgétaire de l'Hôpital est celle du budget historique révisé. Cette technique correspond à un processus incrémentaliste puisque le budget de l'an t+1 est la reconstitution du budget indexé de l'an t. La révision provient de l'inclusion des demandes approuvées par les comités, ces demandes étant financées par des financements ad hoc du MSSS ou à même le budget global de l'hôpital.

Cette technique budgétaire ne suffit pas toujours pour atteindre l'équilibre budgétaire. Il y a alors des plans de redressement ou encore des compressions qui sont intégrés dès le début de l'année financière (ex. 1994-95) et corrigés à la lumière des résultats. Avec l'adoption du plan d'équilibre budgétaire (1995-96), l'Hôpital intègre à son processus budgétaire la constitution d'une marge de manoeuvre organisationnelle. Dans un contexte de recherche d'économies substantielles, le financement de la marge provient en partie d'une réallocation interne de fonds et de choix.

La méthodologie budgétaire comprend des modifications importantes pour l'exercice 1997-98. Ainsi, on ne budgétise plus les heures (rémunérées ou travaillées) mais des postes, pour ce qu'on peut considérer l'équipe de base ou le personnel régulier (Guide explicatif 1997-98). Les budgets pour les avantages sociaux qui auparavant étaient contenus dans un compte appelé "administration générale" relèvent désormais de chacune des directions. Plusieurs changements dans le processus de budgétisation devrait également permettre de préciser avec plus de détail les besoins des services.

---

Montréal, HIVER 1997

nom de l'acteur  
titre ou position de l'acteur  
Hôpital 2  
adresse de l'Hôpital  
Montréal, code postal  
téléphone  
télécopieur

Madame, Monsieur,

Je suis candidate au Ph.D. en santé publique, orientation "gestion des services de santé" à l'Université de Montréal. Mon projet de thèse s'intitule "Gestion financière et pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux publics". Mes directeurs de recherche sont M. Jean-Louis Denis, professeur au Département d'administration de la santé, et Mme Ann Langley, professeure au Département des sciences administratives de l'UQAM.

L'Hôpital 2 a accepté de participer au projet de recherche. La collecte d'informations a débuté depuis plus d'un an en étroite collaboration avec la direction générale et la direction des ressources financières et des services techniques. Plusieurs documents ont été consultés dont les procès-verbaux du conseil d'administration, les orientations et objectifs stratégiques, les rapports financiers et les planifications budgétaires annuelles.

Suite à cette première consultation de documents, j'ai pu identifié des personnes à interroger dans le cadre de ce projet de recherche. En effet, l'étape suivante consiste à valider et à enrichir la description de l'historique de la gestion financière de l'Hôpital, environ depuis 1983 soit avant l'opération Blitz. Un court résumé du projet est joint à la lettre et, à titre indicatif, des questions sur des initiatives caractéristiques de la gestion financière de cet établissement à différentes périodes.

C'est pour répondre à cet objectif de recherche que j'aimerais vous rencontrer pour un entretien. Cet entretien, d'une durée approximative de deux heures, pourrait être enregistré suite à votre autorisation. Soyez assuré(e) de la confidentialité des informations qui seront recueillies.

Je vous téléphonerai dans les prochains jours pour prendre rendez-vous au lieu et à l'heure de votre convenance. Si des renseignements supplémentaires sur le document ci-joint s'avéraient nécessaires, n'hésitez pas à me contacter. Vous remerciant de l'attention que vous porterez à cette demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Linda Cazale  
Candidate au PhD  
Téléphone :

---

## **Gestion financière et pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux publics**

### **Résumé du projet :**

Les centres hospitaliers de soins de courte durée (chscd) font face à un environnement de plus en plus incertain et complexe. Ainsi, le développement accéléré des technologies, les différents mécanismes de régulation adoptés par l'État, les pratiques professionnelles de même que les changements démographiques soulèvent un ensemble de difficultés quant à la détermination des orientations stratégiques de ces organisations. Pour les chscd, la détermination de ces orientations, en d'autres termes la capacité de définir leur stratégie, ne peut faire fi du contexte de réseau financé à même les fonds publics.

L'objectif principal de la recherche est de comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'étudier les relations entre la gestion financière et une autre fonction de l'organisation, la stratégie. Ainsi, la recherche a comme objet de décrire, de comprendre et d'expliquer différentes dynamiques financières-stratégiques.

Puisque nous nous intéressons à l'influence de l'environnement externe, en particulier du Ministère, sur les dynamiques financières-stratégiques internes des établissements, notre approche de recherche est historique. L'événement significatif de l'environnement externe retenu est celui de l'opération Blitz, opération menée par le Ministère de la santé et des services sociaux en 1986. Avant cette opération, le Ministère épongeait les déficits d'opération des établissements.

Depuis quelques années, les chscd font face à une transformation de leur environnement externe en ce qui a trait à l'allocation des ressources. Cette transformation s'inscrit, d'une part, dans la réforme administrative du système de soins au Québec du début des années 1990. Ainsi la plupart des fonctions de gestion budgétaire (allocation, suivi et contrôle) relève dorénavant des Régies régionales. D'autre part, les contraintes budgétaires du Défi qualité performance (1994-95 –...) sont significatives et ne vont pas sans entraîner certains ajustements pour les chscd soit au niveau de leur stratégie soit encore de leur gestion budgétaire. C'est cependant depuis 1990-91 que les chscd ont commencé à expérimenter des contraintes budgétaires avec la réduction du taux d'indexation des différentes composantes de leur budget.



---

### Préparation à l'entretien :

Suite à l'analyse de documents internes, nous avons identifié quatre périodes dans l'historique de la gestion financière de l'Hôpital 2. Pour chacune de ces périodes, nous avons répertorié trois initiatives qui, croyons-nous, marquent celles-ci à savoir :

#### Période 1 : avant Blitz (1983 à 1986)

1. le processus de planification budgétaire permettant, entre autres, la création d'une marge de manoeuvre;
2. le comité tripartite MAS-Hôpital 2-CRSSS pour l'étude de la budgétisation de l'Hôpital;
3. le dépôt d'un "projet d'immobilisation et programme fonctionnel" qui reprend des rubriques définies dans les orientations stratégiques 1979-84.

#### Période 2 : après Blitz (1986-87 à 1989-90)

1. les Revues de programmes (demandes de financement acheminées au Ministère ou au CRSSS);
2. les objectifs annuels de gestion interne (Documents : Objectifs et plans d'actions);
3. le développement de projets prioritaires (ex. : Centre de jour).

#### Période 3 : complexification des liens avec l'environnement (1990-91 à 1993-94)

1. le financement pour la recherche ( ex. : montages financiers);
2. le dossier du centre de cancérologie pédiatrique;
3. la prise en charge par l'ensemble des directions du secteur de la pharmacie (1993-94).

#### Période 4 : révision des façons de faire (1994-95 à ...)

1. la Revue de l'Utilisation des Ressources (RUR);
2. l'annonce d'un déficit en 1996-97 suite aux contraintes rétroactives;
3. le financement de la recherche (ex. : travaux au Centre de recherche).

---

Projet de questions pour l'entretien :

Pour chacune des périodes pour laquelle vous avez oeuvré au sein de l'Hôpital 2, je vous propose soit de discuter des 3 initiatives ci-haut identifiées soit encore de discuter d'autres initiatives que vous jugez plus significatives.

Je vous propose enfin d'aborder les éléments suivants pour les différentes initiatives :

1. L'émergence ou la provenance de l'initiative?
  
2. Quel a été le rôle ou la participation de différents acteurs, y compris vous-même, dans l'émergence et la mise en oeuvre de l'initiative (ex. : conseil d'administration, corps médical, gestionnaires des soins, gestionnaires administratifs, syndicats, Ministère, etc.)?
  
3. Quel a été le cheminement de l'initiative suite à son introduction :
  - (a) d'une part, comment a-t-elle évolué dans le temps?
  - (b) d'autre part, est-ce une initiative qui en a entraîné d'autre(s) par la suite?
  
4. Quels ont été les impacts de l'initiative sur la maîtrise de la gestion financière de l'Hôpital?
  
5. Quels ont été les impacts de l'initiative sur la maîtrise de la gestion de la stratégie de l'Hôpital?
  
6. Quels ont été les impacts de l'initiative sur l'influence respective des différents acteurs sur la stratégie de l'Hôpital?
  
7. Quels ont été les impacts de l'initiative sur les relations entre l'Hôpital et l'environnement (ex. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie régionale)?

---

## **Quelques choix organisationnels de l'Hôpital 2**

L'approche budgétaire de l'Hôpital s'appuie sur des principes directeurs et sur une philosophie de décentralisation (Planification budgétaire interne 1993-94). Tout d'abord, l'équilibre budgétaire doit être respecté non seulement au niveau organisationnel mais également à l'intérieur de chaque direction administrative. L'attribution du budget doit correspondre aux besoins établis et reconnus dans l'ensemble de l'hôpital. Chaque direction a à procéder à son suivi budgétaire lequel peut comprendre deux dimensions, des objectifs de productivité et l'objectif de respect budgétaire. Bien que chaque directeur soit responsable du budget qui lui est alloué, ce dernier peut demander la contribution de ses collègues en vue d'atteindre l'objectif organisationnel.

Enfin, l'approche budgétaire comprend, jusqu'en 1993-94, la constitution d'une marge de manoeuvre. Cette marge de manoeuvre, dont le montant varie entre 1,5M\$ et 3M\$, sert au financement des nouvelles priorités annuelles. Ce processus annuel de priorisation fait appel à différents intervenants et comités (et la Retraite au Lac-à-L'Épaule). La marge de manoeuvre est constituée à partir de sources de financement tels des revenus exceptionnels et du financement additionnel (ex. : révision de la base budgétaire) provenant du Ministère et d'une contribution volontaire de chaque direction. Ainsi les différentes directions contribuent également (en général 0,5% de leur base budgétaire), dans ce qui est également appelé un effort de productivité, à la marge de manoeuvre.

Puis les fonds de la marge de manoeuvre sont répartis en deux grandes catégories : pour le maintien des activités existantes (ex. : la révision de la base budgétaire de directions) et pour le développement, récurrent et non-récurrent. Le développement récurrent inclut les projets de développement et les nouvelles priorités de l'établissement. Alors que le développement récurrent est financé la première année par la marge de manoeuvre, il doit être financé, pour les années subséquentes, à même le budget global de l'hôpital. Le développement non-récurrent comprend, entre autres, les dépenses pour différents travaux d'immobilisations (ex. : aménagement, travaux mineurs, travaux incidents aux projets de construction).

En résumé, l'approche budgétaire a comme objectifs de maintenir une santé financière constante d'année en année (équilibre budgétaire) tout en permettant à l'organisation de financer les nouveaux besoins ou les nouvelles priorités à même le budget global alloué. Pour faire face aux contraintes du Défi qualité performance, l'Hôpital va modifier son approche budgétaire en 1994-95. La nouvelle approche, appelée RUR (Revue d'Utilisation des Ressources), est non seulement un outil de gestion budgétaire mais également une démarche d'optimisation des ressources.

Montréal, AUTOMNE 1998

nom de l'acteur  
titre ou position de l'acteur  
Hôpital 1  
adresse de l'Hôpital  
Montréal, code postal  
téléphone  
télécopieur

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon projet de thèse intitulé "Gestion financière et pratiques stratégiques au sein d'hôpitaux publics", nous nous sommes rencontrés pour un entretien il y a déjà quelques temps.

Cet entretien avait pour objectifs d'enrichir et de compléter l'historique de la gestion financière et des pratiques stratégiques d'un des deux hôpitaux à l'étude. Dans le cadre des entretiens, cet historique avait été divisé en 4 phases et pour chacune de celles-ci, 3 initiatives avaient été identifiées pour fins de discussion. Suite à la collecte d'informations puis à la tenue de deux vagues d'entretiens, j'ai rédigé un document de plus de cent pages.

Mes directeurs de recherche, M. Jean-Louis Denis, professeur au Département d'adminis-tration de la santé, et Mme Ann Langley, professeure au Département des sciences administratives de l'UQAM, ont déjà révisé ce document. Il importe maintenant de faire valider le contenu de chacune des phases auprès d'acteurs rencontrés. Deux personnes par phase sont ainsi sollicitées pour en faire une lecture et pour proposer des corrections (ex. omission d'idées importantes, vocabulaire employé).

Des efforts de concision ont été faits – j'espère sans trop d'impacts significatifs sur l'historique de l'Hôpital – puisque la phase la plus longue compte 16 pages. Ainsi j'estime que la durée pour lire la phase x, ci-jointe, devrait être comprise entre 30 minutes et 1 heure.

Je vous téléphonerai dans les prochains jours pour vérifier votre participation à cette étape de la recherche. Si des renseignements supplémentaires sur ce document s'avéraient nécessaires, n'hésitez pas à me contacter. Vous remerciant de l'attention que vous porterez à cette demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Linda Cazale  
Candidate au PhD  
Téléphone :

---

**Objectif principal de la recherche :**

L'objectif principal de la recherche est de mieux comprendre les enjeux associés aux pratiques financières dans leur contexte organisationnel et d'étudier les relations entre la gestion financière et la stratégie de l'Hôpital. L'intérêt principal du projet est de contribuer à une compréhension plus fine de l'articulation entre la gestion financière et la stratégie, appelée dynamique financière-stratégique, ainsi que les résultats de celle-ci dans les conditions complexes et ambiguës associées aux organisations publiques.

**Description de ce qui suit :**

- Une description de l'environnement externe lors de cette phase;
- La description d'une des phases qui comprend :
  1. une brève présentation de l'Hôpital;
  2. la gestion de la finance et la recette budgétaire de l'Hôpital;
  3. ce qui est appelé un dialogue entre la finance et la stratégie : ce sont les initiatives discutées lors des entretiens. Ces initiatives sont reliées au budget d'exploitation ou au budget d'immobilisations de l'Hôpital;

