

Université de Montréal

**ANALYSE DE LA FORMULATION STRATÉGIQUE
EN CONTEXTE DE TRANSFORMATION DE LA DEMANDE DE SERVICES**

par
Annick Lepage

Département Administration de la Santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M.Sc.)
en administration de la santé
option mémoire

Janvier 2007

© Annick Lepage, 2007



WA
525
US8
2007
V.001

AVIS

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

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

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

NOTICE

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

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

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

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
**ANALYSE DE LA FORMULATION STRATÉGIQUE
EN CONTEXTE DE TRANSFORMATION DE LA DEMANDE DE SERVICES**

présenté par :
Annick Lepage

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Claude Sicotte
président-rapporteur

Jean-Louis Denis
directeur de recherche

Ann Langley
codirecteur

Marie-Pascale Pomey
membre du jury

RÉSUMÉ FRANÇAIS

La présente recherche vise à mieux comprendre les enjeux de la collaboration et de la concurrence dans un contexte de services publics. Plus précisément, cette recherche explore les variables qui influencent la planification stratégique de deux centres hospitaliers pédiatriques à Montréal, soit CH1 et CH2, en contexte de transformation de la demande de services. Les résultats de cette étude tendent à démontrer que la disponibilité des ressources, humaines, financières, technologiques, etc., a un lien direct avec la ou les stratégies adoptées. De même, le niveau de soins dispensé influence aussi la prise de positionnement stratégique.

Concepts clés

Stratégie

Planification stratégique

Collaboration

Compétition

Dynamique

Environnement

Étude de cas

Santé

Hôpital pédiatrique

RÉSUMÉ ANGLAIS

This research aims to produce original knowledge about the dynamics of collaboration and competition in the context of public services. In particular, we will examine the variables influencing strategic planning at CH1 and CH2, two Montreal paediatric hospitals, while demand for services is changing. Results of this study tend to prove that availability of resources clearly influences strategic positioning. Furthermore, level of care influences as well strategic planning.

Key concepts

Strategy

Strategic planning

Collaboration

Competition

Dynamic

Environment

Case study

Health care

Paediatric hospital

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	vii
Chapitre 1	page 1
1.1 Définition de la problématique de recherche	1
Chapitre 2 – État des connaissances	4
2.1 Environnement des hôpitaux pédiatriques	4
2.1.1 Prémisses	4
2.1.2 Environnement externe	4
2.1.3 Environnement interne	7
2.1.4 Modification de la niche	8
2.2 Définition de la théorie du déclin organisationnel	13
2.2.1 Définition du déclin	13
2.2.2 Les causes du déclin	14
2.2.3 Les conséquences du déclin organisationnel	17
2.3 Les stratégies de collaboration et de compétition	18
2.3.1 Introduction à la stratégie	18
2.3.2 Les stratégies de collaboration	19
2.3.3 Les stratégies de compétition	20
2.4 Intégration au modèle théorique	21
2.4.1 Présentation du modèle de déclin organisationnel et hypothèse	21
Chapitre 3 – Approches méthodologiques	26
3.1 Stratégie de recherche	26
3.2 Méthodologie	27
3.2.1 Les cas à l'étude	28
3.2.2 Échantillon	29
3.2.3 Méthode de collecte des données	30
3.2.4 Définition des variables	33
3.3 Analyse des données	35
3.4 Validité	35
3.4.1 Validité interne	35
3.4.2 Validité de construit	36
3.4.3 Validité externe	37
3.5 Stratégie analytique	38

Chapitre 4 – Analyse de cas	39
4.1 Le marché des hôpitaux pédiatriques	39
4.1.1 Cas #1 – CH1	39
4.1.2 Cas #2 – CH2	44
4.1.3 Localisation géographique	48
4.1.4 Linguistique	52
4.1.5 Marché provincial	56
4.1.6 Affiliation universitaire	73
4.1.7 Marché canadien	74
4.1.8 Synthèse : le marché des hôpitaux pédiatriques	75
4.2 Environnement externe	76
4.2.1 Environnement externe	76
4.2.2 Démographie	76
4.2.3 Avancées médicales et technologiques	83
4.2.4 Ressources humaines	86
4.2.5 Ressources financières	88
4.2.6 Contexte politique	92
4.2.7 Synthèse : environnement externe	95
Chapitre 5 – Analyse de la stratégie	96
5.1 Stratégie	98
5.2 Stratégie retenue : niveau de soins primaires et secondaires	101
5.3 Stratégie retenue : soins tertiaires et quaternaires	107
5.4 Stratégie retenue : les souhaits	113
5.5 Synthèse : tactique et stratégies retenues	116
Chapitre 6 – Discussion	117
6.1 Discussion des principaux résultats	117
6.1.1 L'application au modèle théorique	117
6.1.2 La stratégie	124
6.1.3 Le sommaire	128
6.2 Limites de l'étude	132
Chapitre 7 – Conclusion	133
Bibliographie	136
Annexe	viii

Liste des figures

Figure 1 – Change in niche size -----	page 11
Figure 2 – Change in niche shape -----	12
Figure 3 – Type of change in niche configuration -----	22
Figure 4 – Image réseau de santé enfant, jeune et famille -----	42
Figure 6 – Carte 1 Localisation géographique CH1 -----	50
Figure 7 – Carte 2 Localisation géographique CH2 -----	51
Figure 8 – Carte 3 Population anglophone -----	53
Figure 9 – Répartition du nombre de patients hospitalisés pour l’ensemble des spécialités -----	63
Figure 10 – Répartition du nombre de patients hospitalisés en cardiologie -----	65
Figure 11 – Répartition du nombre de patients hospitalisés en cardio-thoracique -----	66
Figure 12 – Répartition du nombre de patients hospitalisés en neurochirurgie -----	67
Figure 13 – Répartition du nombre de patients hospitalisés en pédiatrie -----	68
Figure 14 – Répartition du nombre de visites aux urgences hospitalières -----	70
Figure 15 – Répartition du nombre de visites aux cliniques ambulatoires -----	72
Figure 16 – Montants mission SSS par habitant 1997 -----	89
Figure 1 – Change in niche size -----	118
Figure 1A – Change in niche size -----	120
Figure 18 – Continuity of environmental change -----	122
Figure 18A – Continuity of environmental change -----	124

Liste des tableaux

Tableau I – Valeurs organisationnelles CH1 -----	40
Tableau II – Valeurs organisationnelles CH2 -----	45
Tableau III – Hôpitaux desservant la population infantile au Québec -----	57
Tableau IV – Évolution des naissances au Québec -----	78
Tableau V – Avis CH2 concernant la diminution de naissances au Québec -----	80
Tableau VI – Avis CH1 concernant la diminution de naissances au Québec -----	81
Tableau VII – Avis CH1 et CH2 sur entrée en vigueur de la loi sur les RUIS -----	94
Tableau VIII – Stratégies -----	96
Tableau IX – Avis CH1 sur action de collaboration -----	102
Tableau X – Avis CH2 sur action de collaboration -----	103
Tableau XI – Soins primaires et secondaires -----	106
Tableau XII – Soins tertiaires et quaternaires -----	112
Tableau XIII – Situation souhaitée -----	116
Tableau XIV – Tableau synthèse -----	130

REMERCIEMENTS

Si aujourd'hui je peux enfin être satisfaite du résultat final, sachez que ce n'est pas uniquement grâce à mes efforts! Plusieurs personnes, dont je ne savais pas toujours reconnaître les bonnes intentions, m'ont soutenue tout au long de ce périple.

En tout premier lieu, j'aimerais souligner la plus qu'importante contribution des deux hôpitaux pédiatriques qui ont participé à ce travail. Sans votre participation, ce travail n'aurait pu être réalisé. Merci d'avoir cru en ce projet et merci d'avoir partager avec notre équipe votre réalité. Plus particulièrement, j'aimerais reconnaître la participation de deux médecins qui ont été le point d'encrage de ce travail. Merci!

Ensuite, merci à ma maman qui, malgré son insistance constante, m'a permis de me rendre jusqu'au bout.

Merci à mon amoureux, futur papa de notre peanut, de m'avoir demandé presque chaque jour si j'avancais bien, et ce, malgré le fait qu'il savait pertinemment que je n'y travaillais pas toujours...

Merci à mes amies de la maîtrise qui m'ont donné l'énergie de terminer puisqu'elles... elles avaient fini!!!

Merci à mon amie Danielle qui me rappelait souvent à quel point le diplôme qui vient avec le dépôt du mémoire est important.

Merci à Jean-Louis, le père de mon conjoint, qui a pris le temps de me corriger et de me relire... Merci pour les bons conseils.

Merci à Céline Cusson pour son excellent travail technique. Ton aide a été précieuse!

Enfin, merci à mes deux directeurs, Jean-Louis Denis et Ann Langley, d'avoir continué à croire en moi malgré les délais. Merci de m'avoir rappelé à quel point obtenir ma maîtrise allait m'être utile dans l'avenir. Votre soutien a été plus qu'apprécié et j'aimerais être à votre hauteur quand à mon tour, je serai professeure!

CHAPITRE 1

1.1 DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Dans l'ensemble de la population québécoise comme dans l'ensemble de la population nationale, la pyramide des âges s'inverse. Alors que les gens vivent de plus en plus vieux et en meilleure santé, la proportion de jeunes sous la barre des 18 ans décroît d'année en année. Celle-ci est effectivement passée au Québec de 22 % de la population totale en 1998 à 19,6 % en 2001 (CH1, 2002). Ceci représente, selon le recensement 1996-2001 réalisé par Statistiques Canada, une diminution de plus de 6 % de la population infantile au Québec (Statistiques Canada, 2001). Qui plus est, les projections jusqu'en 2026 prévoient aussi d'importantes baisses au niveau de la population infantile (Atlas Santé Montréal, Scénario A, septembre 2005).

En plus de la modification du profil démographique, le réseau québécois de la santé subit plusieurs autres transformations environnementales majeures. À ce sujet, notons que les ressources financières et humaines sont de plus en plus difficiles à obtenir et que les coûts, eux, en contrepartie ne cessent d'augmenter. De plus, de multiples technologies d'avant-garde font leur entrée sur le marché, exerçant une pression accrue sur les organisations au niveau de l'allocation des ressources. Enfin, les pathologies se transforment, ce qui exige davantage de flexibilité de la part de nos organisations de soins de santé.

Dans ce contexte, il est fort à parier que les hôpitaux à mission pédiatrique seront concernés par ces bouleversements. En effet, avec un bassin de clientèle pédiatrique moindre depuis les dernières années, avec des ressources matérielles, humaines et financières limitées et deux hôpitaux pédiatriques dans une même ville pour se partager ces ressources de base, il en découle une problématique certaine entre l'offre et la demande. Ainsi, pour palier à la situation, les organisations pédiatriques montréalaises devront agir stratégiquement pour maintenir leurs offres de services.

Sans ce repositionnement stratégique, la survie des hôpitaux pédiatriques est remise en cause. Dans le même ordre d'idées, les retombées sociales au niveau, par exemple, de l'accès aux soins de santé pédiatriques pour l'ensemble de la population, la quantité de l'offre de services et de la recherche fondamentale sur les maladies infantiles risquent d'être fortement affectées. En conséquence, il s'avère plus qu'important de comprendre quelle sera la relation entre les transformations de l'environnement et les stratégies organisationnelles adoptées.

Pour étudier cette relation, le modèle du déclin organisationnel – ou modèle de rareté de ressources a été retenu. Parmi les auteurs s'étant intéressés à ce sujet, nommons entre autres Cameron et Zammuto qui, en 1983, soulignent que les transformations pouvant mener à un déclin organisationnel doivent être prises au sérieux par les administrateurs, et ce, parfois avant même que la situation ne devienne problématique. Ces derniers ont alors tout avantage à établir des stratégies qui s'adaptent aux caractéristiques de leur environnement pour ainsi éviter le pire (Kumar et al., 2002). Dans le cas de la transformation environnementale des hôpitaux pédiatriques montréalais, le problème étant relativement nouveau, aucune recherche systématique n'a été faite sur la relation concernant l'évolution de cet environnement et les stratégies organisationnelles adoptées. Donc, aucune donnée empirique n'est actuellement disponible pour comprendre le devenir des organisations de santé pédiatriques.

Dans ces conditions, l'objectif de cette recherche de type analytique sera de déterminer quel est l'impact de l'évolution de l'environnement sur les stratégies organisationnelles des hôpitaux pédiatriques montréalais. Il ne s'agira cependant pas de poser un regard sur l'ensemble des stratégies adoptées par ces hôpitaux, mais plutôt de se concentrer sur les stratégies de collaboration, celles de compétition ou celles dites d'entre-deux, soit les principales options stratégiques déterminées par Van Witteloostuijn (1998). Le choix de ces stratégies spécifiques repose sur leur capacité de contraste. En effet, pour un même environnement turbulent, dans un contexte

social semblable, les hôpitaux pédiatriques opteront majoritairement pour l'une ou l'autre de ces stratégies, ce qui implique des trajectoires différentes pour ces organisations. Par un tel cheminement, il nous sera possible de rejoindre autant la collectivité scientifique que les praticiens du secteur de la santé. Plus spécifiquement, nous réaliserons une étude de cas multiples à niveaux d'analyse imbriqués guidée par les questions de recherche suivantes :

- 1) De quelle nature sont les transformations de l'environnement des hôpitaux pédiatriques montréalais?
- 2) Quelles sont les stratégies adoptées par les hôpitaux pédiatriques en réponse aux transformations de leur environnement?

CHAPITRE 2 – ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 ENVIRONNEMENT DES HÔPITAUX PÉDIATRIQUES

2.1.1 Prémisse

Avant d'aborder plus spécifiquement le sujet à l'étude, il s'avère important de faire une mise en contexte qui teinte cette analyse de cas. Ainsi, il faut comprendre que la gestion hospitalière est en soi une catégorie de gestion à part, et ce, autant pour les hôpitaux pour adultes que pour les hôpitaux pédiatriques. Ceci est dû à la nature des relations autonomes qui existent parmi les professionnels de la santé dûment formés; ce qui est propre aux bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1989). Cela signifie qu'il existe à l'intérieur de ces dernières un système d'autorité hiérarchique de type professionnel s'appuyant sur le savoir et le degré de jugement des professionnels de la santé (Abbott dans Lamothe, 1999). Qui plus est, ce système s'avère être un « système organisé d'actions » où le « *jeu des acteurs est ainsi à la fois structuré (il dépend des caractéristiques du système) et structurant (il est le moteur de l'évolution du système dans lequel il prend place)* » (Bourdieu dans Contandriopoulos et al., 2000). Un système qui est donc à la fois complexe et unique en son genre.

2.1.2 Environnement externe

Dans un premier temps, notons que depuis quelques années, l'inversion de la pyramide des âges caractérise l'environnement des hôpitaux pédiatriques, le taux de natalité étant inférieur au niveau de remplacement de la population (Bongaarts, 1999). C'est en fait une diminution de 8,78 % de la population infantile totale qui est projetée jusqu'en 2010. Cette diminution de la population serait surtout effective dans les régions rurales de la province, ce

qui laisserait croire, selon certains auteurs, à une diminution de la demande et de l'offre de soins pédiatriques ruraux au profit de soins de santé pour les personnes âgées (CH1, 2002).