**4. la performance ou les résultats :**

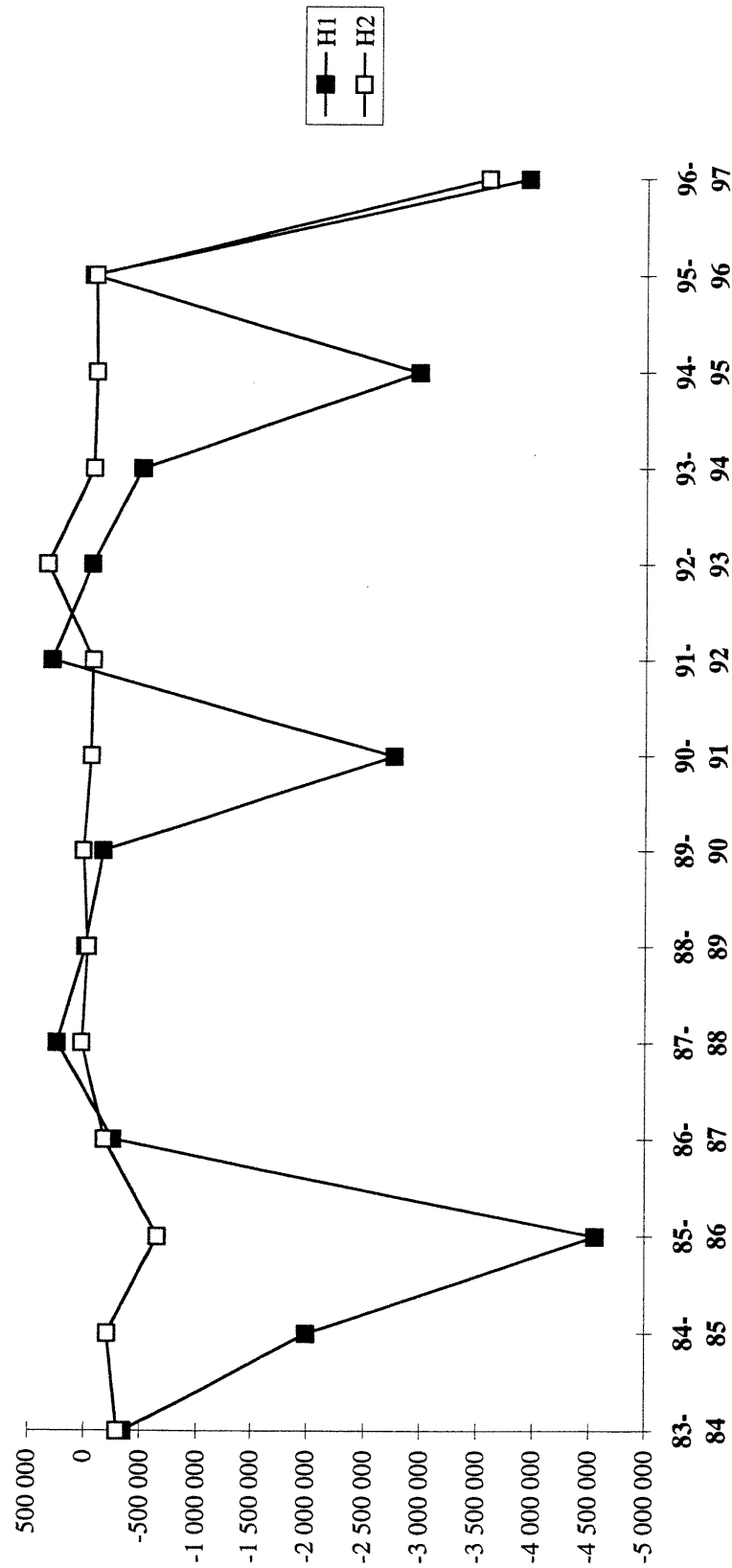
Les résultats sont de 3 ordres en référence à des modèles de performance. Pour le modèle de l'atteinte des buts, les résultats choisis sont ceux de l'équilibre budgétaire et de la conformité de l'hôpital avec sa mission. Pour le modèle de l'acquisition de ressources, le résultat retenu est la capacité de développement de l'hôpital. Pour le modèle de l'harmonisation des intérêts, "l'écart entre la stratégie intentionnelle et celle réalisée" et le "partenariat médico-administratif" sont les résultats retenus. Un autre résultat, celui des gains de crédibilité des gestionnaires dans le domaine de la stratégie grâce à l'emploi d'outils de contrôle est également apprécié.

P.S. les références bibliographiques et les tableaux ayant servi à estimer la croissance d'activités de l'Hôpital (ex. admissions totales, nombre de patients au bloc opératoire) seront inclus dans le document final.

**Annexe 2**

**Données statistiques et financières**

Annexe 2.1 : Évolution des résultats pour les activités principales exprimés en dollars



Source : les données proviennent des rapports financiers annuels.

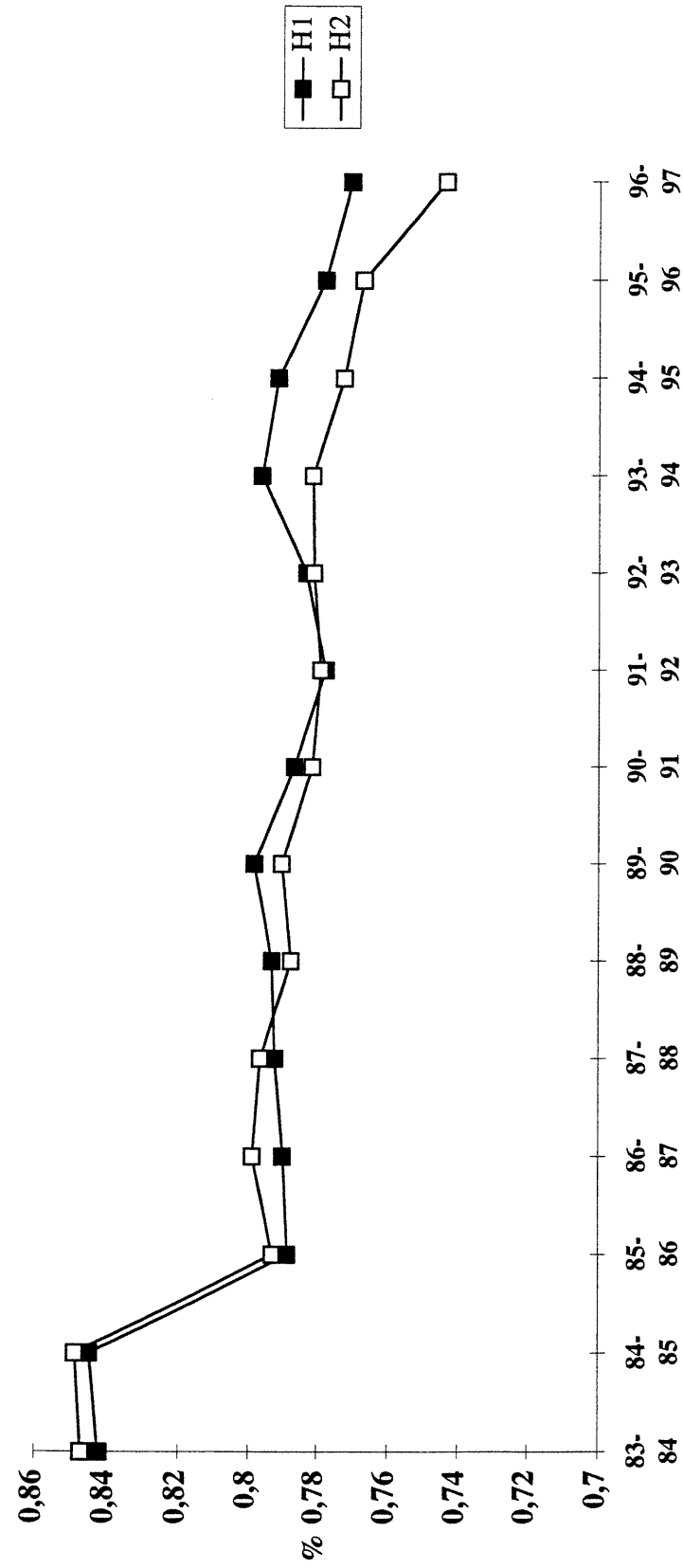
Annexe 2.2 : Évolution des heures pour les activités principales

HOPITAL I				HOPITAL 2			
	(i)	(ii)	=(i)+(ii)	(i)	(ii)	=(i)+(ii)	Encadrement
	Heures travaillées (croissance)	Heures non-travail (croissance)	Heures rémunérées (croissance)	Heures travaillées (croissance)	Heures non-travail (croissance)	Heures rémunérées (croissance)	% hres trav cadres sur total des hres travail n.d.
	%	%	%	%	%	%	
1983-84	3 817 206	716 728	4 533 934	3 927 869	710 969	4 638 838	n.d.
	84,19%	15,81%		84,67%	15,33%		
1984-85	3 776 461	695 434	4 471 895	3 950 000	705 670	4 655 670	n.d.
	-1,07%	-2,97%	-1,37%	0,56%	-0,75%	0,36%	
1985-86	3 874 013	1 038 330	4 912 343	4 057 379	1 057 848	5 115 227	5,47%
	2,58%	49,31%	9,85%	2,72%	49,91%	9,87%	
1986-87	3 894 828	1 035 204	4 930 032	4 135 747	1 040 753	5 176 500	5,41%
	0,54%	-0,30%	0,36%	1,93%	-1,62%	1,20%	
1987-88	3 928 866	1 029 172	4 958 038	4 141 328	1 056 996	5 198 324	5,50%
	0,87%	-0,58%	0,57%	0,13%	1,56%	0,42%	
1988-89	3 961 435	1 030 740	4 992 175	4 081 211	1 099 654	5 180 865	5,37%
	0,83%	0,15%	0,69%	-1,45%	4,04%	-0,34%	
1989-90	4 038 631	1 018 394	5 057 025	4 136 891	1 096 237	5 233 128	5,40%
	1,95%	-1,20%	1,30%	1,36%	-0,31%	1,01%	
1990-91	4 068 148	1 101 808	5 169 956	4 158 140	1 162 144	5 320 284	5,28%
	0,73%	8,19%	2,23%	0,51%	6,01%	1,67%	
1991-92	4 005 269	1 143 347	5 148 616	4 180 414	1 184 111	5 364 525	5,45%
	-1,55%	3,77%	-0,41%	0,54%	1,89%	0,83%	
1992-93	4 079 221	1 127 607	5 206 828	4 200 503	1 175 712	5 376 215	5,26%
	1,85%	-1,38%	1,13%	0,48%	-0,71%	0,22%	
1993-94	4 268 058	1 089 013	5 357 071	4 196 342	1 172 832	5 369 174	5,26%
	4,63%	-3,42%	2,89%	-0,10%	-0,24%	-0,13%	
1994-95	4 229 978	1 111 575	5 341 553	4 094 635	1 204 194	5 298 829	4,52%
	-0,89%	2,07%	-0,29%	-2,42%	2,67%	-1,31%	
1995-96	3 975 033	1 133 988	5 109 021	3 962 729	1 202 233	5 164 962	4,39%
	-6,03%	2,02%	-4,35%	-3,22%	-0,16%	-2,53%	
1996-97	3 871 925	1 152 513	5 024 438	3 845 094	1 325 008	5 170 102	4,41%
	-2,59%	1,63%	-1,66%	-2,97%	10,21%	0,10%	

Source : Les données proviennent des rapports financiers annuels.



Annexe 2.3 : Évolution du pourcentage des heures travaillées par rapport aux heures totales  
(activités principales)



Source : les données proviennent des rapports financiers annuels.

Annexe 2.4 : Évolution des dépenses des activités principales : (i) salaires et avantages sociaux; (ii) autres dépenses directes.

	HOPITAL 1				HOPITAL 2			
	(i) salaires et avantages (croissance)	(ii) autres dépenses dir (croissance)	%	=(i)+(ii) total dépenses dir (croissance)	(i) salaires et avantages (croissance)	(ii) autres dépenses dir (croissance)	%	=(i)+(ii) total dépenses dir (croissance)
1983-84	59 597 916	20 593 943	74,32%	80 191 859	61 218 523	15 507 947	20,21%	76 726 470
1984-85	60 345 885	22 277 525	73,04%	82 623 410	63 770 484	17 515 430	78,45%	81 285 914
	1,26%	8,18%		3,03%	4,17%	12,94%		5,94%
1985-86	66 733 618	21 468 895	75,66%	88 202 513	69 435 449	15 445 097	81,80%	84 880 546
	10,59%	-3,63%		6,75%	8,88%	-11,82%		4,42%
1986-87	67 977 304	21 243 808	76,19%	89 221 112	71 116 717	16 005 653	81,63%	87 122 370
	1,86%	-1,05%		1,15%	2,42%	3,63%		2,64%
1987-88	75 570 763	22 616 855	76,97%	98 187 618	78 971 518	17 135 124	82,17%	96 106 642
	11,17%	6,46%		10,05%	11,04%	7,06%		10,31%
1988-89	80 167 097	25 145 826	76,12%	105 312 923	82 898 239	18 909 066	81,43%	101 807 305
	6,08%	11,18%		7,37%	4,97%	10,35%		5,93%
1989-90	87 186 105	26 811 850	76,48%	113 997 955	87 542 295	21 422 180	80,34%	108 964 475
	8,76%	6,63%		8,25%	5,60%	13,29%		7,03%
1990-91	95 202 946	30 379 792	75,81%	125 582 738	96 265 797	23 473 979	80,40%	119 739 776
	9,20%	13,31%		10,16%	9,96%	9,58%		9,89%
1991-92	102 012 638	31 446 070	76,44%	133 458 708	104 311 867	24 376 972	81,06%	128 688 839
	7,15%	3,51%		6,27%	8,36%	3,85%		7,47%
1992-93	106 333 747	33 763 871	75,90%	140 097 618	108 700 451	27 324 202	79,91%	136 024 653
	4,24%	7,37%		4,97%	4,21%	12,09%		5,70%
1993-94	111 256 843	39 348 656	73,87%	150 605 499	111 532 508	27 225 263	80,38%	138 757 771
	4,63%	16,54%		7,50%	2,61%	-0,36%		2,01%
1994-95	111 841 584	38 154 308	74,56%	149 995 892	110 861 812	26 148 358	80,92%	137 010 170
	0,53%	-3,04%		-0,40%	-0,60%	-3,96%		-1,26%
1995-96	109 089 361	38 603 462	73,86%	147 692 823	109 660 096	26 228 940	80,70%	135 889 036
	-2,46%	1,18%		-1,54%	1,08%	0,31%		-0,82%
1996-97	110 761 692	38 826 514	74,04%	149 588 206	111 533 095	25 876 328	81,17%	137 409 423
	1,53%	0,58%		1,28%	1,71%	-1,34%		1,12%
								-0,03%

Source : Les données proviennent des rapports financiers annuels.

Annexe 2.5 : Évolution des dépenses: (i) les salaires; (ii) les avantages sociaux (activités principales)

HOPITAL 1				HOPITAL 2					
(i)		(ii)		(i)		(ii)			
salaires (croissance)	%	avantages sociaux (croissance)	%	salaires (croissance)	%	avantages sociaux (croissance)	%		
		(iii)				(iii)			
		TOTAL (i) + (ii)	(croissance)			TOTAL (i) + (ii)	(croissance)		
1983-84	46 467 748	77,97%	13 130 168	22,03%	47 652 515	77,84%	13 566 008	22,16%	61 218 523
1984-85	47 245 189	78,29%	13 100 696	21,71%	49 372 494	77,42%	14 397 990	22,58%	63 770 484
	1,67%		-0,22%		3,61%		6,13%		4,17%
1985-86	49 395 762	74,02%	17 337 856	25,98%	51 877 007	74,71%	17 558 442	25,29%	69 435 449
	4,55%		32,34%		5,07%		21,95%		8,88%
1986-87	50 053 538	73,63%	17 923 766	26,37%	53 194 418	74,80%	17 922 299	25,20%	71 116 717
	1,33%		3,38%		2,54%		2,07%		2,42%
1987-88	55 682 480	73,68%	19 888 283	26,32%	58 662 431	74,28%	20 309 087	25,72%	78 971 518
	11,25%		10,96%		10,28%		13,32%		11,04%
1988-89	58 837 771	73,39%	21 329 326	26,61%	61 006 476	73,59%	21 891 763	26,41%	82 898 239
	5,67%		7,25%		4,00%		7,79%		4,97%
1989-90	64 827 360	74,36%	22 358 745	25,64%	64 797 193	74,02%	22 745 102	25,98%	87 542 295
	10,18%		4,83%		6,21%		3,90%		5,60%
1990-91	69 334 393	72,83%	25 868 553	27,17%	70 647 356	73,39%	25 618 441	26,61%	96 265 797
	6,95%		15,70%		9,03%		12,63%		9,96%
1991-92	73 585 719	72,13%	28 426 919	27,87%	76 258 662	73,11%	28 053 205	26,89%	104 311 867
	6,13%		9,89%		7,94%		9,50%		8,36%
1992-93	76 982 721	72,40%	29 351 026	27,60%	78 943 010	72,62%	29 757 441	27,38%	108 700 451
	4,62%		3,25%		3,52%		6,08%		4,21%
1993-94	82 264 177	73,94%	28 992 666	26,06%	81 058 999	72,68%	30 473 509	27,32%	111 532 508
	6,86%		-1,22%		2,68%		2,41%		2,61%
1994-95	82 406 225	73,68%	29 435 359	26,32%	79 329 918	71,56%	31 531 894	28,44%	110 861 812
	0,17%		1,53%		-2,13%		3,47%		-0,60%
1995-96	78 493 023	71,95%	30 596 338	28,05%	77 491 380	70,67%	32 168 716	29,33%	109 660 096
	-4,75%		3,94%		-2,32%		2,02%		-1,08%
1996-97	77 814 157	70,25%	32 947 535	29,75%	76 934 345	68,98%	34 598 750	31,02%	111 533 095
	-0,86%		7,68%		-0,72%		7,55%		1,71%

Source : Les données proviennent des rapports financiers annuels.

Annexe 2.6 : Évolution des revenus pour les activités principales par catégories de revenus

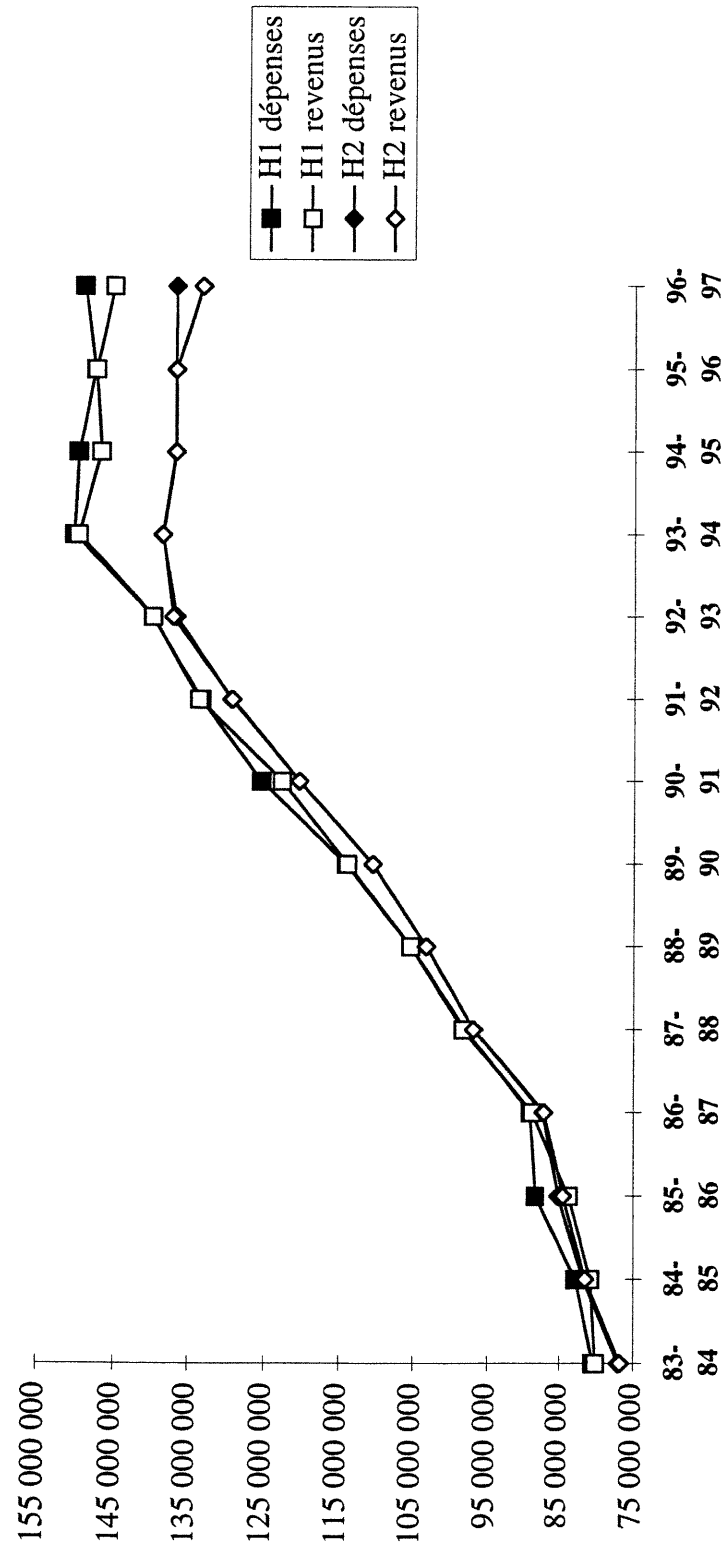
HOPITAL 1						
	Revenus totaux (croissance)	MSSS/CR ou RRSS %	Autres revenus %	Revenus alt établi %	Contrib. usagers %	Ventes de services %
1983-84	80 119 299	92,541	7,614	1,371	72,614	26,015
1984-85	80 826 867	91,404	8,731	0,194	72,882	26,924
	0,88%					
1985-86	83 760 002	89,485	10,164	0,797	74,254	24,949
	3,63%					
1986-87	88 900 970	90,251	8,867	1,361	72,412	26,227
	6,14%					
1987-88	98 382 270	91,497	7,584	1,024	70,748	28,229
	10,67%					
1988-89	105 364 264	93,373	6,702	2,098	68,983	28,919
	7,10%					
1989-90	113 918 439	92,479	6,441	2,284	69,370	28,346
	8,12%					
1990-91	122 754 380	92,454	6,510	1,988	69,580	28,432
	7,76%					
1991-92	133 729 981	92,751	6,251	4,834	68,733	26,433
	8,94%					
1992-93	139 983 737	92,910	6,145	5,777	68,098	26,125
	4,68%					
1993-94	150 066 524	92,337	6,412	6,648	67,502	25,851
	7,20%					
1994-95	147 031 603	92,672	6,232	4,181	66,730	29,090
	-2,02%					
1995-96	147 741 691	92,803	5,835	3,062	66,374	30,564
	0,48%					
1996-97	145 360 129	93,121	5,878	0,000	67,687	32,313
	-1,61%					

HOPITAL 2						
	Revenus totaux	MSSS/CR ou RRSS %	Autres revenus %	Revenus alt établi %	Contrib. usagers %	Ventes de services %
1983-84	76 756 467	97,110	2,576	0,856	53,036	46,109
1984-85	81 513 746	96,589	3,079	15,330	40,870	43,800
	6,20%					
1985-86	84 527 251	95,201	4,331	14,031	49,809	36,160
	3,70%					
1986-87	87 169 978	95,006	4,064	19,785	46,877	33,338
	3,13%					
1987-88	96 924 714	95,348	3,700	19,134	45,246	35,619
	11,19%					
1988-89	103 292 198	95,501	3,648	18,777	48,691	32,533
	6,57%					
1989-90	110 544 817	95,334	3,675	20,249	45,665	34,086
	7,02%					
1990-91	120 413 512	94,513	4,101	22,742	43,712	33,546
	8,93%					
1991-92	129 336 434	94,451	4,307	26,618	43,531	29,851
	7,41%					
1992-93	137 163 829	94,725	3,918	24,263	43,660	32,077
	6,05%					
1993-94	138 656 259	94,410	3,986	26,913	42,451	30,635
	1,09%					
1994-95	136 902 586	94,683	3,274	5,898	54,525	39,578
	-1,26%					
1995-96	136 881 908	95,211	2,908	5,341	51,892	42,767
	-0,02%					
1996-97	133 312 908	95,209	2,723	3,075	49,309	47,616
	-2,61%					

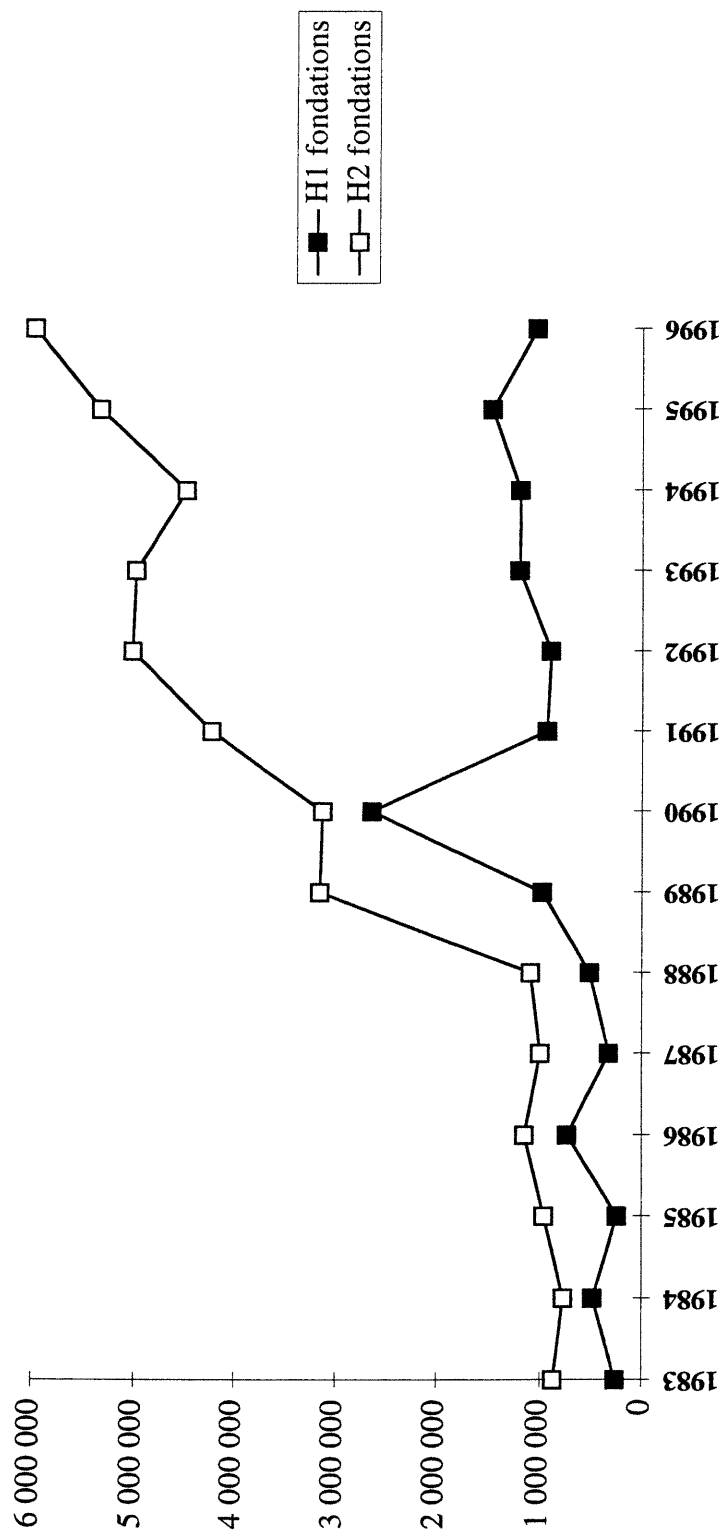
Source : Les données proviennent des rapports financiers annuels.

Annexe 2.7 : Évolution des dépenses et des revenus pour les activités principales



Source : les données proviennent des rapports financiers annuels

Annexe 2.8 : Évolution de la contribution des fondations



Source : les données proviennent des rapports annuels des établissements.

**Annexe 2.9 : Résultat des activités accessoires**

<b>HOPITAL 1</b>			<b>HOPITAL 2</b>		
	<b>Surplus/ déficit (% revenus)</b>	<b>surplus/ dette</b>		<b>Surplus/ déficit (% revenus)</b>	<b>surplus/ dette</b>
1983-84	281 121 3,890	281 121	1983-84	206 650 2,034	206 650
1984-85	652 821 7,588	933 942	1984-85	201 963 2,188	408 613
1985-86	235 817 2,425	1 169 759	1985-86	202 049 1,947	610 662
1986-87	397 298 3,954	1 567 057	1986-87	226 080 2,056	836 742
1987-88	513 016 4,809	2 080 073	1987-88	380 829 3,273	1 217 571
1988-89	329 508 2,972	2 409 581	1988-89	392 458 2,972	1 610 029
1989-90	156 659 1,408	2 566 240	1989-90	473 695 3,262	2 083 724
1990-91	219 534 1,804	2 785 774	1990-91	519 196 3,553	2 602 920
1991-92	440 662 3,521	3 226 436	1991-92	522 143 3,209	3 125 063
1992-93	440 192 2,067	3 666 628	1992-93	617 022 2,220	3 742 085
1993-94	490 434 3,817	4 157 062	1993-94	571 007 1,387	4 313 092
1994-95	197 422 1,820	4 354 484	1994-95	590 993 2,640	4 904 085
1995-96	234 615 2,203	4 589 099	1995-96	-40 510 -0,166	4 863 575
1996-97	442 006 4,069	5 031 105	1996-97	225 291 1,311	5 088 866

Source : Les données proviennent des rapports financiers annuels.

## Annexe 2.11 : Répartition des acquisitions par année et par phase

## HOPITAL 1

## 1. Mobilier et équipement

	Médical	Administratif	Sous-total	Moyenne/an phase	dont CRSSS	Bati+const	Moyenne/an phase	dont CRSSS	TOTAL	Moyenne/an phase
1983-84	n.d.	n.d.	959 292		n.d.	1 161 678		n.d.	2 120 970	
p1 1984-85	n.d.	n.d.	1 689 964	1 271 892	n.d.	973 359	1 788 067	n.d.	2 663 323	3 059 959
1985-86	n.d.	n.d.	2 438 313		n.d.	5 017 230		n.d.	7 455 543	
1986-87	1 760 523	2 194 457	3 954 980		n.d.	2 978 729		n.d.	6 933 709	
1987-88	499 754	881 416	1 381 170		757 973	2 833 856		0	4 215 026	
p2 1988-89	1 573 376	1 415 008	2 988 384	2 415 664	1 737 934	1 113 122	2 688 972	0	4 101 506	5 143 939
1989-90	1 189 444	874 224	2 063 668		791 607	1 312 476		252 316	3 572 663	
1990-91	995 471	694 647	1 690 118		720 074	5 206 675		225 308	6 896 793	
1991-92	2 059 286	814 621	2 873 907		1 082 018	883 999		57 349	3 757 906	
1992-93	2 268 633	2 281 752	4 550 385		531 815	2 254 914		976 943	6 805 299	
p3 1993-94	578 708	2 922 656	3 501 364	3 446 647	1 136 791	954 129	2 434 346	215 794	4 455 493	5 880 993
1994-95	2 123 146	737 785	2 860 931		1 466 268	5 644 341		379 580	8 505 272	
1995-96	1 357 440	831 712	2 189 152		714 206	3 229 765		912 858	5 418 917	
p4 1996-97	1 851 969	2 506 009	4 357 978	3 273 565	1 562 596	4 728 760	3 979 263	843 629	9 086 738	7 252 828

## HOPITAL 2

## 1. Mobilier et équipement

	Médical	Administratif	Sous-total	Moyenne/an phase	dont CRSSS	Bati+const	Moyenne/an phase	dont CRSSS	TOTAL	Moyenne/an phase
1983-84	n.d.	n.d.	1 437 512		n.d.	1 556 552		n.d.	2 981 294	
p1 1984-85	n.d.	n.d.	1 859 197	1 230 121	n.d.	3 259 348	2 270 570	n.d.	5 106 584	3 494 507
1985-86	n.d.	n.d.	1 623 773		n.d.	4 266 378		n.d.	5 890 151	
1986-87	1 735 900	760 471	2 496 371		n.d.	653 544		n.d.	3 149 915	
p2 1987-88	2 993 843	505 197	3 499 040	3 149 120	769 389	952 901	802 246	4 293	4 451 941	3 951 366
1988-89	2 118 002	651 551	2 769 553		492 668	821 241		0	3 590 794	
1989-90	1 604 727	2 226 790	3 831 517		1 030 280	781 296		0	4 612 813	
1990-91	3 453 431	642 693	4 096 124		2 188 266	533 751		0	4 629 875	
1991-92	3 560 667	1 234 285	4 794 952		1 162 156	2 909 357		372 500	7 704 309	
p3 1992-93	3 539 058	639 891	4 178 949	4 156 227	1 021 957	1 964 476	2 358 521	1 118 378	6 143 425	6 514 748
1993-94	2 393 014	1 161 868	3 554 882		1 203 587	4 026 501		421 971	7 581 383	
1994-95	5 939 967	1 880 649	7 820 616		1 539 981	8 308 778		1 053 029	16 129 394	
p4 1995-96	3 918 240	3 635 557	7 553 797	6 754 651	1 976 319	3 010 665	4 855 277	0	10 564 462	11 609 928
1996-97	3 328 426	1 561 114	4 889 540		1 532 732	3 246 387		190 000	8 135 927	

Source : Les données proviennent des rapports financiers annuels.