Cette situation n'est cependant pas propre aux hôpitaux pédiatriques. En effet, plusieurs institutions d'ordre public et privé offrant des services aux populations d'âge mineur se voient contraintes de modifier leur stratégie afin de s'adapter à la diminution de leur bassin de clientèles cibles. À cet effet, Zammuto et Cameron (1983) portèrent leur attention sur l'impact de la diminution du bassin d'étudiants dans certaines villes américaines. Cette transformation de l'environnement obligea quelques collèges et universités à revoir l'organisation de leurs services afin de s'adapter à la nouvelle réalité.

Bien entendu, voilà quelques années, le portrait de l'évolution démographique était tout autre. En effet, le phénomène de la naissance des baby-boomers fut un phénomène hors de l'ordinaire au cours de notre histoire. Ce boom de natalité ne fut cependant que de courte durée. Plus précisément, ce fut une baisse de l'ordre de 6,1 % qui fut observée dans l'ensemble de la population infantile des États-Unis au cours des années 1970 à 1980 (U.S. Bureau of the Census, 1973). Ainsi, ces deux auteurs notèrent à la lumière de leurs études, que plusieurs organisations étaient mal préparées pour affronter un changement d'une telle ampleur. Cependant, les organisations qui se seront le mieux adaptées furent celles qui ont adopté une attitude proactive, celles qui n'ont pas considéré cette baisse de la demande comme étape passagère et peu problématique.

« Major doctoral institutions had the ability to cope with shifting demand by reallocating resources among existing programs. Divinity schools, on the other hand, had no ready alternative to replace theology when the demand for theological education decreased. Divinity schools were thus more susceptible to severe decline » (Zammuto, 1983, p. 94).

Dans le même ordre d'idées, Morrill (1981), suggère que la diminution de la population peut avoir un impact considérable sur le cheminement des organisations. À cet effet, il stipule que « *such changes may lead to internal critiques, unrest, turnover, reorganizations, mergers, change in procedures, centralization of decision making, and new reward structure... those environmental changes that may affect its profitability or integrity* » (Morrill, 1981, p. 246). En conséquence, une diminution du taux de natalité qui s'avère être constant sur une période de temps importante, ne peut être ignorée. Ce type de changement de l'environnement doit être pris au sérieux.

Enfin, malgré toutes les interprétations possibles de l'évolution démographique et de ses conséquences sur les organisations, il demeure tout de même important de comprendre que ces prévisions sont établies en fonction de l'indicateur TFR, *total fertility rate*, lequel entraîne parfois des erreurs d'interprétation à cause des changements potentiels du « *timing of childbearing* » (Bongaarts, 1999), soit le moment où les femmes décideront de devenir mère. Qui plus est, plusieurs autres facteurs dont l'incidence de la maladie, l'intensité et la morbidité associées aux diverses problématiques de santé, etc., peuvent minimiser l'impact de la transformation de la démographie.

Dans un second temps, bien que la diminution du bassin de clientèle pédiatrique soit un élément de bouleversement important pour les hôpitaux pédiatriques, il n'en demeure pas moins que cet élément fait partie d'un ensemble de transformations majeures affectant le réseau de la santé. En effet, depuis les années 1980 et 1990, c'est l'environnement global des hôpitaux qui se transforme. Ceci se traduit par une hausse exponentielle des coûts en santé, par la prolifération de nouvelles technologies, par l'augmentation de l'offre de soins de santé de pointe dans les régions métropolitaines, par une pénurie importante de ressources humaines spécialisées en santé, par des coupures majeures dans le réseau de la santé de

la part des gouvernements et finalement, par un intérêt grandissant du secteur privé pour les soins de santé publique (Berman, 2000).

2.1.3 Environnement interne

Ces changements sont sans aucun doute de grande envergure. Ils s'avèrent d'autant plus difficiles à gérer étant donné la complexité du réseau de la santé. À ce sujet, notons que le réseau de la santé est composé de nombreux regroupements d'individus qui ont chacun des intérêts, des objectifs, des préoccupations qui leurs sont propres et qui, bien souvent, sont divergents. Par exemple, le modèle des « quatre mondes de l'hôpital général » proposé par Glouberman et Mintzberg (2001) suggère qu'il existe un réseau de relations au cœur des organisations hospitalières entre les administrateurs membres du conseil d'administration et du coup, représentant la communauté ; les gestionnaires, souvent associés au contrôle hospitalier ; les médecins, responsables de l'aspect plus curatif ; et finalement, les infirmières garantes du suivi des soins aux patients. Ces quatre grands groupes d'acteurs interagissent dans un jeu permanent de coopération et de compétition. En fait, le grand enjeu de ce « jeu d'interactions » est le contrôle de certaines ressources, de certaines libertés décisionnelles, d'influence, etc.

À la lumière de cet état de fait, il est possible de comprendre que les changements globaux de l'environnement ne seront pas perçus et gérés de la même manière selon les acteurs concernés. Ceci accentue l'importance d'une gestion proactive et participative afin de faire face aux nombreuses turbulences qui affectent le réseau de la santé.

Dans un autre ordre d'idées, Langabeer (1998) suggère que ce seront surtout les hôpitaux à mission universitaire qui seront touchés par ces transformations d'envergure. Cet auteur explique que la mission académique des hôpitaux universitaires leur a permis d'évoluer, au cours des dernières années, au cœur

d'un environnement stable. Désormais, les changements constants dans l'environnement des soins de santé n'offrent plus cette caractéristique de stabilité, mais plutôt un contexte extrêmement turbulent et compétitif (Ginn and Friedman dans Langabeer, 1998). Enfin, ces perturbations de l'environnement de soins de santé peuvent se traduire par une modification de la niche d'une organisation.

2.1.4 Modification de la niche

Autre concept important dans le cadre de cette étude est celui de la niche organisationnelle. Celui-ci est plus qu'à propos dans le cadre de transformations importantes de l'environnement. Ainsi, le concept de niche organisationnelle est un concept issu principalement de la théorie de l'écologie des organisations. Malgré l'utilisation de ce concept clé par plusieurs auteurs dont Cameron et Zummato (1983, 1985), Benson (1975), Bozeman et Slusher (1979), voire Mintzberg (1998) pour ne nommer que ceux-là, certains auteurs dont Crozier et Friedberg (1984), des tenants de la perspective du choix stratégique, le critiquent. Ces derniers stipulent que ce concept est trop réducteur de la liberté d'action que possèderaient les gestionnaires sur leur propre organisation. En fait, selon eux, les gestionnaires devraient décider de la direction à prendre, et non pas se laisser guider par les changements de l'environnement.

Dans la perspective écologique, l'environnement joue un rôle important sur l'évolution et la trajectoire des organisations. Ceci dit, parmi les théories reconnaissant l'environnement comme étant un élément primordial de la stratégie, il en existe trois grandes catégories. La perspective de la sélection naturelle avec une influence managériale presque nulle, la perspective de l'action collective avec une influence managériale interactive et finalement, la perspective fonctionnaliste avec une influence managériale plutôt réactive (Astley et Van de Ven, 1983). Vu ces trois catégories bien différentes, les

mutations de l'environnement auront un impact plus ou moins fort sur l'organisation tout dépendant de la catégorie à laquelle le lecteur s'identifie.

Enfin, le concept de la niche organisationnelle s'avère être un concept des plus pertinents pour la recherche en cours puisque l'origine du phénomène à l'étude réside dans la transformation de l'environnement des hôpitaux pédiatriques. De manière plus spécifique, la baisse du taux de natalité, la disponibilité moindre des ressources humaines et financières, l'accroissement de la disponibilité de nouvelles technologies de pointe coûteuses, tous ces éléments se traduisent par une modification de l'environnement organisationnel. Tout ceci exerce une pression considérable sur les hôpitaux pédiatriques de la région de Montréal. Il est donc possible de croire que la niche de ces deux hôpitaux sera modifiée.

Dans cet ordre d'idées, il est essentiel de définir convenablement ce concept de niche organisationnelle. À cet effet, Cameron et Zummato (1983) définissent la niche organisationnelle comme étant un segment d'un environnement plus global :

"...bounded by such factors as the availability of resources to support an organization's activities, constraints such as technology and culture, and the presence of consumer demand for organizations' outputs" (Cameron & Zummato, 1983, p.361).

Ici, il est bien important de percevoir la nuance entre l'environnement et la niche. Comme le mentionne McKelvey (1983), la niche est un concept dynamique tandis que l'environnement ne l'est pas. Ceci signifie que l'organisation a le pouvoir et la possibilité de modifier, changer sa niche, alors qu'il en est tout autrement pour l'environnement puisque ce dernier est « *a set of external forces or characteristics that impose constraints on an individual organization or a population of organizations, and which are outside its ability to influence* » (McKelvey, 1983, p. 109).

Mintzberg, (1998) souligne dans son livre *Strategic Safari* qu'il ne s'agit pas ici d'associer la niche, comme le font les tenants de la perspective entrepreneuriale, à la protection d'une idée ou d'un produit dans un nouveau marché. Il s'agit plutôt de percevoir la niche comme un groupe d'organisations œuvrant dans un même environnement et compétitionnant ou collaborant entre elles pour survivre dans cette niche donnée. De manière plus précise, il est du ressort de l'organisation de définir sa propre niche, et ce, malgré les quelques limites que les gestionnaires peuvent rencontrer.

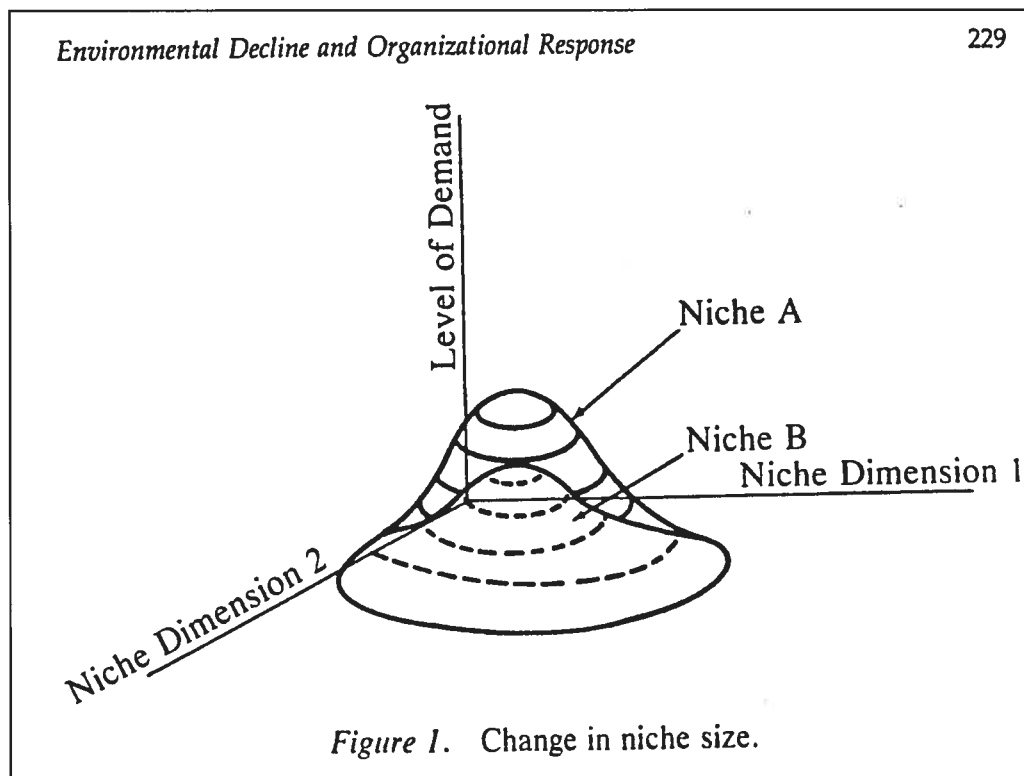
Weick (1968) mentionne dans Bozeman et Slusher (1979) que le choix d'un domaine d'activités, synonyme de niche organisationnelle, est une étape fondamentale à toute organisation. Ceci dit, Odum stipule dans McKelvey (1982) que la niche écologique ne dépend pas uniquement de l'endroit où s'établit l'organisation, mais aussi sur ce qu'elle produit ou offre comme services en relation avec les organisations du même type. Bourgeois abonde dans le même sens en définissant la niche comme suit :

«... the segment of the environment in which the organisation will operate and providing guidance for subsequent goal-directed activity within that niche» (Bourgeois, 1980, p. 27).

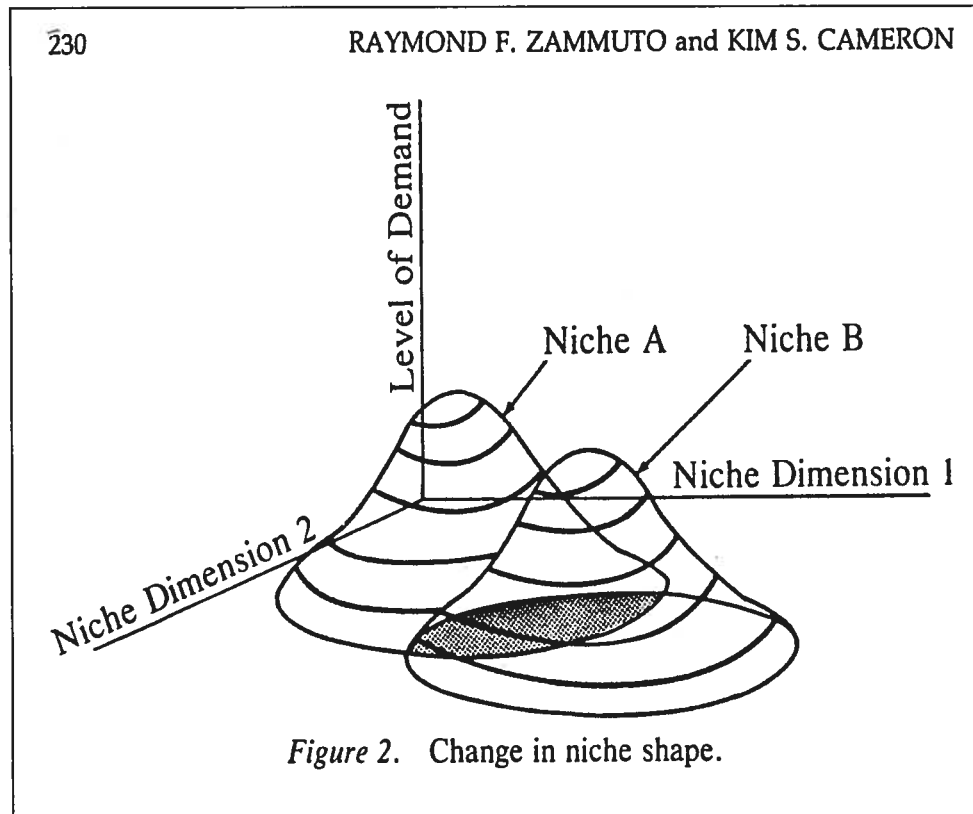
D'emblée, il est possible d'affirmer que cette définition porte le concept de niche à un tout autre niveau. Il ne s'agit plus ici de considérer la niche comme n'étant qu'un segment d'un environnement organisationnel, mais plutôt comme étant le point de départ à toutes stratégies émergentes de l'organisation. C'est ce que Bourgeois (1980) nommera « *Domain navigation strategy* ». Ceci signifie que l'organisation en plus de définir le milieu où elle souhaite évoluer, sa niche, elle planifiera et orchestrera ses décisions d'affaires en ayant constamment à l'esprit l'évolution, les composantes et l'activité à l'intérieur de sa niche.