## Annexe 2.11 : Répartition des acquisitions par année et par phase

## HOPITAL 1

## 1. Mobilier et équipement

	Médical	Administratif	Sous-total1	Moyenne/an phase	dont CRSSS	Bati+const	Moyenne/an phase	dont CRSSS	TOTAL	Moyenne/an phase
1983-84	n.d.	n.d.	959 292	n.d.	n.d.	1 161 678	n.d.	n.d.	2 120 970	n.d.
p1 1984-85	n.d.	n.d.	1 689 964	1 271 892	n.d.	973 359	1 788 067	n.d.	2 663 323	3 059 959
1985-86	n.d.	n.d.	2 438 313	n.d.	n.d.	5 017 230	n.d.	n.d.	7 455 543	n.d.
1986-87	1 760 523	2 194 457	3 954 980	n.d.	n.d.	2 978 729	n.d.	n.d.	6 933 709	n.d.
1987-88	499 754	881 416	1 381 170	757 973	0	2 833 856	2 688 972	0	4 215 026	n.d.
p2 1988-89	1 573 376	1 415 008	2 988 384	2 415 664	1 737 934	1 113 122	2 688 972	0	4 101 506	5 143 939
1989-90	1 189 444	874 224	2 063 668	791 607	791 607	1 312 476	252 316	252 316	3 572 663	n.d.
1990-91	995 471	694 647	1 690 118	720 074	720 074	5 206 675	225 308	225 308	6 896 793	n.d.
1991-92	2 059 286	814 621	2 873 907	1 082 018	1 082 018	883 999	n.d.	57 349	3 757 906	n.d.
1992-93	2 268 633	2 281 752	4 550 385	531 815	531 815	2 254 914	n.d.	976 943	6 805 299	n.d.
p3 1993-94	578 708	2 922 656	3 501 364	3 446 647	1 136 791	954 129	2 434 346	215 794	4 455 493	5 880 993
1994-95	2 123 146	737 785	2 860 931	1 466 268	1 466 268	5 644 341	n.d.	379 580	8 505 272	n.d.
1995-96	1 357 440	831 712	2 189 152	714 206	714 206	3 229 765	n.d.	912 858	5 418 917	n.d.
p4 1996-97	1 851 969	2 506 009	4 357 978	3 273 565	1 562 596	4 728 760	3 979 263	843 629	9 086 738	7 252 828

## HOPITAL 2

## 1. Mobilier et équipement

	Médical	Administratif	Sous-total1	Moyenne/an phase	dont CRSSS	Bati+const	Moyenne/an phase	dont CRSSS	TOTAL	Moyenne/an phase
1983-84	n.d.	n.d.	1 437 512	n.d.	n.d.	1 556 552	n.d.	n.d.	2 981 294	n.d.
p1 1984-85	n.d.	n.d.	1 859 197	1 230 121	n.d.	3 259 348	2 270 570	n.d.	5 106 584	3 494 507
1985-86	n.d.	n.d.	1 623 773	n.d.	n.d.	4 266 378	n.d.	n.d.	5 890 151	n.d.
1986-87	1 735 900	760 471	2 496 371	n.d.	n.d.	653 544	n.d.	n.d.	3 149 915	n.d.
p2 1987-88	2 993 843	505 197	3 499 040	769 389	769 389	952 901	802 246	4 293	4 451 941	n.d.
1988-89	2 118 002	651 551	2 769 553	492 668	492 668	821 241	n.d.	0	3 590 794	n.d.
1989-90	1 604 727	2 226 790	3 831 517	1 030 280	1 030 280	781 296	n.d.	0	4 612 813	n.d.
1990-91	3 453 431	642 693	4 096 124	2 188 266	2 188 266	533 751	n.d.	0	4 629 875	n.d.
p3 1991-92	3 560 667	1 234 285	4 794 952	1 162 156	1 162 156	2 909 357	2 358 521	372 500	7 704 309	n.d.
1992-93	3 539 058	639 891	4 178 949	4 156 227	1 021 957	1 964 476	2 358 521	1 118 378	6 143 425	6 514 748
1993-94	2 393 014	1 161 868	3 554 882	1 203 587	1 203 587	4 026 501	n.d.	421 971	7 581 383	n.d.
1994-95	5 939 967	1 880 649	7 820 616	1 539 981	1 539 981	8 308 778	n.d.	1 053 029	16 129 394	n.d.
p4 1995-96	3 918 240	3 635 557	7 553 797	6 754 651	1 976 319	3 010 665	4 855 277	0	10 564 462	11 609 928
1996-97	3 328 426	1 561 114	4 889 540	1 532 732	1 532 732	3 246 387	n.d.	190 000	8 135 927	n.d.

Source : Les données proviennent des rapports financiers annuels.

Annexe 2.12 : Répartition des sources du fonds d'immobilisations

HOPITAL 1

1. Public :

2. Transferts interfonds et intérêts

	MSSS		CRSSS	supp chambres	Sous- total 1	avoir propre		éco projets autofin	Dons	Recherche et dons	Immo recherche (avec CSST)	Intérêts et dividendes	Sous- total 2	budget opération/ centrale théor	Fédér/ corpo héb	MTC/ SAAQ/CSST	Autres	Sous- total 3	Additions totales	
	1983-84	1984-85				1985-86	1986-87													1987-88
p1	422 576	0	761 392	517 864	1 701 832	237 604	0	0	117 588	318 255	200 667	42 118	597 977	129 344	0	0	0	1 350	130 694	2 430 503
	0	0	382 757	518 715	901 472	90 278	0	0	374 828	662 088	287 860	101 393	854 359	0	0	0	7 099	7 099	1 762 910	
	0	0	1 121 979	n.s.p.	1 121 979	350 000	79 015	0	217 634	441 472	123 848	66 654	937 141	0	0	0	24 627	24 627	2 083 747	
MOYENNE p1	140 859	0	253 126	345 526	1 241 761	228 981	26 338	0	270 121	572 138	208 125	70 025	296 492	43 115	0	0	11 025	54 140	2 092 331	
% D/P 1	6,73%	0	36,10%	16,51%	59,33%	10,80%	1,26%	0	14,90%	24,66%	9,76%	3,57%	38,07%	2,00%	0,00%	0,00%	0,83%	2,59%	2,02%	
1986-87	0	998 910	0	n.s.p.	998 910	1 023 902	192 928	461 644	0	672 710	211 066	13 303	1 902 843	0	0	0	-7 737	2 804 016		
1987-88	0	832 136	0	n.s.p.	832 136	0	360 882	247 004	0	417 700	170 700	31 000	809 586	0	0	0	-107 670	1 534 052		
1988-89	346 154	0	1 737 934	n.s.p.	2 084 088	450 000	439 559	486 672	0	554 738	68 066	41 000	1 485 397	0	0	0	-168 002	3 401 483		
1989-90	0	1 043 923	0	n.s.p.	1 043 923	0	307 664	1 020 842	0	1 236 909	216 067	48 647	1 793 220	0	0	0	3 300	2 840 443		
1990-91	0	945 383	0	n.s.p.	945 383	0	861 095	2 031 687	0	2 232 917	202 230	54 417	3 149 429	0	155 500	0	1 500	157 000		
MOYENNE p2	84 062	1 023 832	0	n.s.p.	1 107 894	298 780	472 446	840 520	0	1 023 196	173 626	37 673	1 828 025	0	155 500	0	-55 722	2 966 361		
% D/P 2	2,83%	36,27%	0	n.s.p.	39,20%	9,49%	15,93%	5,85%	0	34,49%	12,79%	1,27%	61,63%	0,00%	1,05%	0,00%	-0,83%	2,96%		
1991-92	16 369	1 698 317	2 241 061	n.s.p.	4 177 036	0	893 697	727 668	0	1 202 427	324 870	40 550	2 249 184	0	-118 620	81 000	14 462	5 943 175		
1992-93	1 055 000	2 063 415	2 063 415	n.s.p.	5 181 830	0	249 260	407 534	0	1 855 585	166 928	11 018	2 009 307	0	488 887	89 360	2 349	6 629 325		
1993-94	1 024 256	1 891 132	1 891 132	n.s.p.	4 806 520	85 482	1 474 556	910 492	0	2 473 311	307 439	11 018	2 793 505	145 000	185 134	85 180	8 406	6 286 250		
1994-95	2 400 354	2 400 354	2 400 354	n.s.p.	4 800 708	0	984 462	1 276 400	0	1 614 320	337 920	0	2 598 782	0	118 620	190 000	44 749	7 295 192		
MOYENNE p3	1 008 532	1 891 300	1 891 300	n.s.p.	3 799 832	85 482	1 178 621	860 996	0	1 156 949	288 954	54 623	2 390 195	36 250	29 655	47 500	25 235	5 530 967		
% D/P 3	18,17%	36,27%	36,27%	n.s.p.	39,20%	0,02%	12,42%	5,21%	0	20,84%	7,63%	0,93%	43,06%	0,65%	0,53%	0,85%	2,50%	5,53%		
1995-96	1 935 975	2 241 061	2 241 061	n.s.p.	4 177 036	0	893 697	727 668	0	1 202 427	167 932	0	1 89 297	0	-118 620	81 000	14 462	5 943 175		
1996-97	1 935 243	3 056 882	3 056 882	n.s.p.	4 992 125	0	315 836	457 841	0	1 062 624	167 932	0	1 062 624	0	488 887	89 360	2 349	6 629 325		
MOYENNE p4	1 932 609	2 648 972	2 648 972	n.s.p.	4 581 581	0	608 762	592 755	0	821 184	228 430	0	1 425 951	0	185 134	85 180	8 406	6 286 250		
% D/P 4	30,74%	47,14%	47,14%	n.s.p.	74,88%	0,00%	9,67%	9,43%	0	13,06%	3,63%	0,00%	22,68%	0,00%	2,95%	1,36%	0,13%	4,41%		

HOPITAL 2

1. Public :

2. Transferts interfonds et intérêts

	MSSS		CRSSS	supp chambres	Sous- total 1	avoir propre		éco projets autofin	Dons	Recherche et dons	Immo recherche (avec CSST)	Intérêts et dividendes	Sous- total 2	SIDOCCI	Fédér/ Corpo héb	Autres	Sous- total 3	Additions totales
	1983-84	1984-85				1985-86	1986-87											
p1	1 282 120	826 130	626 002	287 901	2 367 324	366 280	0	n.d.	n.d.	508 682	n.d.	147 604	1 022 566	0	0	370 371	370 371	3 760 261
	0	10 000	669 278	n.s.p.	1 740 033	85 482	80 000	n.d.	n.d.	933 148	n.d.	124 320	1 222 950	0	0	19 377	19 377	2 982 360
	706 083	692 258	692 258	n.s.p.	1 595 545	266 372	51 333	n.d.	n.d.	1 649 207	n.d.	95 721	2 172 598	0	0	12 400	12 400	2 864 276
MOYENNE p1	221 05%	221 05%	221 05%	n.s.p.	49 83%	1,67%	0	n.d.	n.d.	1 020 346	n.d.	122 548	1 472 705	0	0	134 049	134 049	3 202 299
1986-87	1 212 982	1 125 721	1 125 721	n.s.p.	2 338 703	217 072	32 265	n.d.	n.d.	1 347 396	n.d.	44 694	1 641 427	0	0	4 107	4 107	2 983 157
1987-88	1 512 195	775 682	775 682	n.s.p.	2 287 877	55 304	30 799	n.d.	n.d.	1 132 523	n.d.	34 580	1 253 206	0	0	34 303	34 303	3 571 386
1988-89	662 263	492 668	492 668	n.s.p.	1 154 931	414 922	99 693	704 160	0	1 786 503	1 082 343	97 333	2 398 451	0	0	7 459	7 459	3 560 841
1989-90	159 432	1 030 280	1 030 280	n.s.p.	1 189 712	377 175	383 025	1 409 477	0	2 873 311	1 463 834	181 031	3 814 542	0	0	12 866	12 866	5 017 120
MOYENNE p2	638 263	853 363	853 363	n.s.p.	1 494 536	266 118	136 446	528 409	0	1 784 931	636 544	82 410	2 226 307	0	0	14 864	14 864	3 786 126
% D/P 2	16,88%	22,67%	22,67%	n.s.p.	39,47%	7,03%	3,60%	13,96%	0	47,15%	16,81%	2,16%	60,14%	0,00%	0,00%	4,19%	0,19%	4,19%
1990-91	0	2 188 266	0	n.s.p.	2 188 266	498 944	618 670	1 313 388	0	4 538 235	566 237	335 031	3 331 282	0	0	8 249	8 249	5 527 797
1991-92	0	1 534 656	0	n.s.p.	1 534 656	411 970	534 222	3 299 673	0	4 858 265	1 088 612	269 267	5 251 844	0	0	3 230 841	3 230 841	10 339 341
1992-93	585 841	2 140 345	2 140 345	n.s.p.	2 726 186	475 584	705 674	2 463 166	0	4 991 948	2 529 372	6 828 276	3 982 376	0	0	4 846	4 846	9 187 308
1993-94	806 974	1 632 532	1 632 532	n.s.p.	2 439 506	685 382	572 964	2 543 729	0	3 511 419	867 690	262 616	5 982 381	0	62 123	8 086	70 209	8 575 122
MOYENNE p3	370 204	1 872 206	1 872 206	n.s.p.	2 242 410	262 230	598 383	2 604 482	0	3 684 982	1 280 428	288 816	3 336 480	0	13 531	813 006	828 516	8 407 392
% D/P 3	4,40%	13,20%	13,20%	n.s.p.	26,67%	9,13%	7,08%	26,60%	0	45,33%	15,23%	3,44%	63,17%	0,00%	0,00%	9,87%	0,85%	9,85%
1994-95	3 430 157	2 593 010	2 593 010	n.s.p.	6 023 167	523 111	275 322	3 620 608	0	4 730 423	739 815	407 367	5 576 223	0	1 289 373	34 096	2 389 327	13 988 717
1995-96	1 987 826	1 976 319	1 976 319	n.s.p.	3 964 145	750 000	219 467	3 999 978	0	4 944 782	944 804	279 658	6 193 907	0	0	76 298	76 298	10 234 550
1996-97	5 032 264	1 272 732	1 272 732	n.s.p.	6 305 000	473 385	0	5 167 914	0	1 919 704	1 919 704	146 937	5 167 914	170 404	1 172 214	56 245	1 402 243	13 325 149
MOYENNE p4	3 203 416	2 092 282	2 092 282	n.s.p.	5 295 662	362 165	164 330	3 512 880	0	4 620 131	1 001 141	277 982	5 666 013	412 082	820 592	56 673	1 289 289	12 516 072
% D/P 4	21,83%	16,10%	16,10%	n.s.p.	44,92%	4,65%	1,32%	26,92%	0	36,92%	8,00%	2,27%	45,11%	3,92%	6,85%	0,45%	10,80%	10,80%

Source : Les données proviennent des rapports financiers annuels.

Annexe 2.13 : Répartition des sources du fonds d'immobilisations : % par rapport aux additions totales

## HOPITAL 1

## 1. Public :

	2. Transferts interfonds et intérêts										3. Autres	Sous- total 2	Sous- total 3	Additions totales		
	MSSS	CRSSS	supp chambres	Sous- total 1	avoir propre	éco projets autofi	Dons	Recherche et dons	Immo recherche (avec CSST)	Intrêts et dividendes					budget opération/ centrale ther	frsp/ corpo héber
p1	1983-84	17,39	31,33	21,31	70,02	9,78	0,00	4,84	13,09	8,26	1,73	24,60	0,00	0,06	5,38	2 430 503
	1984-85	0,00	21,71	29,42	51,13	5,12	0,00	21,26	37,59	16,33	5,75	48,46	0,00	0,40	1 762 930	
	*1985-86	0,00	53,84	n.s.p.	53,84	16,80	3,79	15,24	21,59	5,94	3,20	44,97	0,00	1,18	2 083 747	
	1986-87	0,00	32,41	n.s.p.	32,41	36,52	6,88	16,46	23,99	7,53	0,47	67,86	0,00	-0,28	2 804 016	
	1987-88	4,83	49,41	n.s.p.	54,24	0,00	23,52	16,10	27,23	11,13	2,02	52,77	0,00	-7,02	1 534 052	
	1988-89	10,18	51,09	n.s.p.	61,27	13,23	12,93	14,31	16,31	2,00	1,21	43,67	0,00	-4,94	3 401 483	
	1989-90	0,00	36,75	n.s.p.	36,75	0,00	17,87	35,94	43,55	7,61	1,71	63,13	0,00	0,12	2 840 443	
	1990-91	0,00	22,23	n.s.p.	22,23	0,00	20,25	47,78	52,54	4,76	1,28	74,07	0,00	0,04	4 251 812	
	1991-92	0,41	42,44	n.s.p.	42,85	0,00	25,15	21,93	30,05	8,12	1,01	56,21	0,00	0,94	4 001 498	
	1992-93	20,54	40,17	n.s.p.	60,71	0,00	24,32	7,93	11,55	3,61	3,25	39,11	0,00	0,18	5 136 926	
	1993-94	17,70	32,77	n.s.p.	50,47	0,00	25,55	15,78	21,11	5,33	0,19	46,85	2,51	0,00	5 770 253	
	1994-95	26,63	32,90	n.s.p.	59,53	0,00	13,49	17,50	22,13	4,63	0,00	35,62	0,00	0,61	7 295 192	
	1995-96	32,57	37,71	n.s.p.	70,28	0,00	15,04	12,24	15,07	2,83	0,00	30,11	0,00	0,24	5 943 175	
	1996-97	29,10	46,11	n.s.p.	75,21	0,00	4,76	6,91	11,26	4,36	0,00	16,03	0,00	0,04	6 629 325	

## HOPITAL 2

## 1. Public :

	2. Transferts interfonds et intérêts										3. Autres	Sous- total 2	Sous- total 3	Additions totales	
	MSSS	CRSSS	supp chambres	Sous- total 1	avoir propre	éco projets autofi	Dons	Recherche et dons	Immo recherche (avec CSST)	Intrêts et dividendes					SIDOCI
p1	1983-84	34,10	20,78	8,08	62,96	9,74	0,00	n.d.	13,53	n.d.	3,93	27,19	0,00	9,85	3 760 261
	1984-85	27,70	20,99	9,65	58,34	2,87	2,68	n.d.	31,29	n.d.	4,17	41,01	0,00	0,65	2 982 360
	*1985-86	0,35	23,37	n.s.p.	23,72	12,14	2,79	n.d.	57,58	n.d.	3,34	75,85	0,00	0,43	2 864 276
	1986-87	7,42	37,61	n.s.p.	45,03	7,25	1,08	n.d.	45,02	n.d.	1,49	54,84	0,00	0,13	2 993 157
	1987-88	42,32	21,65	n.s.p.	63,97	1,55	0,86	n.d.	31,69	n.d.	0,97	35,07	0,00	0,96	3 573 386
	1988-89	18,60	13,84	n.s.p.	32,43	11,65	2,80	19,78	50,17	30,40	2,73	67,56	0,00	0,21	3 560 841
	1989-90	3,18	20,54	n.s.p.	23,71	7,52	7,63	28,09	57,27	29,18	3,61	76,03	0,00	0,26	5 017 120
	1990-91	0,00	39,59	n.s.p.	39,59	9,03	11,19	23,74	33,99	10,24	6,06	60,26	0,00	0,15	5 527 797
	1991-92	0,00	14,84	n.s.p.	14,84	3,98	5,17	31,91	42,15	10,24	2,61	53,91	0,00	31,25	10 339 341
	1992-93	6,35	23,30	n.s.p.	29,65	5,14	7,68	26,80	54,33	27,53	3,14	70,30	0,00	0,05	9 187 308
	1993-94	10,46	18,96	n.s.p.	29,42	19,65	6,10	29,66	40,95	11,28	3,06	69,76	0,00	0,09	8 575 122
	1994-95	24,52	18,54	n.s.p.	43,06	3,74	1,97	25,95	31,24	5,29	2,91	39,86	7,62	0,24	13 988 717
	1995-96	19,42	19,31	n.s.p.	38,73	7,33	2,14	39,08	48,32	9,23	2,73	60,52	0,00	0,75	10 234 350
	1996-97	37,77	12,93	n.s.p.	50,69	3,55	0,00	24,22	34,13	9,90	1,10	38,78	1,28	0,45	13 325 149

Source : Les données proviennent des rapports financiers annuels.

Annexe 2.14 : Fréquence des transferts interfonds par catégorie et par phase

	PHASE 1		PHASE 2		PHASE 3		PHASE 4	
	Hôpital 1	Hôpital 2	Hôpital 1	Hôpital 2	Hôpital 1	Hôpital 2	Hôpital 1	Hôpital 2
<b>1. Avoir propre</b>								
fréquence :	à tous les ans	à tous les ans	à 2 reprises	à tous les ans	jamais	à tous les ans	jamais	à tous les ans
min - max (%) :	5,1% - 16,8%	2,9% - 12,1%	13,2%-36,5%	1,6% - 11,7%	0,00%	4,0% - 19,7%	0,00%	3,6% - 7,3%
<b>2. Éco sur projets autofinancés</b>								
fréquence :	1 fois en 3 ans	2 ans sur 3	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	2 ans sur 3
min - max (%) :	0,0% - 0,4%	0,0% - 2,8%	6,8% - 23,5%	0,9% - 7,6%	13,5% - 25,6%	5,2% - 11,2%	4,8% - 15,0%	0,0% - 2,1%
<b>3. Recherche et dons</b>								
fréquence :	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans
min - max (%) :	13,1% - 37,6%	13,5% - 57,6%	16,3%-52,4%	31,7%-57,3%	11,6%-30,1%	34,0%-54,3%	11,3%-15,1%	31,2%-48,3%
<b>3.1 Fondations</b>								
fréquence :	à tous les ans	n.d.	à tous les ans	disponible 2 ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans
min - max (%) :	4,8%-21,3%	n.d.	14,3%-47,8%	19,8%-28,1%	7,9% - 21,9%	23,8%-31,9%	6,9% - 12,2%	24,2% - 39,1%
<b>3.2 Recherche</b>								
fréquence :	à tous les ans	n.d.	à tous les ans	disponible 2 ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans
min - max (%) :	5,9% - 16,3%	n.d.	2,0% - 11,1%	29,2%-30,4%	3,6% - 8,1%	10,2%-27,5%	2,8% - 4,4%	5,3% - 9,9%
<b>4. Intérêts et dividendes</b>								
fréquence :	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	à tous les ans	sauf 1 année	à tous les ans	jamais	à tous les ans
min - max (%) :	1,7% - 5,8%	3,3% - 4,2%	0,5% - 2,0%	1,0% - 3,6%	0,0% - 3,3%	2,6% - 6,1%	0,00%	1,1% - 2,9%

Note : la fréquence représente le nombre de fois (pour chacune des phases) où il y a eu transfert de fonds de la catégorie (1, 2, 3 et 4) dans le fonds d'immobilisations alors que le "min-max" représente le % de l'apport par rapport aux additions totales dans le fonds d'immobilisations.

Source : Les données proviennent des rapports financiers annuels.

## Annexe 2.15 : Évolution de la structure des jours-présence et des admissions pour 3 centres d'activités de l'Hôpital 1

## HOPITAL 1

	(c/a 6050)		(c/a 6120)		(c/a 6150)		Usagers		TOTAL					
	Jours-prés (croissance)	% total	Jours-prés (croissance)	% total	Jours-prés (croissance)	% total	(croissance)	% total	Jours-prés	ADM				
1983-84	167 873	70,54%	14 299	92,27%	48 870	20,54%	867	5,59%	21 228	8,92%	331	2,14%	237 971	15 497
1984-85	169 913	70,67%	13 478	91,36%	49 248	20,48%	1 005	6,81%	21 270	8,85%	270	1,83%	240 431	14 753
	1,22%	-5,74%	0,77%				15,92%		0,20%		-18,43%		1,03%	-4,80%
1985-86	168 375	70,12%	14 051	91,18%	50 573	21,06%	1 052	6,83%	21 170	8,82%	308	2,00%	240 118	15 411
	-0,91%	4,25%	2,69%				4,68%		-0,47%		14,07%		-0,13%	4,46%
1986-87	160 074	69,06%	14 308	91,11%	50 529	21,80%	1 078	6,86%	21 170	9,13%	318	2,02%	231 773	15 704
	-4,93%	1,83%	-0,09%				2,47%		0,00%		3,25%		-3,48%	1,90%
1987-88	162 466	71,17%	13 866	92,52%	44 584	19,53%	904	6,03%	21 228	9,30%	217	1,45%	228 278	14 987
	1,49%	-3,09%	-11,77%				-16,14%		0,27%		-31,76%		-1,51%	-4,57%
1988-89	157 600	69,27%	13 903	93,07%	42 895	18,85%	798	5,34%	27 010	11,87%	238	1,59%	227 505	14 939
	-3,00%	0,27%	-3,79%				-11,73%		27,24%		9,68%		-0,34%	-0,32%
1989-90	146 271	68,29%	14 136	92,75%	40 918	19,10%	790	5,18%	27 010	12,61%	315	2,07%	214 199	15 241
	-7,19%	1,68%	-4,61%				-1,00%		0,00%		32,35%		-5,85%	2,02%
1990-91	155 200	67,96%	16 342	93,26%	41 684	18,25%	910	5,19%	31 485	13,79%	271	1,55%	228 369	17 523
	6,10%	15,61%	1,87%				15,19%		16,57%		-13,97%		6,62%	14,97%
1991-92	162 550	69,94%	16 861	93,74%	42 424	18,25%	916	5,09%	27 450	11,81%	210	1,17%	232 424	17 987
	4,74%	3,18%	1,78%				0,66%		-12,82%		-22,51%		1,78%	2,65%
1992-93	167 392	70,51%	16 398	93,12%	42 631	17,96%	930	5,28%	27 375	11,53%	282	1,60%	237 398	17 610
	2,98%	-2,75%	0,49%				1,53%		-0,27%		34,29%		2,14%	-2,10%
1993-94	176 708	71,72%	17 386	94,00%	42 315	17,17%	851	4,60%	27 375	11,11%	259	1,40%	246 458	18 496
	5,60%	6,03%	-0,74%				-8,49%		0,00%		-8,16%		3,82%	5,03%
1994-95	177 283	71,82%	17 639	94,24%	42 195	17,09%	847	4,53%	27 375	11,09%	232	1,24%	246 853	18 718
	0,29%	1,46%	-0,28%				-0,47%		0,00%		-10,42%		0,16%	1,20%
1995-96	153 109	70,08%	17 259	94,46%	37 932	17,36%	781	4,27%	27 450	12,56%	231	1,26%	218 491	18 271
	-13,64%	-2,15%	-10,10%				-7,79%		0,27%		-0,43%		-11,49%	-2,39%
1996-97	143 281	70,31%	18 070	94,12%	33 127	16,26%	792	4,13%	27 375	13,43%	337	1,76%	203 783	19 199
	-6,42%	4,70%	-12,67%				1,41%		-0,27%		45,89%		-6,73%	5,08%

Note : c/a 6050 = centre d'activité soins infirmiers de courte durée en santé physique  
c/a 6120 = centre d'activité soins infirmiers de courte durée en santé mentale  
c/a 6150 = centre d'activité soins infirmiers de longue durée en santé physique  
ADM = admissions

Source : les données proviennent des rapports financiers annuels.

## Annexe 2.16 : Évolution de la structure des jours-présence et des admissions de court terme et de long terme en santé physique et en psychiatrie de l'Hôpital 1

## HOPITAL 1

	Court terme		Long terme		Psychiatrie		ADM		TOTAL	
	Jours-prés (croissance)	% total	Jours-prés (croissance)	% total	Jours-prés (croissance)	% total	Jours-prés (croissance)	% total	Jours-prés	ADM total
1983-84	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1984-85	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1985-86	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
1986-87	151 629	66,48%	27 968	12,26%	340	2,17%	48 494	21,26%	1 078	6,89%
1987-88	146 539	65,71%	34 132	15,30%	330	2,21%	42 352	18,99%	904	6,06%
1988-89	142 201	63,11%	40 797	18,11%	284	1,91%	42 313	18,78%	798	5,37%
1989-90	137 676	64,27%	40 056	18,11%	321	2,12%	40 918	19,10%	790	5,21%
1990-91	148 004	64,81%	38 681	16,94%	242	1,38%	41 684	18,25%	910	5,20%
1991-92	147 545	63,48%	42 455	18,27%	210	1,17%	42 424	18,25%	916	5,11%
1992-93	143 973	60,65%	50 794	21,40%	207	1,18%	42 631	17,96%	930	5,30%
1993-94	154 272	62,60%	49 871	20,24%	259	1,40%	42 315	17,17%	851	4,60%
1994-95	151 879	61,53%	52 779	21,38%	232	1,24%	42 195	17,09%	847	4,53%
1995-96	130 253	59,61%	50 306	23,02%	231	1,26%	37 932	17,36%	781	4,27%
1996-97	127 553	62,59%	43 103	21,15%	337	1,87%	33 127	16,26%	792	4,39%
	-2,07%	-1,92%	-14,32%	-14,32%	45,89%	45,89%	-12,67%	-12,67%	-6,73%	-1,18%
									228 091	6,89%
									223 023	6,06%
									-2,22%	-4,58%
									225 311	5,37%
									1,03%	-0,43%
									214 199	5,21%
									1,03%	-0,43%
									228 369	5,20%
									1,03%	-0,43%
									232 424	5,11%
									1,78%	-4,58%
									237 398	5,30%
									2,14%	-2,10%
									246 458	4,60%
									3,82%	5,48%
									246 853	4,53%
									0,16%	1,20%
									218 491	4,27%
									-11,49%	-2,39%
									203 783	4,39%
									-6,73%	-1,18%

Source : les données proviennent de rapports internes de l'Hôpital 1.