Dans le même ordre d'idées, Bozeman et Slusher (1979) soulignent que les gestionnaires ne pourront plus faire fi de leur domaine d'activités, et ce, malgré qu'ils croient avoir peu d'influence sur ce dernier. En réponse à cet argument, Hage dans Mintzberg *et al.* (1998) répondra que les organisations choisissent leurs contraintes et donc, contraignent elles-mêmes leurs choix.

Enfin, malgré toute l'influence que possèdent les gestionnaires, il demeure que la niche ne peut être qualifiée d'élément stable. Bien au contraire, la niche d'une organisation peut se modifier plusieurs fois au cours de la vie organisationnelle d'une entreprise, les turbulences de l'environnement ayant un impact marqué sur cette dernière. À cet effet, Aldrich souligne que « *the persistence of an organizational form does not necessarily mean that the niche it occupies has been stable as well* » (Aldrich, 1979, p. 190). De ce fait, la niche pourra tout simplement diminuer de taille tel que démontré à la figure 1 ou dans un cas extrême, se modifier complètement comme cela est le cas dans la figure 2.



(Cameron et Zammuto, 1981)



(Cameron et Zammuto, 1981)

À l'intérieur de ces niches, les organisations créeront des liens interorganisationnels afin de faire l'acquisition ou défendre les ressources qui sont essentielles à leur bon fonctionnement. Selon Benson (1975), les deux principales ressources essentielles à la survie des organisations sont l'autorité et l'argent.

De ce fait, par l'acquisition d'autorité, les organisations s'assureront une légitimité de leurs actions et le droit et la responsabilité d'opérer certains programmes spécifiques. D'autre part, l'acquisition de ressources financières permettra à l'organisation d'opérer une plus grande quantité de programmes, de faire du recrutement et de s'assurer de conserver son personnel et finalement, d'acquérir des équipements de pointe et les infrastructures nécessaires au bon déroulement des activités quotidiennes.

De plus, Benson (1975) stipule que l'identification de son domaine d'action et l'élaboration de stratégies en relation avec sa niche ne peuvent se réaliser sans heurts. En effet, cet auteur suggère même que la niche peut être à l'origine de plusieurs conflits interorganisationnels.

Donc, il est plus qu'important pour les hôpitaux pédiatriques montréalais, qui sont au cœur d'une transformation importante de leur niche organisationnelle, de savoir bien articuler leurs actions et stratégies afin de conserver une place de choix au sein de leur niche.

2.2 DÉFINITION DE LA THÉORIE DU DÉCLIN ORGANISATIONNEL

2.2.1 Définition du déclin

Dans les faits, le déclin organisationnel ne se définit pas comme un seul et unique principe. C'est un phénomène à multiples facettes qui se gère différemment d'une entreprise à l'autre (Cameron & Zammuto, 1983). Parmi la littérature, il est possible de définir, entre autres, le concept de déclin comme étant une diminution des ressources de base disponibles à l'entreprise au sein de sa niche organisationnelle (Cameron, Kim & Whetten's dans Mone et al, 1998.). Bien que cette définition soit plutôt générale, elle s'applique parfaitement au contexte à l'étude. En effet, celle-ci n'implique pas nécessairement la chute de l'organisation, mais souligne plutôt une période organisationnelle turbulente où la planification stratégique sera d'une importance cruciale. Nous retiendrons donc cette définition comme la définition centrale à notre analyse de cas.

À l'opposé, Thompson dans Weitzel et al. (1989), définit le déclin organisationnel presque comme la fin d'une organisation. Ce serait, selon cet auteur, l'incapacité de l'organisation à s'adapter aux conditions changeantes de l'environnement, ce qui provoquerait la chute de l'entreprise. Or, cette

définition s'avère être un peu trop pessimiste et contraignante. Dans le même ordre d'idées, Weitzel and Jonsson (1989) offrirent une définition du déclin qui suggère qu'une situation de déclin est plus que problématique, elle est plutôt fatale:

« Organizations enter the state of decline when they fail to anticipate, recognize, avoid, neutralize, or adapt to external or internal pressures that threaten the organization's long-term survival » (Weitzel & Jonsson, 1989, p. 94).

Quoi qu'il en soit, la définition offerte par Cameron et Zammuto (1983), reprise par Whetten (1987), ainsi que par Mone *et al.* (1998), sera celle sur laquelle s'orchestrera ce travail. Ainsi, si les hôpitaux pédiatriques de la région de Montréal expérimentent une situation de déclin organisationnel – à la suite de la modification de la niche organisationnelle – rien ne sera perdu d'avance!

Un dernier point. Il est important de souligner que le phénomène du déclin organisationnel n'est pas exclusif aux organisations du domaine privé, bien au contraire. En effet, même les organisations du domaine public peuvent faire face à une situation de déclin. À cet effet, Levine (1978) souligna que les situations de déclin étaient présentes et importantes pour les institutions d'ordre public :

« The decline and death of government organizations is a symptom, a problem, and a contingency. It is a symptom of resource scarcity at a societal, even global, level that is creating the necessity for governments to terminate some programs, lower the activity level of others... » (Levine, 1978, p. 316).

2.2.2 Les causes du déclin

Le concept du déclin peut être associé à des causes bien distinctes, soit celles dites internes à l'organisation et celles dites externes.

De manière plus précise, les causes internes du déclin organisationnel sont associées aux problèmes par exemple d'accroissement de la hiérarchie (Bateman and Zeithaml, 1988), aux décisions administratives (Argenti, 1976) voire à la rigidité interne (Staw et al. dans Mone et al., 1998).

Les causes externes, quant à elles, prennent leurs origines dans la diminution qualitative ou quantitative abrupte ou transitoire de la demande, l'augmentation des régulations gouvernementales, l'avancement technologique ou une diminution générale de l'ensemble des ressources disponibles dans l'environnement (Cameron and Zammuto, 1983). C'est en fait le lien unissant le concept de niche organisationnelle et celui de déclin organisationnel. Lorsqu'il y a présence de modifications de la niche organisationnelle, selon Cameron et Zammuto (1983), il y a de fortes chances que l'organisation subisse une situation de déclin organisationnel.

Enfin, Sutton (1990) poussa le concept du déclin organisationnel encore plus loin. Ce dernier proposa de diviser selon deux catégories bien distinctes les causes de la baisse de ressources dans l'environnement. Ainsi, la détérioration des ressources dans l'environnement organisationnel pourrait être soit du type-K ou bien du type-R.

La baisse des ressources de type-K serait principalement d'ordre externe à l'organisation. En fait, une détérioration de type-K s'expliquerait par de nombreuses turbulences dans la niche organisationnelle et toucherait l'ensemble des organisations œuvrant à l'intérieur de cette niche.

À l'opposé, dans le cadre de la détérioration des ressources de type-R, c'est l'organisation elle-même qui serait à l'origine de la diminution de ses ressources essentielles. Ce type de déclin serait donc de cause interne. Ceci peut s'expliquer par exemple par la vente d'un produit de piètre qualité. Ainsi,

de fil en aiguille, la vente d'un tel produit aurait contribué à miner la réputation de cette organisation et par voie de conséquence, cela aurait pour effet de diminuer ses ventes :

«... it occurs when a organization is in a stable or growing population or organizations , but as taken action that leads to a deterioration of its own environmental resource base.» (Sutton, 1990, p. 210)

Enfin, de manière plus spécifique aux organisations publiques, Levine (1978) identifia quatre causes principales expliquant une situation de déclin. Il pointa premièrement la problématique du « *problem depletion* » qui se caractérise soit par des modifications démographiques dans la population, par une redéfinition des priorités ministérielles ou bien par une fin des politiques en cours. Ce sont en fait des causes externes à l'organisation.

Deuxièmement, il y a l'entropie environnementale. Ceci se traduit par une modification des besoins de la clientèle dans l'environnement. Par exemple, à la suite d'une fermeture d'une usine principale dans une région rurale, les citoyens auront davantage besoin d'investissements dans de nouvelles entreprises que dans l'aménagement d'une nouvelle salle de spectacle.

Troisièmement, il y a ce que Levine appelle la vulnérabilité politique. Il s'agit ici de causes plutôt internes comme les changements de leaders, les conflits internes, etc. Pour conclure, Levine (1978) fait référence à l'atrophie organisationnelle ; cause prenant son origine dans le peu de *feed-back* financier (les individus ne payant pas à l'acte reçu) que reçoit le gouvernement de la part de la population à l'égard des services offerts.

Somme toute, il est réellement important pour les gestionnaires de bien identifier quelles sont les causes à l'origine de leur déclin organisationnel. De cette manière, ils seront plus en mesure de traiter et gérer adéquatement la

situation et ainsi, progresser pour le mieux dans le futur. De manière plus pointue, dans le cas qui nous intéresse, comme il y a diminution des ressources de base disponibles à l'organisation – ressources humaines, financières, bassin de clientèle, etc. – nous opterons pour les concepts favorisant les causes externes associées au déclin. Présenter plusieurs autres concepts pourrait être utilisé, mais les définitions qui sont le plus à propos, à notre avis, dans le cadre de la situation actuelle sont ceux fournis par Cameron & Zammuto (1983) ainsi que par Sutton (1990) avec le déclin de type K.

2.2.3 Les conséquences du déclin organisationnel

Selon les auteurs Mone, McKinley et Barker III (1998), peu importe la cause étant à l'origine du déclin, les effets seraient sensiblement les mêmes. Il s'agirait d'effets mesurables tels que des pertes financières, une diminution de l'embauche ou une baisse substantielle des ventes causées par la chute de l'achalandage. Ce fait étant, il est possible d'aller au-delà des quelques conséquences énumérées par Mone et al. (1998). En effet, les différentes conséquences éventuelles associées au déclin sont divisibles selon deux axes diamétralement opposés.

D'un côté, il y a les tenants de l'apprentissage organisationnel, ceux qui croient qu'un contexte de déclin stimule l'adaptation, la recherche de nouveaux processus et le changement organisationnel (Cyert & March and Kiesler & Sproull dans Mone et al., 1998). Qui plus est, Whetten (1987), citera les auteurs Nystrom et Starbuck (1984) de cette manière: « *...the key stimulant for major change and innovation in mature organizations is the shock of failure in the marketplace* » (Whetten, 1987, p. 345). En ce sens, une situation problématique serait tout indiquée pour revoir ses priorités, ses stratégies ainsi que son offre de services.

De l'autre côté, il y a ceux nommés les « *threat-rigidity theorists* », ceux-ci croyant qu'un contexte de déclin augmente les inhibitions cognitives, restreint la prise de décision et limite le nombre d'options considérées par les gestionnaires; ce qui expliquerait l'inertie organisationnelle de certaines entreprises (Staw, Sandelands and Dutton dans Mone et al, 1998.). En ce sens, Whetten (1987) ajouta, dans le cadre de son article « *Organization Growth and Decline* », que les impacts suivant une situation de déclin organisationnel pouvaient créer des dysfonctions majeures au sein de l'entreprise. Ainsi, cet auteur ira même jusqu'à dire qu'une telle problématique pourrait être à l'origine de conflits entre employés, d'une centralisation accrue de la part de la direction, de ségrégation, de formalisation, voire d'une diminution de la planification de long terme. En fait, les gestionnaires, selon cette vision de la problématique du déclin, seraient confinés à régler de manière réactive la situation en cours et investiront essentiellement leurs énergies sur ce cas et rien d'autre.

2.3 LES STRATÉGIES DE COLLABORATION ET DE COMPÉTITION

2.3.1 Introduction à la stratégie

Pour pallier aux conséquences suivant une situation de déclin organisationnel, les gestionnaires et leurs équipes opteront pour diverses stratégies. Ces stratégies auront pour objectif de conserver la situation de l'organisation au sein de la niche organisationnelle.

De manière à mieux saisir l'essence des stratégies retenues par ces organisations, un bref retour sur la définition de la stratégie s'avère à propos. Ainsi, Porter (1980) décrit la stratégie comme étant la création d'une unique et enviable position organisationnelle. Enfin, pour Mintzberg (1998), la stratégie est une alliance entre cinq principes fondamentaux soit le plan, le piège, la

position, la perspective et le pattern. Quoiqu'il en soit, les stratégies ne sont pas les mêmes en fonction des caractéristiques internes et externes de l'organisation de santé (Kamalesh, Subramanian and Strandholm, 2002) et elles impliquent des changements majeurs pour l'organisation puisqu'elles se planifient sur un horizon de long terme (Cameron & Zammuto, 1983). Les possibilités de succès de la stratégie dépendront non seulement du contenu de cette dernière, mais aussi de la méthodologie employée pour la mettre en œuvre (Van Witteloostuijn, 1998).

2.3.2 Les stratégies de collaboration

Dans l'univers des soins de santé, certaines stratégies ont été plus spécifiquement adoptées pour faire face aux nombreuses turbulences de l'environnement. C'est entre autres le cas des alliances stratégiques coopération entre hôpitaux qui sont très largement répandues (Benson, 1975).

Ces alliances coopération sont caractérisées par la combinaison de deux hôpitaux ou plus qui s'unissent ensemble dans un marché local pour concurrencer avec d'autres hôpitaux, d'autres systèmes de soins, dans le but de développer de nouvelles stratégies leur permettant de survivre (Olden, Roggenkamp and Luke, 2002). Ces arrangements peuvent être de différentes natures comme par exemple des alliances basées sur l'acquisition, des arrangements contractuels, des alliances stratégiques (*networks*) et des intégrations virtuelles (Leatt *et al.*, 2000). De plus, ces divers arrangements ne sont pas mutuellement exclusifs.

Ces alliances de collaboration entre hôpitaux reposeraient sur la croyance généralisée que le patient jouirait d'une meilleure intégration des services de santé puisque les organisations seraient en mesure d'utiliser plus efficacement leurs ressources limitées en raison du partage des forces respectives (Provan, Brinton, Milward, Roussin and Isett, 2002 and Benson, 1975). Qui plus est,

ces alliances de coopération permettraient éventuellement d'obtenir d'importantes économies d'échelle au niveau des coûts d'opération et de production (Lee & Alexander, 1999, Lynk, 1995). En ce sens, la stratégie de coopération pourrait être une avenue vraiment intéressante pour les organisations de soins de santé qui vivent une situation de déclin du bassin de clientèle pédiatrique puisque cela leur permettrait de mettre en commun leur marché et ainsi, faire de meilleures allocations des ressources en limitant les duplications de soins de santé et en profitant d'économies d'échelle importantes (Olden, Roggenkamp and Luke, 2002).

Malgré tout, Olden et al. (2002) et Magel (1999) soulignent le fait que ces alliances ne sont pas toujours profitables pour le patient puisque celui-ci semble perdre en importance au profit de la rentabilité budgétaire et de la gestion administrative de plus en plus complexifiée. Dans le même ordre d'idées, Lee et Alexander (1999), suggèrent, à la lumière d'une importante revue de la littérature, que les associations entre organisations de santé ne peuvent être bénéfiques, tant au point de vue financier qu'organisationnel, qu'à certaines conditions. En ce sens, tout dépendant de la taille organisationnelle de l'hôpital, du type de partenariat signé avec les collaborateurs, du degré de compétition dans l'environnement et du niveau d'ambiguïté, les associations collaboration peuvent être plus ou moins positives. Par exemple, dans l'une de leur recherche précédente Lee et Alexander (1999) concluent que sur sept cas étudiés de changements organisationnels, trois ont abouti à une fermeture d'établissement donc, à un échec probant.