## Annexe 2.17 : Évolution de la structure des jours-présence et des admissions pour 3 centres d'activités de l'Hôpital 2

## HOPITAL 2

	(c/a 6050)		(c/a 6120)		(c/a 6150)		Usagers (croissance)	% total	TOTAL Jours-prés	TOTAL ADM
	Jours-prés (croissance)	% total	Jours-prés (croissance)	% total	Jours-prés (croissance)	% total				
1983-84	115 373	72,60%	6 366	4,01%	59	0,27%	156	0,73%	158 913	21 510
1984-85	116 130	73,06%	6 403	4,03%	n.d.	n.d.	154	n.d.	158 954	n.d.
	0,66%		0,58%				-1,28%		0,03%	
1985-86	118 302	73,27%	5 976	3,70%	58	0,26%	146	0,65%	161 465	22 473
	1,87%		-6,67%				-5,19%		1,58%	
1986-87	119 272	73,91%	5 060	3,14%	60	0,25%	141	0,60%	161 380	23 649
	0,82%		-15,33%		3,45%		-3,42%		-0,05%	5,23%
1987-88	120 460	74,91%	5 362	3,33%	73	0,31%	150	0,64%	160 806	23 501
	1,00%		5,97%		21,67%		6,38%		-0,36%	-0,63%
1988-89	115 990	75,13%	5 394	3,49%	60	0,27%	155	0,70%	154 394	22 154
	-3,71%		0,60%		-17,81%		3,33%		-3,99%	-5,73%
1989-90	113 224	75,70%	5 339	3,57%	74	0,34%	171	0,78%	149 569	21 948
	-2,38%		-1,02%		23,33%		10,32%		-3,13%	-0,93%
1990-91	115 686	75,90%	5 215	3,42%	75	0,34%	183	0,83%	152 422	21 995
	2,17%		-2,32%		1,35%		7,02%		1,91%	0,21%
1991-92	116 971	75,93%	5 701	3,70%	78	0,35%	180	0,80%	154 057	22 561
	1,11%		9,32%		4,00%		-1,64%		1,07%	2,57%
1992-93	114 078	75,59%	5 630	3,73%	129	0,59%	166	0,76%	150 925	21 847
	-2,47%		-1,25%		65,38%		-7,78%		-2,03%	-3,16%
1993-94	110 549	75,83%	5 917	4,06%	136	0,62%	173	0,79%	145 794	21 916
	-3,09%		5,10%		5,43%		4,22%		-3,40%	0,32%
1994-95	102 821	75,61%	5 460	4,02%	135	0,66%	164	0,80%	135 986	20 507
	-6,99%		-7,72%		-0,74%		-5,20%		-6,73%	-6,43%
1995-96	93 232	75,49%	5 499	4,45%	126	0,65%	160	0,82%	123 498	19 423
	-9,33%		0,71%		-6,67%		-2,44%		-9,18%	-5,29%
1996-97	87 999	80,39%	5 078	4,64%	142	0,75%	123	0,65%	109 467	18 883
	-5,61%		-7,66%		12,70%		-23,13%		-11,36%	-2,78%

Note : c/a 6050 = centre d'activité soins infirmiers de courte durée en santé physique  
c/a 6120 = centre d'activité soins infirmiers de courte durée en santé mentale  
c/a 6150 = centre d'activité soins infirmiers de longue durée en santé physique  
ADM = admissions

Source : les données proviennent des rapports financiers annuels.

## Annexe 2.18 : Évolution des jours-présence et des admissions pour les soins aux nouveau-nés

	HOPITAL 1			HOPITAL 2			HOPITAL 2			HOPITAL 2							
	Jrs-prés (croissance)	ADM (croissance)	DMS	Jrs-prés (croissance)	ADM (croissance)	DMS	Jrs-prés (croiss...)	ADM (croissance)	%	Jrs-prés (croissance)	ADM (croissance)	%	Jrs-prés (croissance)	ADM (croissance)	%	DMS	
1983-84	7 438	1 661	4,48	30 640	4 213		14 428	3 180	47,09%	3 180	3 180	75,48%	16 212	1 033	52,91%	4,54	15,6941
1984-85	6 892	1 629	4,23	32 132	4 195		14 345	3 040	44,64%	3 040	3 040	72,47%	17 787	1 155	55,36%	4,72	15,4
	-7,34%	-1,93%		4,87%	-0,43%		-0,58%	-4,40%		-4,40%			9,72%	11,81%			
1985-86	6 809	1 585	4,30	33 012	4 138		14 257	3 018	43,19%	3 018	3 018	72,93%	18 755	1 120	56,81%	4,72	16,7455
	-1,20%	-2,70%		2,74%	-1,36%		-0,61%	-0,72%		-0,72%			5,44%	-3,03%			
1986-87	6 691	1 558	4,29	33 370	4 109		13 875	2 943	41,58%	2 943	2 943	71,62%	19 495	1 166	58,42%	4,71	16,72
	-1,73%	-1,70%		1,08%	-0,70%		-2,68%	-2,49%		-2,49%			3,95%	4,11%			
1987-88	7 334	1 678	4,37	34 095	4 182		14 949	3 225	43,85%	3 225	3 225	77,12%	19 146	957	56,15%	4,64	20,0063
	9,61%	7,70%		2,17%	1,78%		7,74%	9,58%		9,58%			-1,79%	-17,92%			
1988-89	8 184	1 890	4,33	35 226	4 422		15 253	3 372	43,30%	3 372	3 372	76,26%	19 973	1 050	56,70%	4,52	19,0219
	11,59%	12,63%		3,32%	5,74%		2,03%	4,56%		4,56%			4,32%	9,72%			
1989-90	8 720	2 107	4,14	34 241	4 610		15 137	3 478	44,21%	3 478	3 478	75,44%	19 104	1 132	55,79%	4,35	16,8763
	6,55%	11,48%		-2,80%	4,25%		-0,76%	3,14%		3,14%			-4,35%	7,81%			
1990-91	9 080	2 250	4,04	36 452	4 735		15 722	3 620	43,13%	3 620	3 620	76,45%	20 730	1 115	56,87%	4,34	18,5919
	4,13%	6,79%		6,46%	2,71%		3,86%	4,08%		4,08%			8,51%	-1,50%			
1991-92	9 067	2 417	3,75	35 747	4 793		15 272	3 573	42,72%	3 573	3 573	74,55%	20 475	1 220	57,28%	4,27	16,7828
	-0,14%	7,42%		-1,93%	1,22%		-2,86%	-1,30%		-1,30%			-1,23%	9,42%			
1992-93	8 518	2 376	3,59	35 260	4 767		14 605	3 561	41,42%	3 561	3 561	74,70%	20 655	1 206	58,58%	4,10	17,1269
	-6,05%	-1,70%		-1,36%	-0,54%		-4,37%	-0,34%		-0,34%			0,88%	-1,15%			
1993-94	7 629	2 189	3,49	35 455	4 706		14 511	3 593	40,93%	3 593	3 593	76,35%	20 944	1 113	59,07%	4,04	18,8176
	-10,44%	-7,87%		0,55%	-1,28%		-0,64%	0,90%		0,90%			1,40%	-7,71%			
1994-95	7 297	2 250	3,24	35 040	4 564		13 853	3 417	39,53%	3 417	3 417	74,87%	21 147	1 147	60,47%	4,05	18,4717
	-4,35%	2,79%		-1,17%	-3,02%		-4,53%	-4,90%		-4,90%			1,16%	3,05%			
1995-96	6 714	2 173	3,09	32 967	4 408		12 868	3 297	39,03%	3 297	3 297	74,80%	20 099	1 111	60,97%	3,90	18,0909
	-7,99%	-3,42%		-5,92%	-3,42%		-7,11%	-3,51%		-3,51%			-5,14%	-3,14%			
1996-97	6 342	2 150	2,95	32 493	4 928		12 210	3 796	37,58%	3 796	3 796	77,03%	20 283	1 132	62,42%	3,22	17,9178
	-5,54%	-1,06%		-1,44%	11,80%		-5,11%	15,13%		15,13%			0,92%	1,89%			

Note : c/a 6200 = centre d'activité soins aux nouveau-nés

c/a 6201 = soins dits généraux

c/a 6202 = néonatalogie

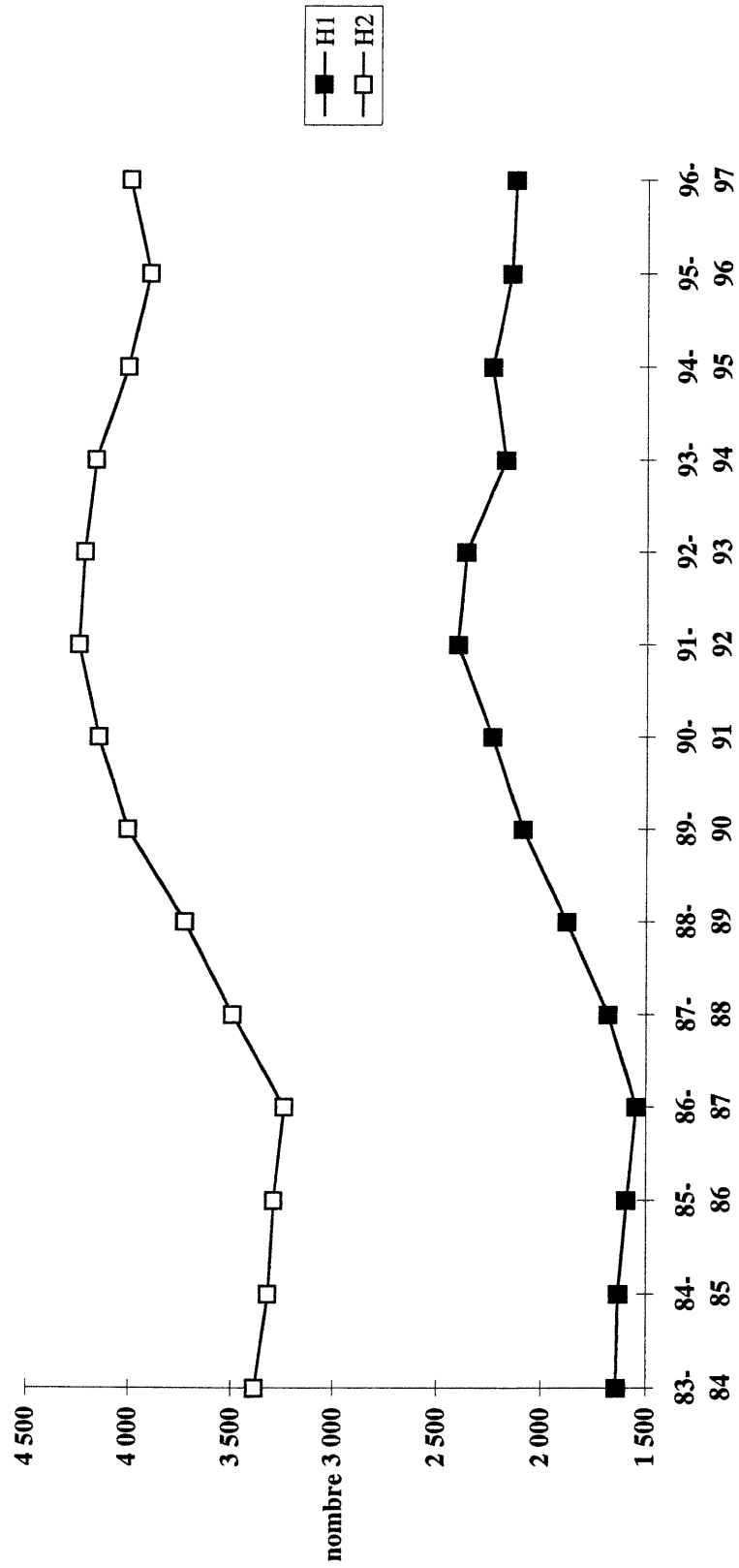
ADM = admissions

DMS = durée moyenne de séjour

Source : les données proviennent des rapports financiers annuels.



Annexe 2.19 : Évolution du nombre d'accouchements



Source : Les données proviennent des rapports financiers et statistiques annuels.

Annexe 2.20 : Évolution du nombre de patients au bloc opératoire en incluant ceux recevant les soins dits "1 jour"

HOPITAL 1				HOPITAL 2			
	Patients (croissance)	1 jour (croissance)	% 1 jour	Patients (croissance)	1 jour (croissance)	% 1 jour	
1983-84	15 065	5 320	35,31%	12 531	4 342	34,65%	
1984-85	16 111	7 185	44,60%	11 634	3 899	33,51%	
	6,94%	35,06%		-7,16%	-10,20%		
1985-86	16 829	7 259	43,13%	12 775	4 516	35,35%	
	4,46%	1,03%		9,81%	15,82%		
1986-87	16 747	7 212	43,06%	13 564	4 389	32,36%	
	-0,49%	-0,65%		6,18%	-2,81%		
1987-88	16 778	7 495	44,67%	13 220	4 674	35,36%	
	0,19%	3,92%		-2,54%	6,49%		
1988-89	17 437	8 021	46,00%	13 858	4 796	34,61%	
	3,93%	7,02%		4,83%	2,61%		
1989-90	18 200	8 893	48,86%	12 765	4 977	38,99%	
	4,38%	10,87%		-7,89%	3,77%		
1990-91	19 676	9 392	47,73%				
	8,11%	5,61%					
1991-92	19 865	9 171	46,17%	12 868	4 861	37,78%	
	0,96%	-2,35%		0,81%	-2,33%		
1992-93	19 054	8 660	45,45%	13 179	5 364	40,70%	
	-4,08%	-5,57%		2,42%	10,35%		
1993-94	19 466	8 648	44,43%	12 976	5 553	42,79%	
	2,16%	-0,14%		-1,54%	3,52%		
1994-95	19 459	9 225	47,41%	12 002	5 287	44,05%	
	-0,04%	6,67%		-7,51%	-4,79%		
1995-96	18 038	8 395	46,54%	12 304	6 645	54,01%	
	-7,30%	-9,00%		2,52%	25,69%		
1996-97	18 280	8 701	47,60%	10 539	5 438	51,60%	
	1,34%	3,65%		-14,34%	-18,16%		
				11 116	6 102	54,89%	
				5,47%	12,21%		

Source : les données proviennent des rapports financiers et statistiques annuels.

## Annexe 2.21 : Évolution du nombre de visites ambulatoires

HOPITAL 1				HOPITAL 2			
	6300	6301	6302	6300	6301	6302	6310
	Visites tot (croissance)	Urgence (croissance)	Clin externe (croissance)	Visites tot (croissance)	Urgence (croissance)	Clin externe (croissance)	Visites psy (croissance)
1983-84	189 849	75 466	95 658	208 746	78 069	127 799	10 306
1984-85	194 983	79 500	96 745	205 799	75 905	124 026	9 823
	2,70%	5,35%	1,14%	-1,41%	-2,77%	-2,95%	-4,69%
1985-86	196 721	75 380	101 766	217 413	77 875	133 103	9 717
	0,89%	-5,18%	5,19%	5,64%	2,60%	7,32%	-1,08%
1986-87	201 633	75 907	104 918	224 646	84 859	132 286	21 594
	2,50%	0,70%	3,10%	3,33%	8,97%	-0,61%	122,23%
1987-88	203 785	78 417	102 896	230 268	88 147	134 729	24 536
	1,07%	3,31%	-1,93%	2,50%	3,87%	1,85%	13,62%
1988-89	201 111	76 820	102 815	244 009	86 714	149 623	27 730
	-1,31%	-2,04%	-0,08%	5,97%	-1,63%	11,05%	13,02%
1989-90	200 530	73 738	103 630	235 852	81 535	149 877	12 542
	-0,29%	-4,01%	0,79%	-3,34%	-5,97%	0,17%	-54,77%
1990-91	215 041	75 821	110 911	238 293	80 150	149 767	12 468
	7,24%	2,82%	7,03%	1,03%	-1,70%	-0,07%	-0,59%
1991-92	217 155	77 128	109 496	235 843	83 106	149 529	13 423
	0,98%	1,72%	-1,28%	-1,03%	3,69%	-0,16%	7,66%
1992-93	220 204	79 220	111 026	242 684	82 399	157 517	13 546
	1,40%	2,71%	1,40%	2,90%	-0,85%	5,34%	0,92%
1993-94	217 322	75 374	113 188	252 695	78 712	171 342	13 117
	-1,31%	-4,85%	1,95%	4,13%	-4,47%	8,78%	-3,17%
1994-95	223 574	73 328	119 590	256 194	82 269	172 003	12 191
	2,88%	-2,71%	5,66%	1,38%	4,52%	0,39%	-7,06%
<b>Changement dans le calcul des visites en 95-96</b>							
1995-96	222 648	53 493	139 402	258 695	81 391	176 312	n.d.
	-0,41%	-27,05%	16,57%	0,98%	-1,07%	2,51%	
1996-97	217 723	53 791	131 293	248 756	76 852	171 009	n.d.
	-2,21%	0,56%	-5,82%	-3,84%	-5,58%	-3,01%	

Note : c/a 6300 = centre d'activité des services ambulatoires

c/a 6301 = sous-centre d'activité des visites à l'urgence

c/a 6302 = sous-centre d'activité des visites en cliniques externe

c/a 6300 = centre d'activité des services ambulatoires en psychiatrie

Source : les données proviennent des rapports financiers et statistiques annuels.