2.3.3 Les stratégies de compétition

Finalement, une autre option stratégique souvent adoptée dans le milieu hospitalier est la compétition. Nommée aussi « stratégie perturbatrice »,

celle-ci tente de diminuer la position relative d'un compétiteur dans le marché en offrant des services différenciés (Benson, 1975).

En fait, le point de mire fondamental de cette position stratégique repose sur la survie économique de l'organisation dans un contexte de fortes turbulences (Langabeer, 1998). Langabeer (1998), à la suite d'une recherche, stipule que la compétition est une stratégie positive pour les organisations de soins de santé puisque cela les oblige à améliorer leur offre de services ainsi que leur gestion financière. Pour ce faire, il importe cependant que l'organisation en situation de compétition détienne des avantages compétitifs par rapport à ses concurrents; sans quoi, l'efficacité de la stratégie risque d'être compromise (Benson, 1975).

À l'opposé, Van Witteloostuijn (1998) suggère qu'une stratégie de compétition pour des institutions en situation de déclin serait néfaste. En effet, cet auteur suggère plutôt que cette stratégie est associée plus souvent qu'autrement aux échecs des organisations, surtout celles ayant pour objectif d'augmenter leurs offres de services.

2.4 INTÉGRATION AU MODÈLE THÉORIQUE

2.4.1 Présentation du modèle de déclin organisationnel et hypothèse

Bien qu'il existe divers modèles théoriques tentant de décrire les manifestations du déclin organisationnel (Mone, McKinley and Barker III, 1998, Van Witteloostuijn, 1998), celui de Cameron et Zammuto (1983) s'avère des plus efficaces en contexte de déclin des organisations de services. En effet, celui-ci possède une perspective holistique et une fiabilité certaine; il fut utilisé maintes fois au cours de leurs recherches (Cameron, K.S., 1981, Cameron, K.S., 1983).

De plus, ce modèle théorique combine à la fois les éléments de l'environnement, le concept de niche organisationnelle ainsi que les stratégies adoptées en contexte de déclin des ressources de base disponibles à l'organisation. C'est donc un modèle qui couvre l'ensemble des concepts théoriques abordés précédemment. Voici un des tableaux représentant leur modèle :

Figure 3

**TYPES DE
CHANGEMENT
DE LA
CONFIGURATION
D'UNE NICHE**

CONTINUITY OF ENVIRONMENTAL CHANGE¹

Changement de la
taille de la niche

Changements continus

Changements discontinus

	ÉROSION	DIMINUTION
<u>TACTIQUE</u> Proactive	<u>TACTIQUE</u> Réactive	
<u>STRATÉGIE</u> Offensive	<u>STRATÉGIE</u> Défensive ou de consolidation	
	DISSOLUTION	EFFONDREMENT
<u>TACTIQUE</u> créatrice	<u>TACTIQUE</u> Expérimentale	
<u>STRATÉGIE</u> Diversification	<u>STRATÉGIE</u> Substitution	

(Cameron et Zummato, 1983, 1985)

De manière sommaire, ce graphique s'organise autour de quatre grands axes représentant le changement de la niche par rapport aux modifications enregistrées dans l'environnement organisationnel.

Ainsi, dans un premier temps, l'on retrouve les organisations vivant un changement, qualifié par les auteurs, d'Érosion. Ce concept représente la réduction graduelle de la taille de la niche organisationnelle, ce qui occasionne pour les organisations une diminution des activités. Malgré ce fait, la survie organisationnelle n'est pas immédiatement compromise puisque, toujours selon les auteurs, il existerait dans ces situations un certain climat de

¹ Traduction libre

stagnation. En ce sens, Cameron et Zammuto (1981) offrent comme exemple le cas de l'achalandage dans le système scolaire américain au cours des années 1970. L'effet du baby-boom s'étant dissipé, les inscriptions dans les collèges et universités diminuèrent grandement. Dans un tel contexte, les auteurs stipulent que l'organisation aura le temps de réfléchir et ainsi, pourra mieux planifier ces stratégies, établir ses priorités pour faire face à la situation en cours. De cette façon, les actions seront considérées comme étant proactives et servant à protéger, voire à étendre la niche organisationnelle de l'institution.

En deuxième lieu, il est question des entreprises expérimentant un changement de type « Diminution ». Ce dernier se caractérise par un changement qui est discontinu dans le temps et qui est, plus souvent qu'autrement, totalement inattendu. Ceci a pour conséquence de réduire drastiquement les ressources disponibles à l'entreprise, ce qui implique une minimisation de la niche organisationnelle. Dans de telles circonstances, les membres de l'organisation auront plutôt tendance à réagir de manière réactive comme ce fut le cas lors de la diminution des ventes automobiles aux États-Unis au cours des années 1979-1981. Les auteurs iront même jusqu'à affirmer que la plupart des actions notées, à la suite d'un tel revirement de situation, furent caractérisées comme appartenant aux « *threat-rigidity response* ». Ceci se traduit par un conservatisme marqué, par des mises à pied massives, etc. Enfin, le but de telles stratégies sera de consolider les activités de l'organisation et de défendre les acquis jusqu'au moment où il sera possible de refaire une nouvelle planification stratégique.

En troisième lieu, il s'agit de discuter du changement nommé « Dissolution ». Comme son nom l'indique, il ne s'agit pas seulement ici de parler d'une réduction quelconque de la niche organisationnelle, mais plutôt d'une évolution complètement différente de cette dernière. En fait, cette situation implique que les gestionnaires de l'organisation s'adapteront à la nouvelle niche ou bien, éventuellement, s'apercevront que leur organisation n'aura plus

lieux d'être. Par exemple, les auteurs citent le cas des collèges privés de théologie aux États-Unis. Plusieurs administrateurs de ces collèges durent changer ou, à tout le moins, diversifier les cours offerts puisque de moins en moins d'élèves s'inscrivaient uniquement dans des écoles de théologie. De ceux qui demeurèrent de marbre devant la situation, plusieurs disparurent au cours des dernières années. Ainsi, les stratégies adoptées seront caractérisées par leur côté très entreprenant, ce que les auteurs nommeront des stratégies créatrices de domaines organisationnels.

Finalement, le dernier quadrant explique les changements de type « Effondrement ». Il s'agit ici d'une problématique qui menace directement la survie de l'organisation. En effet, suite à des bouleversements de l'environnement discontinus et inattendus dans la niche de l'organisation, l'institution voit ses activités menacées. La source du problème réside surtout dans la modification complète de la niche. Les gestionnaires, n'ayant pas de point de référence lors de telles situations, voient leur environnement devenir complètement imprédictible. Dans cet ordre d'idées, les actions subséquentes seront qualifiées comme étant de l'ordre de l'expérimentation. Il sera ainsi souhaitable pour les gestionnaires de trouver un nouveau domaine, ce qui signifie trouver un substitut à leurs activités pour demeurer en affaires.

Somme toute, avant même toute analyse des données empiriques, je suppose que les hôpitaux pédiatriques étudiés agiront selon le type « Érosion ».

En effet, je suis portée à croire que ces organisations évolueront selon ce modèle puisque comme le suggèrent Cameron et Zammuto (1981), cette typologie s'applique aux organisations vivant un déclin graduel et prédictible des ressources de base disponibles à l'organisation.

Cette situation suppose que les gestionnaires seront plutôt proactifs puisqu'ils auront le temps de collecter de l'information et ainsi, planifier leurs stratégies

organisationnelles, à savoir collaborer, fusionner ou compétitionner, afin de conserver leur place dans la niche actuelle: le marché hospitalier pédiatrique.

CHAPITRE 3 – APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES

3.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE

L'intention de cette recherche consiste à mettre en lumière les relations interorganisationnelles existant entre les hôpitaux pédiatriques œuvrant dans un environnement en transformation. Sans suggérer que les hôpitaux à l'étude sont en déclin organisationnel, il s'avère cependant juste d'affirmer que la décroissance de la population pédiatrique et les changements majeurs dans l'environnement de ces hôpitaux auront un impact certain sur leur organisation. Ainsi, en utilisant le concept de déclin dans cette recherche, il sera possible d'obtenir une vue d'ensemble sur le phénomène de changement affectant les hôpitaux pédiatriques. De cette manière, nous serons à même de comprendre les relations actuelles entre ces hôpitaux, les raisons et les causes qui sous-tendent aux diverses stratégies adoptées par ces derniers. Qui plus est, à la lumière de l'état des connaissances, il s'avère essentiel de traiter le choix d'une stratégie organisationnelle en relation avec l'environnement. Qu'il s'agisse de l'environnement interne ou externe à l'organisation de soins de santé, l'amalgame des deux contextes influencera la planification stratégique des organisations. Le Québec subissant de profonds changements démographiques, les organisations de soins de santé pédiatriques n'auront d'autres choix que de s'engager dans de nouvelles dynamiques.

Conséquemment, pour la présente étude, en raison de la complexité des processus étudiés, nous opterons pour une étude synthétique; plus précisément pour une étude de cas globale et holistique de type exploratoire. Ainsi, l'unité d'analyse de ce travail sera les deux hôpitaux pédiatriques montréalais. Un tel devis de recherche nous permettra d'obtenir une compréhension globale des phénomènes conduisant à l'adoption d'une stratégie organisationnelle en situation de transformation de l'environnement. C'est une façon unique d'accroître nos connaissances sur ce phénomène organisationnel dans ce contexte particulier (Yin, 1989). De plus, je crois

approprié d'utiliser la recherche synthétique de cas pour mener à bon terme notre étude puisque celle-ci ne nécessite aucune manipulation provoquée ou invoquée des variables à l'étude. Qui plus est, ce choix de devis s'avère des plus pertinents dans les circonstances puisque, comme le mentionne Creswell (1998) dans son texte « *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Different Traditions* », un cas est un système délimité d'actions qui possède un contexte et des caractéristiques uniques qui en font sa richesse. Dans le même ordre d'idées, Poupart et al. (1997), mentionnent que l'auteur opte pour un cas en particulier si ce dernier est pertinent théoriquement, s'il possède des caractéristiques uniques, une qualité intrinsèque, une typicité ou une exemplarité, une possibilité de fournir de nouvelles connaissances, un intérêt social et/ou une accessibilité pour mener à bien l'enquête. En ce sens, le contexte interorganisationnel qui existe entre CH1 et CH2 est en soi un cas unique et relativement rare, potentiellement riche en développement de nouvelles connaissances. Finalement, notons aussi que l'utilisation du devis d'étude de cas permet de mettre à profit différentes sources de données autant qualitatives que quantitatives (Yin, 1984 et Eisenhardt, 1989), facilitant ainsi l'étude et l'approfondissement de certaines notions plus complexes.

3.2 MÉTHODOLOGIE

Comme le soulignent Mays et al. (2000), la richesse et l'exactitude d'un mémoire ne peuvent compenser pour une méthodologie claire et bien explicitée :

“details about how the research was conducted are crucial to assessing its integrity, for example, enabling the reader to know how much time was spent in the field, the researcher's proximity to the action or behaviour, how typical the events recorded were and ...” (Mays et al., 2000, p. 37)

Dans cet ordre d'idées, il s'avère donc essentiel de développer davantage sur la population à l'étude ainsi que les méthodes de collecte de données. Par une telle stratégie, nous souhaitons rendre plus explicite le cheminement utilisé tout au cours

de notre recherche. Ceci devrait permettre aux lecteurs de confirmer la solidité de notre démarche scientifique :

« The principal is to allow an external observer to follow the derivation of any evidence from initial research questions to ultimate case study conclusions. » (Yin, 1984, p.102)

3.2.1 Les cas à l'étude

Afin de réaliser ce projet de recherche, nous avons suscité la collaboration de deux hôpitaux pédiatriques de la grande région de Montréal, soit CH1 et CH2. Notons que ces deux hôpitaux, tel que mentionné précédemment, s'avèrent être les unités d'analyse de ce travail.

Notre choix s'est arrêté sur ces deux différentes institutions de santé à cause de la situation particulière qui prévaut au sein de leur environnement. En effet, chacun de ces deux hôpitaux universitaires observe les mêmes types de difficultés. Ainsi, leur environnement respectif se caractérise par une diminution : du bassin de clientèle pédiatrique, des ressources humaines disponibles, du financement public net, etc. Tous ces éléments réunis exerceront une grande pression sur ces organisations, d'où l'intérêt de les considérer dans le cadre d'une étude de cas.

Autre élément important pouvant expliquer notre choix, les deux hôpitaux pédiatriques choisis sont les références en termes de soins pédiatriques dans la province de Québec. Il n'est pas rare que des hôpitaux régionaux transfèrent leurs jeunes patients à ces deux centres hospitaliers.

Enfin, malgré les quelques éléments qui les unissent, les deux organisations considérées dans le cadre de cette étude possèdent des caractéristiques qui leur sont propres. Ces particularités influenceront de manière distincte leur cheminement stratégique. Par exemple, notons que CH1 possède une

reconnaissance plus grande auprès de la communauté anglophone (Operating Plan 2002-2003, 2002). À l'opposé, CH2 rejoint de façon plus marquée la communauté francophone et couvre, dans un volume plus important, les soins primaires et secondaires du grand Montréal.

Enfin, la variété des situations étudiées nous permettra une plus grande généralisation des résultats obtenus à la fin de notre recherche.

3.2.2 Échantillon

L'échantillon de nos études de cas est constitué de certains gestionnaires, infirmiers et infirmières-chefs, médecins des deux hôpitaux. Ceci dit, veuillez noter que par souci de confidentialité, toutes références permettant d'identifier un individu ont été retirées de ce travail.

Afin de déterminer les collaborateurs aux entrevues, de manière tout à fait libre et confidentielle, j'ai utilisé la technique dite de boule de neige. De cette façon, je suis parvenue à accumuler rapidement des informations pertinentes de la part d'acteurs stratégiques dans l'organisation. J'ai cessé l'échantillonnage par boule de neige au moment où j'ai cru être parvenue à la saturation des informations; ce nombre se situa à onze (11) entrevues. Voici de manière plus précise la répartition des personnes rencontrées: cinq (5) individus ont été rencontrés à CH1 dont trois (3) administrateurs et deux (2) professionnels; six (6) personnes ont été interviewées à CH2 dont trois (3) administrateurs et trois (3) professionnels.

Puisque nous avons utilisé des documents secondaires, nous avons été en mesure de compléter les informations obtenues lors des entrevues. Ainsi, je crois être parvenue à obtenir suffisamment d'information pour mettre mon cadre conceptuel à l'épreuve.

3.2.3 Méthode de collecte des données

Les principales sources de données utilisées pour la réalisation de cette étude, avec le libre consentement des hôpitaux pédiatriques en cause, proviennent de quatre (4) sources distinctes. Il s'agit en fait des données provenant des entrevues, des statistiques sur l'utilisation des services de santé (MedEcho) – il est à noter que les spécialités analysées ont été choisies en fonction des recommandations des deux directeurs des services professionnels lors de rencontres préliminaires -, des documents internes de planification stratégique des deux hôpitaux pédiatriques ainsi que des statistiques sur l'évolution de la population québécoise.

Qui plus est, étant donné le fait que plusieurs des gestionnaires et professionnels rencontrés nous ont soulignés certaines limites à l'utilisation des volumes d'activités extraits dans MED-ECHO (2005), nous avons dû ajouter une cinquième source de données. En effet, selon leurs avis, MED-ECHO ne comptabiliserait pas les soins et services prodigués en ambulatoire, ce qui rendrait le portrait de la situation incomplet. Pour pallier à cette situation, nous avons donc considéré les données rendues disponibles par les manuels de gestion financière, les AS-471, lesquels comptabilisent les activités de médecine ambulatoire et les visites aux urgences hospitalières.

Dans autre ordre d'idée, notons que la période d'observation diffère en fonction de la source utilisée. Ainsi, les entrevues ont été réalisées pendant une période de six (6) mois, soit de septembre 2005 jusqu'à mars 2006. Notons que les entrevues étaient principalement axées sur le présent, sauf certaines exceptions. Du côté des statistiques provenant de MED-ECHO, il a été possible de retracer des données d'utilisation des services de santé pour la période allant de 1995 à 2003. C'est donc neuf (9) années complètes de services qui ont pu être considérées. Pour ce qui est des documents de planification stratégique, il est à noter que la période d'étude diffère en

fonction de l'établissement. En effet, du côté de CH1 la première planification stratégique couvre la période allant de 1992 à 1996. Ceci dit, de 1996 à 2002, aucune planification stratégique n'a été réalisée. Nous n'avons donc pas de données disponibles pour une période de cinq (5) ans. Finalement, en 2002, CH1 présenta une toute nouvelle planification stratégique. Au total, c'est donc six (6) années de données de planification stratégique que nous pouvons considérer pour CH1 sur un échéancier de quatorze (14) ans. Du côté de CH2, la situation est tout autre. En effet, les données obtenues auprès de CH2 remontent à 1990. Ainsi, comme chaque année a fait l'objet d'une planification, nous avons été en mesure de traiter des données de planification stratégique, pour CH2, sur une période de quatorze (14) ans. Pour compléter, les statistiques concernant l'évolution de la population couvre une très grande période. Puisque les changements démographiques doivent être considérés sur plusieurs décennies, nous avons cru bon de considérer les cent (100) dernières années pour notre étude. Qui plus est, en fonction des données de projection disponible sur le site Internet de santé canada, nous avons même utilisé des données allant jusqu'en 2026.

Ces sources de données sont tout aussi importantes les unes que les autres puisque le processus décisionnel à l'étude est complexe. En effet, la dynamique menant à l'adoption d'une stratégie résulte d'une foule d'interactions de divers acteurs ayant chacun une perception propre des environnements dans lesquels ils évoluent. Ainsi, en cumulant les informations provenant de ces différentes sources, je suis en mesure de minimiser les biais pouvant provenir d'une source en particulier. En effet, comme le souligne Yin (1984) dans son chapitre « *Conducting case studies : Collecting the evidence* », l'utilisation de multiples sources de données est essentielle à la bonne conduite d'une étude de cas. La mise à contribution de ces différentes sources permettant d'augmenter autant la validité de construit, la validité interne ainsi que la validité externe.

« The use of multiple sources of evidence in case studies allows an investigator to address a broader range of historical, attitudinal, and observational issues. However, the most important advantage presented by using multiples sources of evidence is the development of converging lines of inquiry, a process of triangulation...Thus, any finding or conclusion in a case study is likely to be much more convincing and accurate if it is based on several different sources of information, following a corroboratory mode. » (Yin, 1984, p. 97)

Pour ce qui est des documents internes et externes, je fais référence plus spécifiquement aux plans stratégiques annuels, aux planifications stratégiques de long terme, aux procès-verbaux de certaines réunions, aux communiqués de presse, aux recommandations et suggestions gouvernementales, aux états financiers et aux études de marché.

Afin de compléter la collecte des données, nous avons utilisé onze entrevues semi-dirigées avec l'échantillon sélectionné. Ces entrevues étaient d'une durée moyenne de 70 minutes chacune. Bien entendu, en aucun cas, les gens invités à participer aux entrevues ne furent obligés de consentir. Ces entrevues furent développées selon le modèle proposé par Mathers, Fox and Hunn (2002). Ce modèle propose quatre étapes essentielles à la réalisation d'entrevues réussies, soit l'identification des répondants, l'obtention des approbations des personnes rencontrées, le type de questions demandées et la transcription des entrevues. L'utilisation d'entrevues semi-structurées permet d'obtenir des informations plus détaillées sur les stratégies utilisées, de comprendre les dynamiques qui ne peuvent être perçues et comprises à la lecture des documents officiels. De plus, l'usage de cotation obtenue lors des entrevues semi-structurées, permet de donner à l'analyse une profondeur additionnelle. En effet, Péladeau et Mercier (1993) suggèrent d'inclure des histoires de cas, des retranscriptions d'extraits d'entretien afin de susciter un intérêt soutenu chez le lecteur et de faciliter la compréhension des points soulevés par l'évaluateur.

3.2.4 Définition des variables

Les principales variables à l'étude au cours de cette recherche, sont celles associées au contexte de changement et des conséquences associées à ces derniers. Afin de comprendre l'ensemble du phénomène en cause, les variables suivantes seront essentielles :

■ *Évolution de l'environnement :*

Perceptions, des acteurs influents, des caractéristiques de l'environnement interne et externe de l'organisation. À cet effet, l'École de la contingence identifia certaines caractéristiques majeures permettant aux gestionnaires de mieux saisir leur environnement. Mintzberg (1998) regroupa ces éléments sous quatre catégories distinctes : la stabilité (de stable à dynamique); la complexité (de simple à complexe); la diversité du marché (d'intégré à diversifié); et finalement, l'hostilité (de compagnonnage à hostilité). Ces éléments permettront de catégoriser les changements pouvant survenir dans la niche organisationnelle d'un établissement de soins de santé au cours de cette recherche (Cameron & Zammuto, 1983).

■ *Ressources disponibles à l'organisation :*

Il s'agit de l'ensemble des ressources nécessaires à une organisation pour bien fonctionner. Il est donc question de ressources humaines (personnel médical et clientèle), financières, technologiques, physiques et techniques. Le nombre de ressources disponibles conditionnera le type de niche organisationnel tel que définit dans le modèle de Cameron et Zammuto (1983).

■ *Stratégie :*

Les stratégies ne sont pas les mêmes en fonction des caractéristiques internes et externes de l'organisation de santé considérée (Kamalesh, Subramanian and Strandholm, 2002) et elles impliquent des changements majeurs pour

l'organisation puisqu'elles se planifient habituellement sur un horizon de long terme (Cameron & Zammuto, 1983). Ceci dit, en contexte de changement de l'environnement, les stratégies adoptées pourraient être des stratégies offensives, défensives, créatrices ou expérimentales (Cameron & Zammuto, 1983).

■ **Compétition :**

Stratégie visant à obtenir une plus grande part du marché en offrant des services spécifiques. À l'opposé, Porter décrit la compétition en ces termes : «...it may erupt in industries where buyers and suppliers are of relatively equal power. » (Porter dans Mintzberg, 1998, p. 102). Or, dans le contexte hospitalier, il est impossible de croire que les bénéficiaires des services de soins de santé jouissent d'un rapport de force équivalent avec leurs dispensaires de soins. Les professionnels possédant le savoir médical, la relation de pouvoir s'avère être complètement inégale avec les bénéficiaires. Ceci me porte donc à reconnaître plus principalement la définition de la compétition suggérée par Langabeer II (1998) : «... called competitive strategies systematic actions taken to gain a competitive advantage through the selection and management of key variables that will hopefully improve overall performance. » (Langabeer II, 1998, p. 517).

■ **Collaboration :**

Stratégie permettant une mise en commun des ressources pour maximiser les services offerts. Les auteurs D'Aunno et Zuckerman (1987) décrivent ces unions de collaboration comme étant « *three or more organizations that pool resources to achieve stated objectives* » (D'Aunno et Zuckerman, 1987, p. 534), regroupement qu'ils nommeront des « *federation* ». Ainsi, en plus de mettre en commun certaines de leurs ressources, tout dépendant du modèle établi, ces organisations auront à partager aussi leur vision, leur mission et leur culture.

3.3 ANALYSE DES DONNÉES

Étant donné la grande quantité d'information recueillie, il fut nécessaire de compresser quelques-unes de ces données. En ce qui concerne les documents internes et externes de l'organisation, je réalisai un sommaire des caractéristiques de l'environnement. Pour ce qui est des informations recueillies par l'intermédiaire des entrevues, celles-ci furent plutôt codifiées. Une telle stratégie de compression s'avère nécessaire pour l'analyse du *niveau stratégique* puisqu'elle nous permet une meilleure intégration des données collectées chez les différents acteurs. Afin de réaliser cette codification, j'utilisai le logiciel Atlas/Ti qui est un logiciel largement utilisé pour l'analyse des données qualitatives.

3.4 VALIDITE

3.4.1 Validité interne

D'emblée, la définition de la validité interne, selon Contandriopoulos et al., se traduit comme suit :

«... assurée par les caractéristiques du devis, qui permettent d'être certain que les relations observées empiriquement entre les variables, dépendantes et indépendantes de la recherche, ne puissent être expliquées à l'aide d'autres facteurs ou d'autres variables que ceux pris en considération par le devis de recherche adopté.» (Contandriopoulos et al., 1990, p.40)

Or, à défaut d'obtenir la vérité absolue, Van der Maren dans Lessard-Hébert et al. (1987) suggère plutôt de percevoir la validité interne comme un tout. Loin d'offrir LA recette assurant la validité interne d'une recherche, il aborde la validité interne comme une « cohérence pragmatique ».

« Cette cohérence se définit comme une réponse au problème de la logique de l'argumentation ou de la démonstration, reliant entre elles les différentes composantes d'une recherche, allant de la formulation de l'intention et des buts de recherche, en passant par la constitution, l'analyse et le traitement des données, jusqu'à l'interprétation et la vérification des résultats. » (Lessard-Hébert et al., 1996, 34).

Cette prise de position permet d'aller au-delà de la technicité de la validité. Elle permet de percevoir l'ensemble de la démarche comme une suite de conséquences logiques menant progressivement à établir la solidité de la recherche. En ce sens, chaque détail mentionné précédemment lors de l'élaboration de la méthodologie de recherche, ainsi que l'analyse dans son ensemble, renforcent la validité de la recherche en cours.

Ceci dit, de manière plus pointue, un devis d'étude de cas multiples permet d'acquérir un degré potentiellement élevé de validité interne. En effet, cela permet d'apparier le cadre conceptuel, tel que suggéré par Cameron et Zammuto (1983), à la réalité empirique des deux hôpitaux pédiatriques à l'étude. C'est ce que nommeront Contandriopoulos et al. (1990) « l'appariement d'un modèle à la réalité ». À cet effet, la double comparaison au modèle choisi permettra d'élaborer avec plus de conviction sur les résultats obtenus. Plus précisément, il s'agit ici de procéder par triangulation des évidences (Eisenhardt, 1989). De cette façon, je serai en mesure de restreindre la présence de biais pouvant provenir d'éléments non contrôlés de mon cadre conceptuel.

3.4.2 Validité de construit

De plus, en mettant à contribution le modèle « *Managerial responses to conditions of decline* » créé par Cameron et Zammuto (1983), qui fut maintes fois utilisé lors de recherches subséquentes (Cameron et Zammuto, 1983, Zammuto et Cameron, 1985, Cameron et Whetten, 1983), j'augmente considérablement la validité de construit de cette recherche ; la validité de

construit faisant référence à la « *relation entre les concepts théoriques et leur opérationnalisation* » (Contandriopoulos et al., 1990, p. 80). À cet effet, Contandriopoulos et al. (1990) suggèrent que malgré le fait que les indicateurs de validité de construit sont rarement univoques, il n'en demeure pas moins que les évidences de validité s'accroissent au fil des recherches. Donc, l'utilisation de ce modèle pour l'élaboration de cette recherche ne pourra être que bénéfique. Finalement, il est possible de noter que nous accordons une grande importance à la validité de construit puisque nous utilisons de concert plusieurs sources de données telles que des entrevues semi-structurées, divers documents, etc.

3.4.3 Validité externe

Finalement, le fait d'utiliser une étude de cas multiples réduit les risques de biais de la validité externe puisque je respecte le principe de similitude, de robustesse et d'explication; principes suggérés par Contandriopoulos et al. (1990).

Dans un premier temps, étudiant deux hôpitaux, j'augmente les possibilités de généralisation de mes résultats de recherche. Bien entendu, le but d'une étude de cas n'est pas nécessairement la généralisation des résultats puisque le cas à proprement parler s'avère suffisant et unique. Ceci dit, pour l'intérêt des organisations de soins de santé pédiatriques expérimentant une transformation majeure de leur environnement organisationnel, il peut être utile d'avoir accès à une recherche mettant en relation l'expérience de deux institutions. De cette façon, il est plus facile pour ces organisations de se reconnaître dans l'un ou l'autre des cas étudiés.

De plus, il est à noter que les deux hôpitaux étudiés, bien qu'ils évoluent dans un environnement sensiblement similaire, ont des caractéristiques propres et

distinctes. Chacun de ces établissements possède des forces et des faiblesses différentes, des marchés linguistiques apparents, etc., ce qui permet de renforcer le principe de robustesse de cette étude. Bien entendu, les cas étant uniques en soi, cela pourrait éventuellement limiter les possibilités de généralisation à d'autres hôpitaux pédiatriques. Ceci constituerait donc l'une des principales faiblesses de cette étude.

3.5 STRATÉGIE ANALYTIQUE

Pour parvenir à établir des conclusions riches et valables, je souhaite mettre à profit le mode d'analyse dit de « *Pattern-Matching* », plus précisément « *Nonequivalent dependent variables as a pattern* » tel que décrit par Yin (1984) dans son livre *Case Study Research - Design and Methods*. Cet auteur stipule que cette procédure d'analyse est des plus utiles, voire la plus souhaitée dans le cadre d'une étude de cas, puisqu'elle permet de mettre à profit certains modèles créés précédemment, lors d'analyse de cas similaires, et de les confronter avec les données empiriques obtenues lors de l'étude en cours. Si les données concordent avec les présupposés du modèle choisi, alors la validité externe de l'étude se voit renforcée. Dans le cas contraire où les présupposés ne s'avèreraient justes, il s'agirait alors de développer de nouvelles conclusions. Ces conclusions seraient basées, évidemment, sur les données obtenues dans les deux hôpitaux, ce qui diminuerait grandement les risques de biais de validité. Qui plus est, cette technique d'analyse s'avère être réellement utile puisqu'elle laisse place à une certaine induction de la part de l'auteur tout en combinant des travaux précédemment réalisés sur ce sujet. La combinaison des deux éléments ne fait que soutenir le processus de recherche.

CHAPITRE 4 – ANALYSE DE CAS

Ce chapitre expose les résultats de l'analyse de cas des deux hôpitaux pédiatriques rencontrés. La première section d'analyse décrit le marché dans lequel évoluent ces deux hôpitaux pédiatriques. Ensuite, la deuxième section d'analyse vise à rapporter les évidences de la transformation de l'environnement, dans un premier temps externe, des hôpitaux pédiatriques de la grande région de Montréal, et ce, en vue de répondre à la première question du mémoire.