---

**Annexe 2.22 : Évolution du nombre de traitements d'hémodialyse**

<b>HOPITAL 1</b>			<b>HOPITAL 2</b>		
	<b>Traitements</b>			<b>Traitements</b>	
	<b>Nombre</b>	<b>Croissance</b>		<b>Nombre</b>	<b>Croissance</b>
1983-84	19 834		1983-84	2 252	
1984-85	20 469	3,20%	1984-85	2 605	15,67%
1985-86	19 602	-4,24%	1985-86	3 158	21,23%
1986-87	18 591	-5,16%	1986-87	5 515	74,64%
1987-88	20 318	9,29%	1987-88	7 363	33,51%
1988-89	22 425	10,37%	1988-89	7 401	0,52%
1989-90	25 844	15,25%	1989-90	6 964	-5,90%
1990-91	29 091	12,56%	1990-91	6 455	-7,31%
1991-92	33 686	15,80%	1991-92	5 552	-13,99%
1992-93	37 746	12,05%	1992-93	7 289	31,29%
1993-94	37 269	-1,26%	1993-94	5 102	-30,00%
1994-95	35 337	-5,18%	1994-95	5 066	-0,71%
1995-96	32 918	-6,85%	1995-96	6 820	34,62%
1996-97	32 142	-2,36%	1996-97	6 648	-2,52%

Source : les données proviennent des rapports financiers et statistiques annuels.

---

**Annexe 2.23 : Évolution du nombre de présences aux centres de jour**

<b>HOPITAL 1</b>			<b>HOPITAL 2</b>		
	<b>Md-présences</b>			<b>Md-présences</b>	
	<b>Nombre</b>	<b>Croissance</b>		<b>Nombre</b>	<b>Croissance</b>
1983-84	n.d.		1983-84	10 124	
1984-85	n.d.		1984-85	9 257	-8,56%
1985-86	1 556		1985-86	9 593	3,63%
1986-87	2 200	41,39%	1986-87	11 082	15,52%
1987-88	6 115	177,95%	1987-88	11 024	-0,52%
1988-89	6 448	5,45%	1988-89	11 689	6,03%
1989-90	6 963	7,99%	1989-90	12 692	8,58%
1990-91	6 582	-5,47%	1990-91	7 613	-40,02%
1991-92	6 944	5,50%	1991-92	20 562	170,09%
1992-93	6 899	-0,65%	1992-93	16 629	-19,13%
1993-94	4 171	-39,54%	1993-94	17 199	3,43%
1994-95	4 818	15,51%	1994-95	20 608	19,82%
1995-96	7 571	57,14%	1995-96	24 657	19,65%
1996-97	16 140	113,18%	1996-97	25 976	5,35%

Note : Les données proviennent du centre d'activité 6970 (centre de jour) auxquelles ont été ajoutées, à partir de 1995-96, celles du centre d'activité 6280 (hôpital de jour en psychiatrie).

Source : les données proviennent des rapports financiers et statistiques annuels.

## Annexe 2.24 : Évolution du nombre de médecins actifs

HOPITAL 1			
	Spécialistes (croissance)	Omni (croissance)	TOTAL (croissance)
1983-84	246	83	329
1984-85	251 2,03%	77 -7,23%	328 -0,30%
1985-86	247 -1,59%	74 -3,90%	321 -2,13%
1986-87	252 2,02%	73 -1,35%	325 1,25%
1987-88	242 -3,97%	83 13,70%	325 0,00%
1988-89	252 4,13%	87 4,82%	339 4,31%
1989-90	254 0,79%	96 10,34%	350 3,24%
1990-91	247 -2,76%	106 10,42%	353 0,86%
1991-92	261 5,67%	109 2,83%	370 4,82%
1992-93	266 1,92%	119 9,17%	385 4,05%
1993-94	247 -7,14%	115 -3,36%	362 -5,97%
1994-95	258 4,45%	95 -17,39%	353 -2,49%
1995-96	252 -2,33%	100 5,26%	352 -0,28%
1996-97	238 -5,56%	72 -28,00%	310 -11,93%

HOPITAL 2			
	Spécialistes (croissance)	Omni (croissance)	TOTAL (croissance)
1983-84	261	0	261
1984-85	271 3,83%	0 n.d	271 3,83%
1985-86	272 0,37%	0 n.d	272 0,37%
1986-87	312 14,71%	3 n.d	315 15,81%
1987-88	279 -10,58%	3 0,00%	282 -10,48%
1988-89	287 2,87%	5 66,67%	292 3,55%
1989-90	289 0,70%	9 80,00%	298 2,05%
1990-91	297 2,77%	4 -55,56%	301 1,01%
1991-92	302 1,68%	6 50,00%	308 2,33%
1992-93	285 -5,63%	1 -83,33%	286 -7,14%
1993-94	305 7,02%	0 -100,00%	305 6,64%
1994-95	318 4,26%	0 n.d	318 4,26%
1995-96	305 -4,09%	0 n.d	305 -4,09%
1996-97	295 -3,28%	0 n.d	295 -3,28%

Source : les données proviennent des rapports financiers et statistiques annuels.

## Annexe 2.25 : Évolution du nombre de lits dressés et au permis

HOPITAL 1				
	Lits au permis (croissance)	Lits dressés (croissance)	Courte durée (croissance)	Longue durée (croissance)
1983-84	714	714	656	58
1984-85	714	720	656	58
	0,00%	0,84%	0,00%	0,00%
1985-86	714	730	656	58
	0,00%	1,39%	0,00%	0,00%
1986-87	714	730	656	58
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1987-88	714	730	656	58
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1988-89	714	700	640	74
	0,00%	-4,11%	-2,44%	27,59%
1989-90	714	700	640	74
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1990-91	714	675	624	90
	0,00%	-3,57%	-2,50%	21,62%
1991-92	714	711	639	75
	0,00%	5,33%	2,40%	-16,67%
1992-93	714	711	639	75
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1993-94	754	751	679	75
	5,60%	5,63%	6,26%	0,00%
1994-95	754	701	679	75
	0,00%	-6,66%	0,00%	0,00%
1995-96	754	728	679	75
	0,00%	3,85%	0,00%	0,00%
1996-97	754	589	679	75
	0,00%	-19,09%	0,00%	0,00%

HOPITAL 2				
	Lits au permis (croissance)	Lits dressés (croissance)	Berceaux généraux (croissance)	Berceaux néonatalogie (croissance)
1983-84	592	592	55	53
1984-85	592	592	55	53
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1985-86	592	592	55	53
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1986-87	592	592	55	53
	0,00%	n.d	0,00%	0,00%
1987-88	592	592	55	553
	0,00%	0,00%	0,00%	943,40%
1988-89	592	592	55	53
	0,00%	0,00%	0,00%	-90,42%
1989-90	592	592	55	57
	0,00%	0,00%	0,00%	7,55%
1990-91	592	592	55	57
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1991-92	592	592	55	57
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1992-93	592	592	55	57
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1993-94	592	502	55	57
	0,00%	-15,20%	0,00%	0,00%
1994-95	592	494	55	54
	0,00%	-1,59%	0,00%	-5,26%
1995-96	592	455	55	57
	0,00%	-7,89%	0,00%	5,56%
1996-97	592	455	55	57
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Source : les données proviennent des rapports statistiques annuels.

**Annexe 3**

**Tableaux complémentaires  
à l'analyse transversale des cas**



## Annexe 3.1 : Caractéristiques de l'environnement

	Phase 1 (1983-84 à 1985-86) Incitation à la saine gestion?	Phase 2 (1986-87 à 1989-90) Plus grande incitation et abondance	Phase 3 (1990-91 à 1993-94) Retour du stress financier	Phase 4 (1994-95 à ...) Arrimage des règles de la gestion financière et réformes(s)
<b>Dimensions</b>				
<b>État de l'économie:</b>	Crise économique (début 1980) puis amélioration	Conjoncture économique plus favorable - la Commission Rochon recommande que la base de financement soit le taux d'inflation plus 3,5%	Ralentissement de l'activité et baisse des transferts du gouvern. fédéral (endettement à la hausse) - la dotation des ressources est jugée maintenant suffisante	Crise des finances publiques - le système de soins doit contribuer au redressement de la situation financière - objectif du déficit zéro
<b>Octroi de contraintes et/ou de compressions</b>	Basé sur la conciliation des résultats de la MRBB (performance) et des résultats budgétaires - la MRBB est contestée par les hôpitaux	Ne s'applique pas (pas de contraintes octroyées)	1. Octroi de manques à gagner à partir de 1990-91 (ex. non indexation des intrants) 2. Octroi de contraintes paramétriques à partir de 1992-93	1. Octroi de manques à gagner 2. Octroi de compressions interrégionales basées sur un per capita 3. Octroi de compressions intrarégionales pouvant être basées sur plusieurs critères (ex. NIRU, virage ambulatoire)
<b>Octroi du coût de système santé</b>	Ne s'applique pas	Octroi d'un coût de système paramétrique (même pourcentage par catégorie d'établissements) - l'octroi est conditionnel à l'atteinte de l'équilibre budgétaire à partir de 1989-90	Disparition de la partie paramétrique (en 1991-92). Octroi selon des besoins prioritaires - l'octroi est conditionnel à l'atteinte de l'équilibre budgétaire	Disparition du coût de système santé - remplacé, à Montréal, par un Fonds d'équilibre pour des priorités s'inscrivant dans le plan régional d'organisation des services
<b>Octroi d'enveloppes supplémentaires</b> - sur la base de quels critères?	Possibilité d'obtenir des enveloppes ad hoc (ex. filière politique)	1. priorités gouvernementales (ex. dossier des urgences) 2. enveloppes ad hoc disponibles 3. équilibre budgétaire (1989-90-...)	1. priorités gouvernementales 2. enveloppes ad hoc disponibles 3. Le MSSS peut tenir compte de certaines enveloppes 4. équilibre budgétaire (1989-90-...)	1. priorités gouvernementales (nationales, régionales) 2. le GTI continue le monitoring des urgences 3. on peut demander l'équilibre budgétaire ou le dépôt d'un plan prévoyant le retour de l'équilibre
<b>Gestion du politique:</b>				
1. tolérance aux déficits?	Remboursements en 1983 (1974-75 à 1982-83) puis en 1986 (...-85-86)	Les déficits ne sont plus tolérés. Il peut y avoir des négociations pour le remboursement des déficits.	Voir phase 2	Annnonce d'un remboursement des déficits en 1999 La décentralisation administrative amène la fin au recours à cette filière pour un hôpital.
2. disponibilité de la filière politique pour faire avancer des dossiers?	Filière disponible	Filière disponible	Filière disponible (ex. octroi de coût de système santé)	Oui, en considérant le remboursement des hôpitaux déficitaires
<b>Questions</b>				
Y a-t-il un écart entre le discours officiel et les pratiques de l'environnement?	Oui en considérant le remboursement des hôpitaux déficitaires - depuis 1983 les hôpitaux sont responsables du premier 1% de leur déficit	Cet écart semble diminué. - dans le cas des hôpitaux étudiés, il y a eu des révisions ad hoc de la base budgétaire mais pas de remboursements de déficits	- la cohérence entre le discours et la pratique semble plus facile en situation d'abondance des ressources	- détérioration drastique de la situation budgétaire des hôpitaux - ceux-ci auraient expérimenté 80% des contraintes de la réforme
La richesse de l'environnement influence-t-elle les pratiques de l'environnement? Dans quel sens? - idem pour l'austérité?	Alors que les contraintes sont octroyées en période d'austérité, le retour à la "richesse" est suivi du remboursement des déficits.	La "richesse" de l'environnement semble s'accompagner d'une amélioration de la situation budgétaire des hôpitaux.	Le retour du stress financier s'accompagne du retour des contraintes - celles-ci ne tiennent pas compte de la performance des hôpitaux	Il semble être difficile pour l'environnement de discriminer entre les pratiques de gestion budgétaire - la dette des hôpitaux est remboursée sans tenir compte d'indicateurs de performance autre que l'équilibre
Est-ce que la saine gestion des hôpitaux est pénalisée en période de rareté des ressources?	Elle peut l'être, par exemple si un hôpital n'arrive pas à démontrer sa sousbudgetisation alors que simultanément il est en équilibre	Ne s'applique pas - cependant, le discours est à l'effet qu'il y a des problèmes de gestion dans le système de soins	Ne s'applique pas - l'AHQ dénonce le discours sur le présumé gaspillage dans le réseau - la situation budgétaire des hôpitaux devient déficitaire	Elle peut l'être si l'on en juge par l'ampleur et la vitesse des contraintes alors que les hôpitaux ont moins d'autonomie (ex. redéploiement)

**Annexe 3.2 : Quelques caractéristiques des rôles budgétaires, de l'application de la recette budgétaire et des initiatives pour l'Hôpital 1**

	Rôles budgétaires	Application de la recette	Caractéristiques des initiatives - 3 initiatives par phase
<p><b>Phase 1</b> (1983-84 - 85-86)</p> <p>Développement via déficits</p> <p>Mécanisme : politique (du réseau) : - mettre fin aux compressions et MRBB</p> <p>Carte : productivité (performance)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte centralisation aux finances</li> <li>- trésoriers : l'environnement étant contesté, le consommateur l'emporte sur le gardien de ressources</li> <li>- gardiens : sphère d'influence contestée à l'interne</li> <li>- consommateurs : tensions médico-administratives</li> <li>• Pour phase 2 : - absence d'un consensus interne pour redresser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée puis relâchement</li> <li>- adoption de budgets en début d'année ne prévoyant pas équilibre</li> <li>- pas de redressement "formel" en cours d'année</li> <li>• Pour phase 2 : - besoin de redresser malgré Blitz (incluant une révision de la base budgétaire en 1986-87)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune initiative ne permet : - de faire des économies - d'équilibrer le budget</li> <li>• 2 des initiatives permettent : - d'augmenter les activités de soins - d'obtenir des fonds externes</li> <li>• Pour phase 2 : - aucune initiative ne traverse les phases 1 et 2 (bien qu'une initiative connaît une modification)</li> </ul>
<p><b>Phase 2</b> (1986-87 - 90-91)</p> <p>Développement via l'urgence?</p> <p>Mécanisme : abondance</p> <p>Carte : productivité (accès, urgence, etc)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baisse centralisation aux finances</li> <li>- trésoriers : en fin de phase, le consommateur l'emporte sur le gardien (hausse des activités)</li> <li>- gardiens : difficile réalignement ex. rotation élevée de dg et de df</li> <li>- consommateurs : amélioration du climat médico-administratif</li> <li>• Pour phase 3 : - essoufflement s'accompagne d'une gestion des relations avec le politique (interne et externe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redressement difficile : application serrée contestée puis relâchement</li> <li>- redressement à 4 reprises</li> <li>- phase prend fin avec un déficit important en 1990-91 ["abondance" ne suffit pas à financer la hausse des activités]</li> <li>• Pour phase 3 : - besoin de redresser avec le retour de contraintes budgétaires</li> <li>- assèchement du fonds d'immos</li> <li>- enveloppes ad hoc disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune initiative ne permet : - d'équilibrer le budget</li> <li>• 2 des initiatives permettent : - de faire des économies</li> <li>• Une initiative permet : - d'obtenir des fonds externes - d'investir dans les immos - de diversifier les sources de revenus</li> <li>• Pour phase 3 : - 2 des 3 initiatives s'appliquent aux phases 2 et 3</li> </ul>
<p><b>Phase 3</b> (1991-92 - 94-95)</p> <p>Troc aide externe contre efforts de saine gestion</p> <p>Mécanisme : gestion des relations? [début contraintes, changement de règles -&gt; victime de l'élan]</p> <p>Carte : productivité (accès, urgence, etc)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réelle décentralisation?</li> <li>- trésoriers : avec une gestion forte avec le politique, le consommateur l'emporte sur le gardien (hausse des activités, affiliation universitaire, dossier de l'urgence)</li> <li>- gardiens : difficile réalignement à l'interne</li> <li>- consommateurs : bon climat médico-administratif</li> <li>• Pour phase 4 : - besoin d'un redressement majeur</li> <li>- besoin de modifier l'allocation des rôles budgétaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redressement difficile :</li> <li>- le retour à l'équilibre provient davantage de l'aide externe que des efforts internes</li> <li>- consommation "rapide" des ajustements de 91-92 et de 93-94</li> <li>- phase prend fin avec un déficit équivalent au DQP malgré un plan mis en place</li> <li>• Pour phase 4 : - besoin de redresser dans un contexte de réforme et de contraintes</li> <li>- fin de la gestion du politique "à l'ancienne"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune initiative ne permet : - d'équilibrer le budget - de rembourser la dette (1990-91)</li> <li>• Une initiative permet : - de faire des économies</li> <li>• 2 des initiatives permettent : - d'augmenter les activités de soins</li> <li>• Une initiative permet : - d'obtenir des fonds externes</li> <li>• Pour phase 4 : - 2 des 3 initiatives s'appliquent aux phases 3 et 4</li> </ul>
<p><b>Phase 4</b> (1995-96 - ...)</p> <p>Transformations et/ou vivre selon ses moyens</p> <p>Mécanisme : politique axé sur pratiques rationnelles - victime de la réforme</p> <p>Cartes : productivité et budget de gestion</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausse de la décentralisation</li> <li>- trésoriers : le gardien semble l'"emporté" sur le consommateur bien que le retour d'une contestation de l'environnement fragilise ce "réalignement"</li> <li>- gardiens : certain réalignement</li> <li>- consommateurs : transfert de responsabilités mais demeure certaine difficulté de faire des choix et planifier le développement</li> <li>• Pour phase suivante : - consolider ces changements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée</li> <li>- 2 redressements en 1995-96</li> <li>- modification au plan triennal adopté avec l'accentuation des contraintes externes</li> <li>- certaines cibles de ce plan ne donnent pas les résultats prévus (ex. choix organisationnels et complémentarité avec le réseau)</li> <li>• Pour phase suivante : - consolider ces changements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux initiatives permettent : - de faire des économies</li> <li>• Une initiative permet : - d'équilibrer le budget</li> <li>• Une initiative permet : - de consolider les pratiques internes</li> <li>• Une initiative devait permettre : - de rembourser la dette</li> <li>• Pour phase suivante : - ne s'applique pas</li> </ul>

**Annexe 3.3 : Quelques caractéristiques des rôles budgétaires, de l'application de la recette budgétaire et des initiatives pour l'Hôpital 2**

	Rôles budgétaires	Application de la recette	Caractéristiques des initiatives - 3 initiatives par phase
<p><b>Phase 1</b> (1983-84 - 85-86)</p> <p>Développement via saine gestion</p> <p>Mécanisme : politique axé sur pratiques rationnelles - hôpital est pénalisé?</p> <p>Carte : budget global</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décentralisation</li> <li>- trésoriers : l'environnement étant contesté, le gardien l'"emporte" sur le consommateur avec la reconnaissance de la sousbudgétisation malgré les bons résultats budgétaires</li> <li>- gardien : sphère d'influence consolidée par la révision de la base budgétaire en 1984-85</li> <li>- consommateurs : partenariat médico-administratif mais possibilité d'émergence</li> <li>• Pour phase 2 : - l'allocation des rôles est cohérente avec le "nouvel" environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée tout au long de la phase</li> <li>- adoption de budget équilibré en début d'année</li> <li>- pas de redressement bien qu'on en ait prévu en 1984-85 (puis RBB)</li> <li>• Pour phase 2 : - la situation budgétaire est saine bien que la base budgétaire n'ait pas été révisée lors de Blitz -&gt; hôpital est pénalisé?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une initiative permet : - de faire des économies</li> <li>- d'équilibrer le budget</li> <li>- de consolider les pratiques internes</li> <li>• Une initiative permet : - d'investir dans les immos</li> <li>- de diversifier les sources de revenus</li> <li>• 2 des initiatives permettent : - d'augmenter les activités de soins</li> <li>- d'obtenir des fonds externes</li> <li>• Pour phase 2 : - 2 des 3 initiatives s'appliquent aux phases 1 et 2</li> </ul>
<p><b>Phase 2</b> (1986-87 - 89-90)</p> <p>Développement par projets et objectifs</p> <p>Mécanisme : idem phase 1 (baisse de la crainte d'être pénalisé)</p> <p>Carte : budget global</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décentralisation</li> <li>- trésoriers : idem phase 1 (RBB en 87-88) mais env. moins contesté</li> <li>- gardien : sphère d'influence consolidée par cette RBB et par des ajouts aux pratiques budgétaires</li> <li>- consommateurs : partenariat médico-administratif mais possibilité d'émergence</li> <li>• Pour phase 3 : - l'allocation des rôles est cohérente mais dialogue interne/externe est moins efficace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée tout au long de la phase</li> <li>- adoption de budget équilibré en début d'année</li> <li>- ralentissements (86-87 et 87-88) précèdent l'obtention d'une RBB en 1987-88</li> <li>• Pour phase 3 : - situation budgétaire saine</li> <li>- début d'essoufflement de la recette ex. forte compétition interdirections</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux initiatives contribuent : - à la consolidation des pratiques budgétaires internes</li> <li>-&gt; et de là, à l'équilibre budgétaire</li> <li>• Une initiative permet : - d'augmenter les activités de soins</li> <li>- d'obtenir des fonds externes</li> <li>*- et de maintenir un dialogue "efficace" entre l'obtention de fonds externes et les pratiques internes</li> <li>• Pour phase 3 : - les 3 initiatives traversent les phases 2 et 3</li> </ul>
<p><b>Phase 3</b> (1990-91 - 93-94)</p> <p>Complexification et/ou partenariat</p> <p>Mécanisme : - idem phase 1 - abondance de l'environnement - puis retour des contraintes</p> <p>Carte : budget global</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>? Trop forte décentralisation [solidarité mise à l'épreuve]</li> <li>- trésoriers : idem phase 2 (RBB en 1992-93)</li> <li>- gardiens : à long terme, effet cumulatif "négatif" des responsabilités budgétaires octroyées aux directions</li> <li>- consommateurs : bon partenariat médico-administratif; émergence de secteurs déficitaires (ex. médicaments)</li> <li>• Pour phase 4 : - changement de façons de faire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée</li> <li>- adoption de budgets équilibrés en début d'année</li> <li>- ralentissement précède l'obtention d'une RBB en 1992-93</li> <li>-&gt; mais "consommé" rapidement ?baisse de l'efficacité du dialogue interne/externe</li> <li>• Pour phase 4 : - situation budgétaire saine</li> <li>- changement de façons de faire</li> <li>- fin de la gestion du politique "à l'ancienne"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une initiative permet : - d'équilibrer le budget</li> <li>• Deux initiatives permettent : - d'obtenir des fonds externes</li> <li>- de diversifier les sources de revenus</li> <li>• Une initiative permet : - d'investir dans les immos</li> <li>- d'augmenter les activités de soins</li> <li>• Pour phase 4 : - 2 des 3 initiatives s'appliquent aux phases 3 et 4</li> </ul>
<p><b>Phase 4</b> (1994-95 -...)</p> <p>Transformations dont celles des pratiques budgétaires</p> <p>Mécanisme : politique axé sur pratiques rationnelles - pénalisé par réforme?</p> <p>Carte : budget global</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour d'une certaine centralisation</li> <li>- trésoriers : l'environnement étant contesté, le gardien l'"emporte" (ou presque) sur le consommateur avec le maintien des traditions organisat.</li> <li>- gardien : sphère d'influence à consolider (ex. à la recherche de pratiques budgétaires "stables")</li> <li>- consommateurs : bon partenariat médico-administratif mais demande non comblée pour le mode de rémunération des md</li> <li>• Pour phase suivante : - allocation des rôles à confirmer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Application serrée</li> <li>- adoption de budgets équilibrés en début d'année en modifiant au moins 2 fois les pratiques internes</li> <li>- mais obtention d'un déficit en 1996-97</li> <li>-&gt; ce déficit est contesté</li> <li>-&gt; l'hôpital se jugeant pénalisé par la réforme puisqu'on "oblige" la mauvaise gestion</li> <li>• Pour phase suivante : - l'Hôpital est à la recherche de pratiques budgétaires "stables"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux initiatives contribuent : - à équilibrer le budget</li> <li>• Une initiative permet : - de faire des économies</li> <li>- de consolider les pratiques internes</li> <li>• Une initiative permet : - d'investir dans les immos</li> <li>- de diversifier les sources de revenus</li> <li>- d'obtenir des fonds externes</li> <li>• Pour phase suivante : ne s'applique pas</li> </ul>

## Annexe 3.4 : Caractéristiques des recommandations des plans stratégiques de l'Hôpital 1

Domaine	Plan 1 ('84)		Plan 2 ('94-97)	
	n	%	n	%
1. administratif	55	32,74%	16	32,00%
2. cliniques	73	43,45%	23	46,00%
3. externe	40	23,81%	11	22,00%
	<u>168</u>	<u>100,00%</u>	<u>50</u>	<u>100,00%</u>
<b>Nature</b>				
1. expansion	81	48,21%	28	56,00%
2. maintien	21	12,50%	4	8,00%
3. réduction	1	0,60%	0	0,00%
4. efficacité	65	38,69%	18	36,00%
	<u>168</u>	<u>100,00%</u>	<u>50</u>	<u>100,00%</u>
<b>Précision</b>				
1. élevée	10	5,95%	6	12,00%
2. moyenne	87	51,79%	35	70,00%
3. faible	71	42,26%	9	18,00%
	<u>168</u>	<u>100,00%</u>	<u>50</u>	<u>100,00%</u>
<b>Importance stratégique</b>				
1. élevée	15	8,93%	8	16,00%
2. moyenne	90	53,57%	29	58,00%
3. faible	63	37,50%	13	26,00%
	<u>168</u>	<u>100,00%</u>	<u>50</u>	<u>100,00%</u>

## Indicateurs du niveau d'intégration du plan

	Plan 1 ('84)		Plan 2 ('94-97)	
	n	%	n	%
1. importance stratégique dite élevée	8	8,93%	6	12,00%
2. nbre de pages du document	169		47	
3. priorisation des recommandations	Non		Non	
4. structure de présentation des orientations	Division en fonction de secteurs : enseignement, recherche, rôle régional, rôle interrégional, les directions et les départements médicaux			
5. suivi du plan	On fait mention de plans d'actions annuels (p. 4). Nous n'en n'avons point trouvé. Le plan 2 inclut un suivi du plan en date de 1992.			
6. impression générale	Donne un peu l'impression d'une liste d'épicerie - difficultés à faire des choix? Cependant il est dit que la démarche ne constitue pas une limitation des perspectives de développement de l'Hôpital (p. 5)			

Note : la description des caractéristiques se retrouve dans l'article de Denis, Jean-Louis, Langley, Ann, & Lozeau, Daniel (1991).

## Annexe 3.5 : Caractéristiques des recommandations des plans stratégiques de l'Hôpital 2

Domaine	Plan 1 (79-84)		Plan 2 (85-90)		Plan 3 (90-95)		Plan 4 (96-00)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. administratif	2	5,41%	16	16,67%	30	30,61%	13	22,03%
2. cliniques	22	59,46%	53	55,21%	48,5	49,49%	25	42,37%
3. externe	13	35,14%	27	28,13%	19,5	19,90%	21	35,59%
	<u>37</u>	<u>100,00%</u>	<u>96</u>	<u>100,00%</u>	<u>98</u>	<u>100,00%</u>	<u>59</u>	<u>100,00%</u>
<b>Nature</b>								
1. expansion	14,5	39,19%	42	43,75%	36	36,73%	20	33,90%
2. maintien	5,5	14,86%	8	8,33%	6,5	6,63%	0,5	0,85%
3. réduction	1	2,70%	3	3,13%	0	0,00%	2,5	4,24%
4. efficience	16	43,24%	43	44,79%	55,5	56,63%	36	61,02%
	<u>37</u>	<u>100,00%</u>	<u>96</u>	<u>100,00%</u>	<u>98</u>	<u>100,00%</u>	<u>59</u>	<u>100,00%</u>
<b>Précision</b>								
1. élevée [secteurs ciblés> ou = 5]	3	8,11%	3	3,13%	6	6,12%	7	11,86%
2. moyenne	14	37,84%	38	39,58%	54	55,10%	17	28,81%
3. faible	20	54,05%	55	57,29%	38	38,78%	35	59,32%
	<u>37</u>	<u>100,00%</u>	<u>96</u>	<u>100,00%</u>	<u>98</u>	<u>100,00%</u>	<u>59</u>	<u>100,00%</u>
<b>Importance stratégique</b>								
1. élevée	8	21,62%	19	19,79%	24,5	25,00%	23	38,98%
2. moyenne	27	72,97%	61	63,54%	55,5	56,63%	20	33,90%
3. faible	2	5,41%	16	16,67%	18	18,37%	16	27,12%
	<u>37</u>	<u>100,00%</u>	<u>96</u>	<u>100,00%</u>	<u>98</u>	<u>100,00%</u>	<u>59</u>	<u>100,00%</u>

## Indicateurs du niveau d'intégration du plan

	Plan 1 (79-84)		Plan 2 (85-90)		Plan 3 (90-95)		Plan 4 (96-00)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. % importance stratégique dite élevée								
2. nbre de pages du document	39	21,62%	42	19,79%	60	25,00%	21	38,98%
3. priorisation des recommandations	Non		Non		Division consolidation (n=51,5) et développement (n=46,5)		Non mais un thème central : créer un réseau soins pédiatriques	
4. structure de présentation des orientations	4 sections : 1. les soins (n=21 recommandations) 2. santé communautaire (n=7), 3. enseignement (n=5), 4. recherche (n=4)		5 sections : 1. les soins (n=48) 2. dsc (n=10), 3. enseignement (n=12), 4. recherche (n=17) 5. gestion (n=9)		5 sections : 1. les soins (n=40) 2. dsc (n=6), 3. enseignement (n=13), 4. recherche (n=11) 5. gestion (n=28)		7 sections : 1. les défis de (n=24), 2. opportunités "causées" par réseau (n=4), 3. les soins (n=16), 4. ensei (n=4), 5. rech (n=6) 6. évaluation (n=2) 7. promotion (n=3)	
5. suivi du plan	Non explicite		Non explicite - avec nouveau dg, plan sera intégré gestion par objectifs (1986-87-...)		Évaluation annuelle prévue - et réalisée - jusqu'à l'arrivée nouveau dg		Mise en place d'un CPM [cheminement critique] - déposé au c.a. sept 1996 - monitoring en sept 97	
6. impression générale	Plus Hôpital que ses parties - évolution voulue vers un centre intégré pour mère et enfant - volonté de tertiarisation [pédiatrie : conception aux portes de l'adulte]		Continuité p/r au plan 1 - hausse emphase sur gestion - privilègie la périnatologie (pédiatrie et obstétrique) - aspect qualitatif des soins		Continuité p/r au plan 2 - enjeux majeurs dont tertiarisation, ressources hum, alternatives à hospitalisation - beaucoup d'orientations gestion		Thème central : réseau - emphase sur externe [complémentarité, plan de pratique, levée de fonds, etc]	

Note : la description des caractéristiques se retrouve dans l'article de Denis, Jean-Louis, Langley, Ann, & Lozeau, Daniel (1991).