4.1 LE MARCHÉ DES HÔPITAUX PÉDIATRIQUES

Afin de réaliser ce projet de recherche, nous avons suscité la collaboration de deux hôpitaux pédiatriques situés dans la grande région de Montréal, soit CH1 et CH2. Bien que les deux établissements évoluent dans un environnement qui est sensiblement similaire, il n'en demeure pas moins que ces derniers possèdent des caractéristiques qui leur sont propres. Ces particularités influenceront de manière distincte leur cheminement stratégique. Dans cet ordre d'idée, la première section d'analyse dressera le portrait de chacune des deux organisations de soins de santé pédiatriques.

4.1.1 Cas #1 – CH1

Ce n'est qu'au cours de l'année 1904 que Montréal vu naître sa première institution de soins de santé pédiatriques, aujourd'hui mieux connue sous le nom de CH1. Peu de temps après, en 1907, ce fut le tour d'un deuxième hôpital pédiatrique à se développer sur l'île de Montréal, soit CH2.

De manière plus précise, le premier hôpital pédiatrique montréalais était un hôpital anglophone, nommé CH1.1. Il était doté d'une capacité maximale de dix lits et était situé dans les locaux loués dans l'ouest de Montréal.

Au fil des ans, la hausse de la demande pour des services spécialisés en pédiatrie contraint l'établissement à déménager dans un nouvel édifice (site Internet de CH1, juin 2005). Ainsi, dès 1909, de nouveaux locaux furent inaugurés. C'est en 1920 que le CH1.1 s'affilia à l'Université 1 pour ainsi devenir un hôpital d'enseignement universitaire. Enfin, en 1956 l'institution changea de nom pour devenir CH1 et du coup, déménagea dans de nouveaux locaux. Quelques années plus tard, soit en 1997, alors que CH1 comptait 214 lits enregistrés au permis, celui-ci devint officiellement membre à part entière du « C » composé d'autres établissements de soins de santé universitaires.

De manière plus précise, CH1 se distingue, entre autres choses, par les valeurs qu'il véhicule. Ces valeurs transparaissent dans plusieurs sphères de l'organisation. Ces valeurs se divisent, selon notre analyse, en six (6) grands pôles :

VALEURS ORGANISATIONNELLES - CH1	Tableau I
Innovation	
Soutien à la communauté	
Recherche et développement	
Enseignement	
Expertise unique	
Dignité	

En plus d'être véhiculées dans les différentes publications organisationnelles, les valeurs de CH1 sont largement partagées par la communauté professionnelle de l'établissement. À cet effet, les personnes rencontrées en entrevue dans le CH1 nous ont fait mention des valeurs d'innovation, de soutien à la communauté, d'enseignement et de recherche qui font, à leur avis, la force et la fierté de leur établissement. Voici donc quelques commentaires recueillis :

« L'hôpital ici traditionnellement a toujours été reconnu comme un hôpital très académique, c'est-à-dire dont le volet académique était primé par-dessus tout. » (CH1)

« Comme je vous disais tantôt, on fonctionne toujours sur une base de respect et de confiance mutuelle... » (CH1)

« Ça faisait partie de la culture de l'établissement, de travailler beaucoup avec les gens de la communauté. » (CH1)

« Ici, cet hôpital est devenu LE centre du Québec pour l'hémophilie non seulement pédiatrique mais adulte. » (CH1)

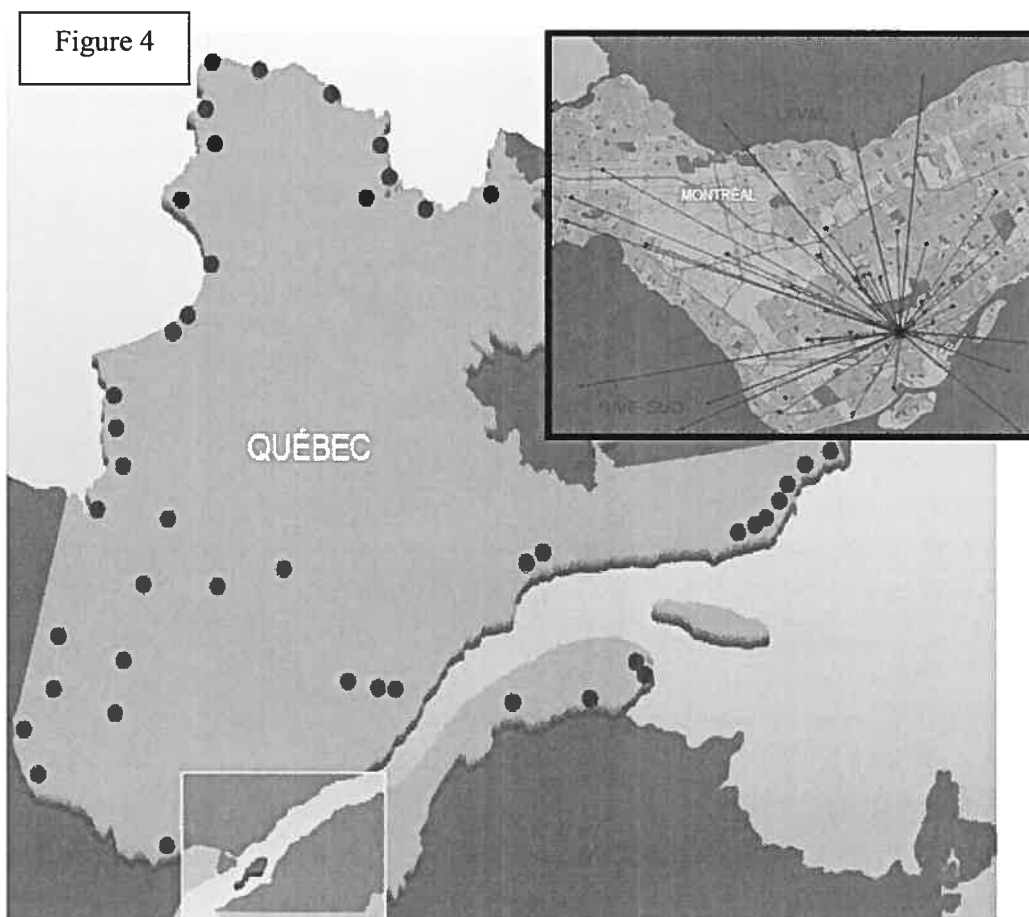
« ... la culture, la mentalité, c'est très – je sais pas – le feeling... d'un hôpital est très différent. Je sais pas si c'est parce que c'est des enfants... pis c'est particulier... pour le CH1... C'est peut-être notre... notre marque de commerce... We really care... Ça paraît. » (CH1)

Que ce soit au niveau de la culture, de la vocation académique, etc., tous ont une image très positive de CH1. Ainsi, il est à croire que les stratégies de l'organisation seront guidées par ces valeurs.

Toujours en lien avec les valeurs organisationnelles de CH1, principalement la valeur de soutien à la communauté, cette institution de soins et de services de santé pédiatriques a mis sur pied son réseau : le « Réseau ... ». Ce réseau, bien qu'existant de manière informelle depuis près de quarante (40) ans, s'est officialisé au cours de l'année 2004 lors d'un lancement avec les médias. À l'origine, ce réseau se voulait être une réponse à la demande gouvernementale visant le développement de services de santé à proximité. Ces services à proximité allaient permettre aux familles de recevoir des services et des soins de santé malgré la distance géographique qui les séparait du centre d'expertise. Dans cet ordre d'idées, CH1 développa des ententes de services, de manière non officielle, avec d'autres organisations dans la province de Québec, même l'extrême Nord de la province devint un partenaire important. L'expertise de CH1 en hémophilie fut la première technique de pointe à être partagée dans ce réseau. Aujourd'hui, « le réseau permet d'avoir accès plus facilement à une multitude de programmes et de services spécialisés offerts par CH1,

notamment le Programme de santé du Nord, la Télésanté, le Programme externe de formation en néonatalogie et le Programme de traumatologie. » (Site Internet CH1, Mars 2006).

Voici une image de ce réseau officiel. Il est à noter qu'aucun nom de partenaire n'y est mentionné et qu'aucun document consulté ne permettait de préciser davantage les liens interorganisationnels unissant les établissements de ce réseau. Par contre, au cours de l'une des entrevues réalisées, il a été question de quelques partenaires d'importance qui composent ce réseau soit les établissements du Grand Nord québécois, Chicoutimi, le CLSC Côtes-des-Neiges et les Shriners. De plus, pour les services de Télésanté, il fut question d'un certain partenariat avec CH2 étant donné l'expertise de CH1 dans ce domaine de pointe. Ceci dit, aucune des deux représentations de réseaux, ni celle de CH1 ni celle de CH2, n'identifie officiellement ce partenariat.



Enfin, en dépit du bilan positif que dresse chacun des professionnels et gestionnaires rencontrés de leur hôpital, il n'en demeure pas moins que ces derniers perçoivent tout de même certains enjeux organisationnels majeurs. Ces enjeux sont à leur avis des faiblesses pour leur organisation. Ils sont d'avis que certains éléments, tels le manque de publicité, les nombreux changements de direction, la fusion avec les autres établissements de l'université 1, l'image unilingue anglophone que projette leur organisation auprès de la population québécoise sont des points à améliorer. Une image plus forte dans la communauté pouvant signifier l'attrait d'un plus grand bassin de clientèle.

« Les enjeux pour nous, ont été d'abord la relation avec les autres établissements de l'université 1. L'hôpital dans un hôpital, c'est un concept que nous, on conçoit très bien, mais que les autres conçoivent mal, parce qu'ils se considèrent tous comme des hôpitaux à l'intérieur d'un hôpital. » (CH1)

« Alors on s'est dit – On a ce réseau informel, il est là... Mais on lui a jamais donné de nom... Et il est là – il existe, mais on est absolument pas connu – c'est un de nos problèmes... on est pas connu. » (CH1)

« Fait que c'est sûr qu'on va garder moi je pense... la niche tertiaire. Il faut garder ça... mais faut qu'on lui donne la place qui lui revient à l'intérieur de l'hôpital. Et c'est là que moi je pense qu'y faut créer des liens plus forts avec la communauté francophone. » (CH1)

Les enjeux perçus, comme il est possible de le constater, ont une portée qui va au-delà des murs de CH1. En effet, plusieurs des enjeux discutés sont des enjeux en lien avec le positionnement de CH1 à l'intérieur du marché des hôpitaux pédiatriques. Ainsi, pratiquement tous les intervenants rencontrés ont mentionné l'importance des activités de marketing pour faire connaître leur organisation. Il semblerait, à leur avis, que leur hôpital possède une notoriété bien établie auprès de la population anglophone, réputation qui est toutefois moindre au niveau de la population francophone du territoire.

Cela dit, il est possible de noter que ces éléments sont des enjeux de nature interne. En effet, personne au sein de cette organisation n'a souligné d'emblée des enjeux de nature externe, enjeux sur lesquels l'organisation n'aurait aucune emprise. Aucun des professionnels ni des gestionnaires rencontrés n'ont abordé, dans un premier temps, la diminution de la natalité au Québec, la création des RUIS, la hausse des coûts des technologies, etc. À ce moment, en fonction des enjeux soulignés par les acteurs rencontrés, les transformations de l'environnement global ne seraient pas l'élément central. Cette perception des enjeux organisationnels laisse supposer que les stratégies engagées par l'organisation seront orchestrées en fonction des enjeux internes perçus et non en fonction d'enjeux de nature externe.

4.1.2 Cas #2 – CH2

En parallèle, c'est en 1907 que le nouvel hôpital francophone pédiatrique s'établit à Montréal. CH2 compta à ses débuts pas plus de douze lits.

En 1910, la régie interne de l'hôpital fut confiée aux religieuses de la Congrégation des Filles de la Sagesse, ce qui permit à CH2 d'inclure à sa mission une mission d'enseignement. Ainsi, dès 1914, CH2 signa son premier contrat d'affiliation universitaire avec l'Université 2. En 1957, CH2 déménagea dans de nouveaux locaux situés à proximité de l'Université 2.

Ensuite, c'est en 1995 que le MSSS désigna CH2 comme le Centre Hospitalier Universitaire mère-enfant du Québec avec un total de 649 lits enregistrés au permis (Les deux hôpitaux pour enfants de Montréal, 1995). Il est à noter que cet événement sera significatif pour CH2 puisque cela signifia une diversification des services offerts. En effet, désormais la clientèle cible n'est plus uniquement la clientèle pédiatrique mais bien aussi la clientèle des mères avec des grossesses à risque. Qui plus est, en 2000, CH2 et l'Hôpital B signèrent un contrat d'affiliation permettant ainsi à CH2 d'inclure à ses services pédiatriques des services de réadaptation (site Internet de CH2, Mars

2006). Il s'agit d'une deuxième modification de l'offre de services de CH2 en cinq (5) ans.

Tout comme CH1, CH2 favorise certaines valeurs qui se traduisent dans le quotidien de l'organisation. De manière plus spécifique, il est question d'un schème de valeurs comprenant sept (7) principaux éléments.

VALEURS ORGANISATIONNELLES – CH2	Tableau II
Cause des mères et des enfants	
Partenaires des patients et des familles	
Engagement des ressources humaines	
Règles d'éthique élevées	
Réseautage avec les autres partenaires	
Innovation	
Rigueur et efficacité	

Les professionnels et gestionnaires rencontrés en entrevue ont tous semblé adhérer à cet énoncé de valeurs. J'irais même jusqu'à dire que tous tenaient sensiblement le même discours. Ils connaissaient toutes les valeurs, pour la plupart, et les soulignaient à plusieurs reprises au cours d'une même entrevue. Souvent, les acteurs rencontrés justifiaient une stratégie ou une orientation organisationnelle par la valeur qui y était associée. Il semble donc que les valeurs organisationnelles pourraient influencer la stratégie de CH2.

De manière plus précise, les acteurs rencontrés ont souligné, entre autres choses, l'importance et la force de l'engagement des ressources humaines, la notoriété de l'hôpital, la prédominance du réseau suprarégional de leur organisation, etc. Voici, à cet effet, quelques citations retenues:

« Vous savez – c'est... ... c'est un rapport très humain et on veut être le meilleur et on prétend être le meilleur. » (CH2)

« En plus, on s'est dit – bon... le seul hôpital qui peut former les résidents de n'importe quelle spécialité pédiatrique, c'est CH2. » (CH2)

« Y a une très bonne médecine qui se pratique au Québec, mais c'est grâce au personnel – pas juste les médecins – tout le personnel médical qui ont du cœur au ventre et qui sont capables de travailler dans des conditions qui sont pas toujours très faciles. » (CH2)

« Oui pis de toute façon, on a une histoire d'aller dans les régions avec notre réseau. Et là, on est en contact avec Québec. » (CH2)

Dans le cas de CH2, les valeurs de l'organisation traduisent du coup les forces de cette dernière. Les forces ressorties font, ainsi, principalement référence à la bonne réputation de l'hôpital dans le réseau. Que ce soit auprès du ministère, de la population, des autres hôpitaux, les membres de cet établissement de santé perçoivent leur organisation comme étant très performante.

En lien avec la question des valeurs, une valeur semble cependant dominante pour les professionnels et gestionnaires de CH2 : la valeur de réseautage. À plusieurs reprises, en cours d'entrevue, ce concept a été abordé. Une traduction bien réelle de cette valeur est probablement le Réseau mère-enfant de CH2. Ce réseau, officialisé à la fin des années 1990, vise principalement à établir un rapprochement entre les organisations de santé et la population afin que tous aient accès à des soins tertiaires et quaternaires rapidement. Ainsi, ce réseau permet aux différents intervenants de partager leur expertise. De manière plus pointue, tel que souligné dans un rapport *X* produit en collaboration avec le CH2 et le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) en 2001, ce réseau vise à répondre aux besoins de certaines clientèles ayant des problématiques ciblées soit : asthme, urgence, pédopsychiatrie, néonatalogie et grossesse à risque élevé à domicile. Ce réseau formalisé est composé de quatorze (14) partenaires reconnus (site Internet CH2) dont Centre hospitalier universitaire de Québec, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Shriners, Hôtel Dieu de Saint-Jérôme, CLSC Côte-des-Neiges, Centre hospitalier de Rouyn-Noranda, Hôpital Maisonneuve-Rosemont,, Centre hospitalier régional du Suroît (Valleyfield),

Centre hospitalier de Val d'Or, le Centre hospitalier Le Gardeur, Hôpitaux pédiatriques canadiens, Cité de la santé de Laval, Centres pédiatriques spécialisés du Québec et Centre hospitalier de Saint-Eustache.

Parmi l'ensemble des partenaires reconnus et officialisés du Réseau mère-enfant, il est possible de noter l'absence de CH1. Dans le même esprit, le rapport *X* en 2001, ne fait aucunement mention de la contribution de CH1 pour l'aspect de la Télésanté. Pourtant, tel que cité préalablement, CH1 avait souligné un certain partenariat avec CH2 pour ce volet bien spécifique.

Tout compte fait, ni CH1 ni CH2 ne reconnaît son acolyte comme un partenaire officiel de son réseau respectif. Ceci dit, cela n'empêche en rien que ces établissements puissent se reconnaître comme partenaires, mais de manière officieuse. Or, l'absence de reconnaissance de partenariat officiel permet de croire que les stratégies poursuivies par ces deux organisations ne seront pas d'emblée des stratégies de collaboration et de partenariat. En effet, si tel était le cas, elles auraient probablement intérêt à officialiser leur partenariat par l'intermédiaire de leur réseau.

Dans un autre ordre d'idées, outre la perception positive de leur établissement de santé, les professionnels et gestionnaires de CH2, tout comme les membres de CH1, dénotent la présence d'enjeux pour leur organisation. À leur avis, ces enjeux obligeront leur établissement à s'adapter à de nouvelles réalités. Les principaux enjeux prononcés font référence aux nouvelles exigences qu'impliquent les partenariats, le virage ambulatoire, l'atteinte des masses critiques, l'évolution démographique de la population, l'évolution de la technologie, etc. :

« [...] il avait décidé de mettre l'emphase sur ce qu'on a appelé le virage ambulatoire [...] Ça veut dire qu'il y a des changements d'attitude, des changements conceptuels. Tous ces changements impliquent une façon de travailler un peu différente. Et je dirais qu'on est un peu au milieu de tout ça aujourd'hui... » (CH2)

« On devrait diminuer le nombre d'urgences. » (CH2)

« Ils ont décidé en fait de fusionner le service de cardiologie et le service de chirurgie cardiaque, parce que c'est des volumes de médecins plus importants – [...] On a des patients à peu près à 90 % communs. » (CH2)

« Le principal enjeu, c'est d'aller chercher toujours la technologie de fine pointe pour la donner – pour l'offrir au Québec enfin. » (CH2)

Pour sa part, CH2 dénote plus d'enjeux de nature externe que CH1. En effet, les membres de l'organisation de CH2 mentionnent des facteurs externes tels l'évolution de la démographie, la mise en réseau, le virage ambulatoire, etc. Cette lecture différente de l'environnement organisationnel influencera fort probablement les stratégies retenues par l'hôpital. À cet effet, il est probable de croire, à ce moment, que CH2 optera davantage pour des stratégies qui viseront autant les enjeux internes qu'externes. À l'opposé, il est probable que les stratégies de CH1 seront orientées surtout vers les enjeux internes, enjeux sur lesquels ils ont un certain contrôle.

Somme toute, le regard que portent les professionnels et les gestionnaires des deux hôpitaux rencontrés sur leur propre organisation s'avère être important dans le cadre de l'analyse réalisée. En effet, il est possible de croire que la lecture qu'ils font de leur organisation influencera leurs stratégies. Ainsi, il est peu probable de croire qu'un établissement concentrera ses énergies à combler un écart qu'ils ne perçoivent pas. La présentation de ces perceptions s'avère donc un point de départ important dans la démarche d'analyse engagée.

4.1.3 Localisation géographique

Dans un autre ordre d'idées, bien que ces deux institutions de santé pédiatriques offrent leurs services sur la même île, elles ont chacune une situation géographique propre qui influence leur bassin de clientèle.

Dans un premier temps, CH2 est situé dans le nord de l'arrondissement Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce. Par cette localisation géographique, CH2 s'avère être plus court d'accès pour la population pédiatrique de la Rive-Nord de Montréal. Pour sa part, CH1 est situé dans l'arrondissement de Ville-Marie. Situé plus au sud de l'île de Montréal, cette localisation géographique permet un accès plus rapide aux gens provenant de la Rive-Sud de Montréal.

Ces deux différentes localisations géographiques ont un impact sur la demande de services de ces deux hôpitaux puisque la clientèle desservie, comme la citation suivante l'indique, regroupe des populations différentes :

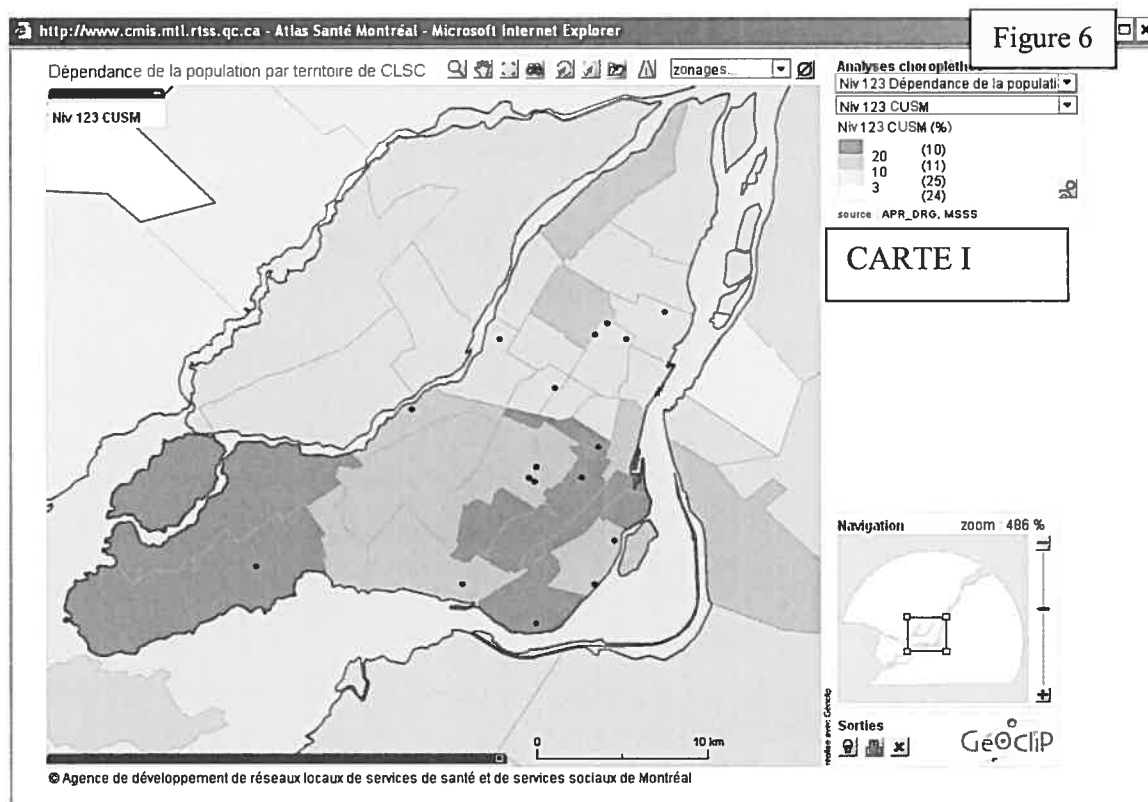
« Les deux hôpitaux n'en desservent pas moins deux populations différentes, CH1 voit surtout des enfants de l'ouest et de la Rive-Sud (incluant la réserve indienne de Khanawake et les populations du Nord québécois) alors que CH2 est surtout visité par des gens de l'est de l'île et de la rive nord. » (Les deux hôpitaux pour enfants de Montréal, 1995, 2).

De manière plus spécifique, voici deux cartes qui tracent la répartition géographique de la population desservie par les deux hôpitaux pédiatriques de la région montréalaise. Les répartitions géographiques de ces cartes ont été créées à partir des bases de données de MED-ECHO pour les soins tertiaires et quaternaires offerts à la population du grand Montréal en 2003-2004.

Les données présentées à la Carte 1 représentent la dépendance de la population pour le centre universitaire 1 « *L'indice de dépendance mesure la capacité d'un hôpital à répondre à la demande de soins d'un territoire donné. Plus l'indice est élevé, plus un établissement est capable de répondre à la demande de soins d'une région* » (Atlas Santé Montréal, Septembre 2005). Les régions les plus ombragées sont celles ayant une plus grande dépendance de la population pour les centres hospitaliers du réseau universitaire 1; les zones les plus pâles étant des régions où la dépendance est moins importante. CH1 étant membre d'un consortium, il fut impossible d'obtenir une carte de la zone d'attraction hospitalière représentant uniquement CH1. Malgré cet état de fait, il n'en demeure pas moins que les zones les plus ombragées représentent bien

la population desservie par CH1. En effet, tel que mentionné par CH1 dans son guide *U* :

« Près des deux tiers des patients admis à CH1 proviennent de la région métropolitaine de Montréal, où le taux de croissance du groupe des 0 à 19 ans devrait demeurer stable au cours des prochaines années. À peine un peu plus d'un cinquième de nos patients proviennent de la région de la Montérégie, la région qui représente le deuxième taux de croissance en importance au Québec. La plus forte croissance démographique devrait se faire sentir du côté de la région des Laurentides-Lanaudière, une région qui ne fournit actuellement que 4 % de notre clientèle. Enfin, près de 10 % de nos patients proviennent d'autres régions du Québec et 4 % de l'extérieur de la province. » (U, 2001, p. 29).

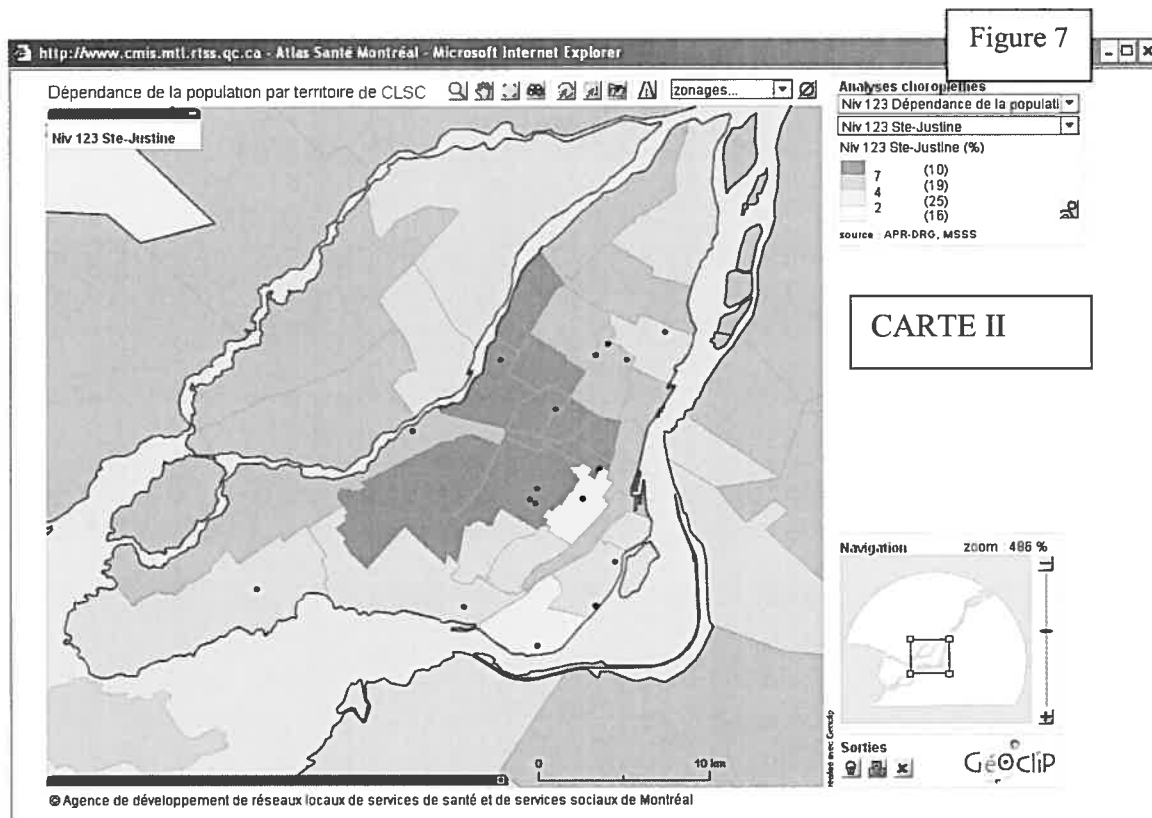


(Site Internet ASSS Montréal, Septembre 2005)

Pour sa part, la carte de CH2 (CARTE II) représente la dépendance de la population pour cet établissement. L'étude de cette carte permet de constater que l'hôpital dessert, en plus de la population infantile de l'île de Montréal, une grande partie de la population de la région des Laurentides et de

Lanaudière. Cette représentation graphique traduit bien les dires de CH2 à savoir que :

« Soixante-cinq pourcent (65 %) de la clientèle pédiatrique ne provient pas de la région de Montréal-Centre. Cette tendance s'accroîtra au cours des prochaines années...Les transferts d'autres établissements représentent un peu plus de 12 % de la clientèle pédiatrique hospitalisée à CH2. » (T, 1996, p. 8)



Site Internet ASSS Montréal, Septembre 2005)

Enfin, à la lecture de ces cartes, il semble à propos d'ajouter quelques spécifications sur les territoires desservis. Ainsi, l'île de Montréal est une île qui regroupe vingt-sept (27) arrondissements répartis sur un territoire de 495 km². 1 812 720 personnes habitent cette île dont 366 510 sont âgées de moins de 18 ans, ce qui représente 20,2 % de la population totale en 2001 (ADRSSS, Septembre 2005). Cependant, si l'on y inclut l'ensemble des agglomérations avoisinantes, le chiffre total d'habitants de la grande région montréalaise est

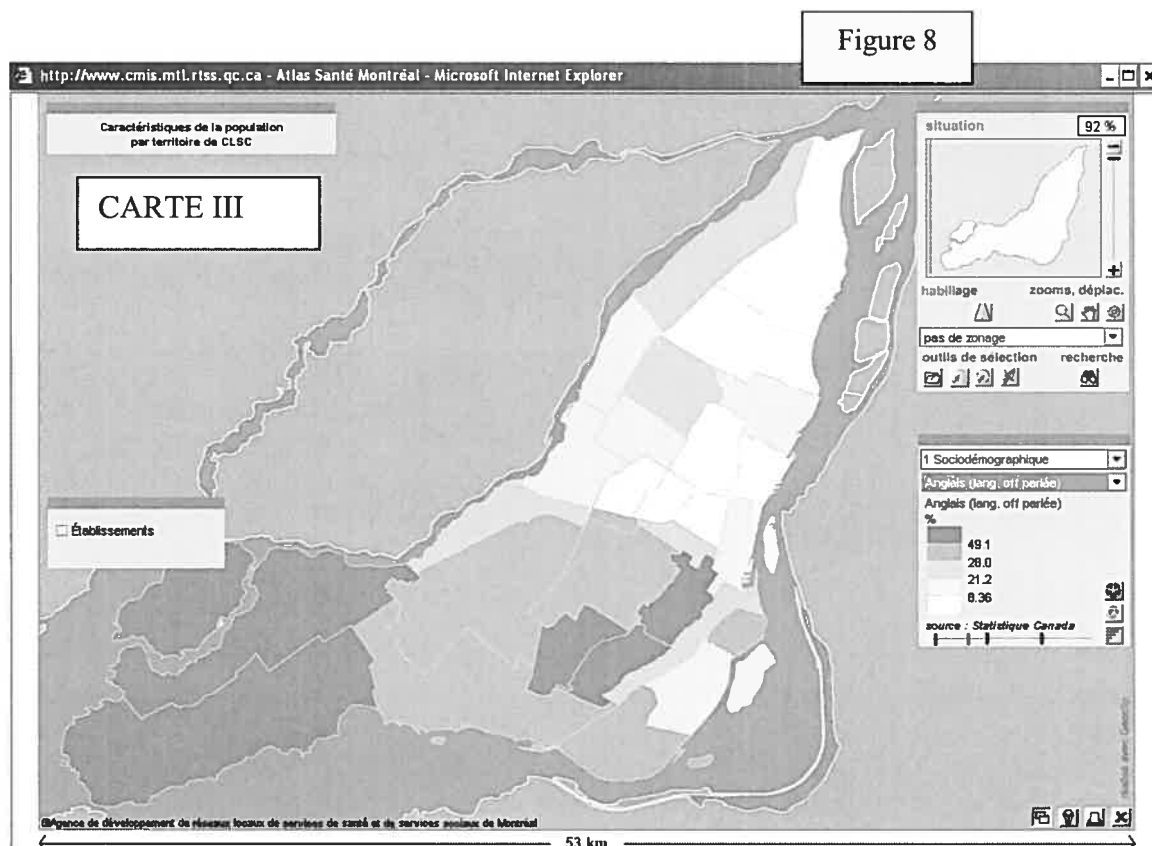
plutôt de 3 426 350 (Consulat Général de France à Montréal, Septembre 2005). Selon le site de la ville de Montréal (2005), bien qu'en moyenne l'île de Montréal affiche une densité de 3 678 habitants au kilomètre carré, certains secteurs ont une population plus dense. Ainsi, les arrondissements les plus peuplés sont, par ordre décroissant, Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce, Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension, Rosemont–Petite-Patrie et finalement, Mercier–Hochelaga-Maisonneuve pour ne nommer que ceux-là, avec respectivement 163 110, 145 485, 131 318 et 128 440 personnes en 2001. De plus, ces arrondissements comptent parmi leur population une proportion importante de gens âgés de moins de 18 ans. En effet, Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce regroupe une population d'âge mineur de près de 32 530 individus, Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension 31470 enfants, Rosemont–Petite-Patrie 22 295 et finalement, Mercier–Hochelaga-Maisonneuve avec 23 935 personnes âgées de moins de 18 ans.

Enfin, force est de constater que la zone de dépendance de la population combinée avec la démographie de ces arrondissements semble favoriser CH2 en raison de sa situation géographique. Ceci dit, cet aspect sera traité plus amplement ultérieurement.

4.1.4 Linguistique

Un bref rappel historique permet de comprendre que la question de la langue parlée par les individus des arrondissements desservis revêt un caractère important pour les hôpitaux pédiatriques de Montréal. Au tout début du siècle, soit autour des années 1920-1930, la population anglophone représentait environ 60 % de la population montréalaise (Lapointe, septembre 2005). Au même moment, la proportion d'anglophones ne représentait qu'un faible 10 % de la population ailleurs au Québec. Ceci explique en bonne partie les origines linguistiques de CH1. Ceci dit, au fil des ans, les tendances linguistiques changèrent à Montréal. La proportion des anglophones diminua constamment

pour se situer actuellement à un taux de 24,1 % (Institut de la statistique du Québec, septembre 2005). La plus forte proportion d'anglophones étant maintenant regroupée, de manière non exhaustive, dans les arrondissements Côtes-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce, Villeray–Saint-Michel–Parc-Extension, Dollard-des-Ormaux–Roxboro et Lasalle (Annuaire statistique des arrondissements, 2001). Enfin, en corroborant ces données avec celles des cartes de dépendance de la population, il ressort qu'une grande partie des territoires desservis par le réseau universitaire 1, donc par CH1, regroupe des arrondissements dont une forte proportion de la population parle uniquement anglais. La carte III divise à cet effet le territoire montréalais en fonction des gens parlant uniquement la langue anglaise, et ce, par arrondissement.



Site Internet ASSS Montréal, Septembre 2005)

L'évolution linguistique des dernières décennies à Montréal, soit l'évolution d'une société majoritairement anglophone vers une société généralement

francophone, eut un impact au niveau de la stratégie des organisations de soins de santé. En effet, afin de desservir le plus de population possible, CH1 passa d'une logique d'établissement anglophone à une logique d'établissement de santé bilingue. Les planifications stratégiques de cet établissement témoignent clairement de l'évolution de la stratégie de cet hôpital. Voici donc un exemple de l'évolution des visions en lien avec une transformation majeure de l'environnement organisationnel:

« Bien que nous demeurions un établissement de santé désigné pour dispenser des services de santé aux enfants anglophones, nous maintiendrons et consoliderons notre habileté à servir les enfants des diverses communautés culturelles et linguistiques du Québec. » (R 1992-1996, 1996, p. 39)

« CH1 est l'hôpital pédiatrique. Cet établissement bilingue s'emploie à jouer un rôle de chef de file dans le domaine des soins et du traitement des nourrissons, des enfants et des adolescents malades, à fournir un soutien aux familles et à défendre les droits des enfants afin que ceux-ci puissent développer leur plein potentiel. » (O, 2002, p. 3)

Malgré les modifications qu'a entreprises CH1 au cours des dernières années pour s'adapter à l'évolution linguistique de la population montréalaise, il n'en demeure pas moins que la question linguistique est toujours d'actualité. En effet, pour les professionnels et gestionnaires rencontrés à CH1, CH1 est, dans les faits, un établissement bilingue. Or, à leur avis, l'impression partagée dans la collectivité n'est pas nécessairement celle d'un établissement parfaitement bilingue. Selon plusieurs, la population montréalaise et québécoise croit, à tort, que CH1 est toujours un centre hospitalier unilingue anglophone. Le marketing de l'établissement serait, en ce sens, problématique. La promotion du bilinguisme des professionnels de CH1 revêt pourtant, à leur avis, un aspect stratégique pour leur organisation.

Étant donné la concentration de population francophone à Montréal et aux alentours, une perception erronée de leur organisation pourrait conduire à un achalandage moindre que celui auquel l'organisation pourrait s'attendre; la

population francophone préférant se prévaloir de services de santé offerts en français. Or, si l'établissement était reconnu au sein de la population montréalaise pour son bilinguisme, tel que décrit par les professionnels et gestionnaires rencontrés, CH1 pourrait, selon toute vraisemblance, avoir accès à un bassin de clientèle potentiel plus large, donc éventuellement un achalandage plus important. Voici les principaux commentaires recueillis à CH1 concernant les compétences linguistiques des professionnels de l'établissement :

« Il va y avoir des défis importants parce que la langue reste un défi. Et ici, y a beaucoup de bilinguisme – moi j'ai travaillé ici y a 20 ans déjà... et maintenant, je dis toujours que je perds mon anglais... » (CH1)

« Nous, on a un mandat... de servir non seulement la population francophone... On a un avantage si on veut... on sert aussi la population, la minorité anglophone. » (CH1)

« Alors il faudrait éliminer la perception qu'on est ici juste pour donner des soins aux allophones et aux anglophones – en fait, 60 % de notre clientèle, est francophone. » (CH1)

« On est bilingue. [...] Mais on vend pas notre image bilingue. On reste dans la tête des gens un hôpital anglophone et CH2... se fait un plaisir OK de le passer là! » (CH1)

À l'opposé, les gens interviewés à CH2 voient majoritairement le statut francophone de leur établissement comme un atout; la population de Montréal et du Québec étant majoritairement francophone. Dans cet ordre d'idées, certaines personnes rencontrées à CH2 croient détenir un avantage stratégique sur leur opposant, CH1, puisque, à leur avis, ils sont en mesure de desservir un bassin de clientèle plus important.

Enfin, une seule personne rencontrée à CH2 affirme que la langue est un enjeu de taille pour l'hôpital puisque le français ne permettrait pas de rejoindre l'ensemble de la population :

« Je pense que le nom – l’affiliation à l’université, ça, c’est des choses. Le bilinguisme – CH2... est unilingue, ce qui est aberrant lorsqu’on a la mission que CH2 s’est donnée – pour des raisons politiques encore une fois, dans la charte de CH2, on est unilingue. » (CH2)

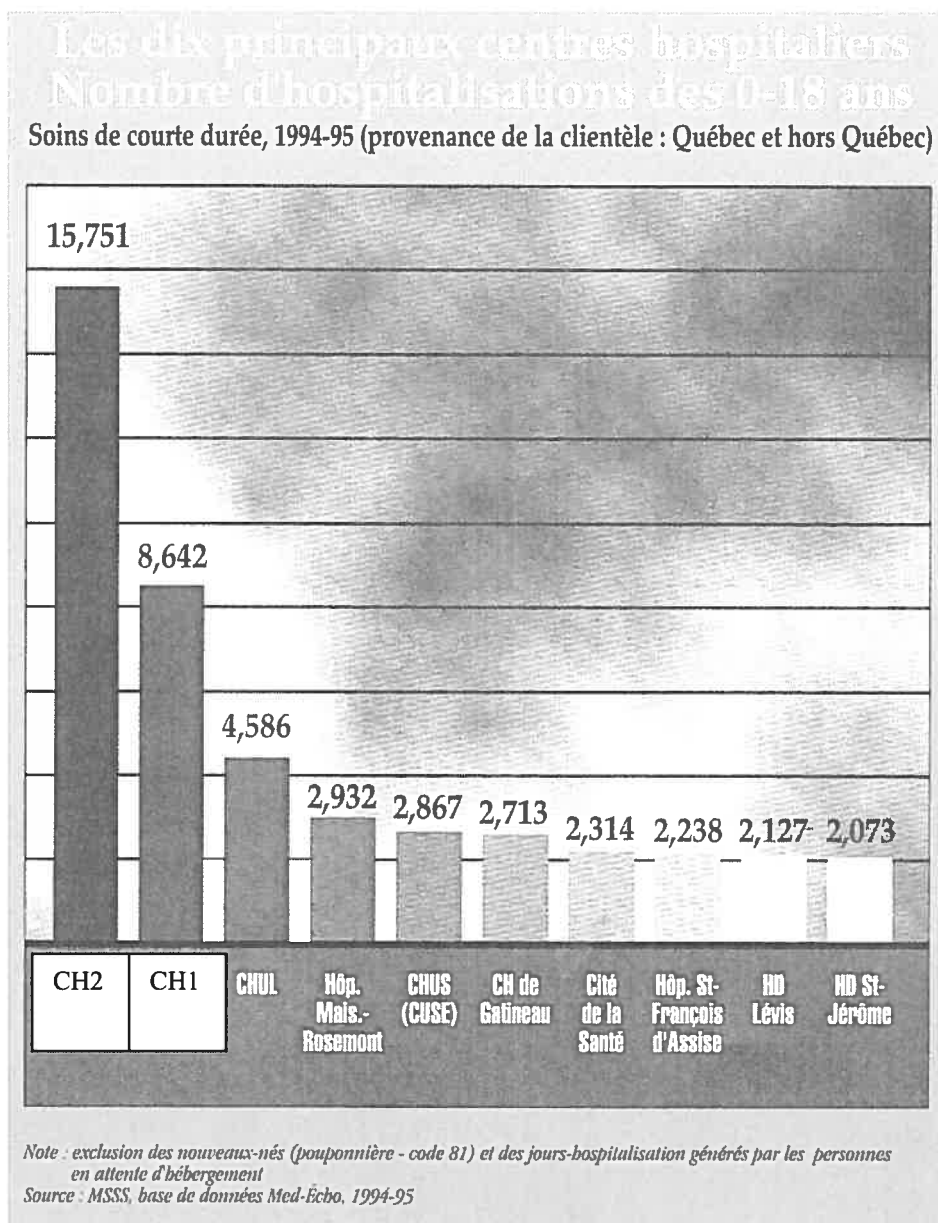
Au niveau stratégique, il semble donc en regard des dires de tous les professionnels et gestionnaires rencontrés, que les compétences linguistiques des professionnels d’un établissement ont une importance stratégique. L’établissement qui est en mesure de répondre le plus adéquatement à son marché, dans le cas présent d’offrir des services à la fois francophones et anglophones à la population, sera favorisé. En effet, en s’adaptant aux caractéristiques linguistiques de la population, l’établissement de soins de santé pédiatriques augmente ses chances d’attirer une plus grande proportion de clientèle; un achalandage plus important signifiant, entre autres choses, des masses critiques plus importantes et donc un avantage certain pour le recrutement d’éminents spécialistes.

4.1.5 Marché provincial

En plus des deux principaux hôpitaux pédiatriques sur l’île de Montréal, la province de Québec compte d’autres institutions offrant des soins de santé pédiatriques. Ces hôpitaux jouent un rôle important dans la dispensation de soins de santé pédiatriques puisqu’ils représentaient, en 1994-1995, 21,8 % du nombre total des hospitalisations d’enfants de 0 à 18 ans pour l’ensemble de la province de Québec. En guise de comparaison, CH2 recevait alors 15,6 % des hospitalisations pédiatriques totales et CH1 8,6 % (voir tableau III) (U, 2001). Parmi l’ensemble de ces dix (10) centres hospitaliers, trois (3) d’entre eux font partie de la grande région de Montréal, c’est-à-dire l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont, la Cité de la santé de Laval et l’Hôpital de Saint-Jérôme avec respectivement 2,93 %, 2,31 % et 2,07 % des hospitalisations pédiatriques du Québec. Pour ce qui est des autres hôpitaux, notons que ceux-

ci se retrouvent ailleurs dans la province de Québec regroupés surtout près des grands centres urbains comme Québec et Sherbrooke.

Tableau III – Hôpitaux desservant la population infantile au Québec



(Planification stratégique 1996-2000, CH2, 1996)

La présence de ces différents dispensateurs de soins de santé pédiatriques est considérée par les gens rencontrés en entrevue, mais à un niveau moindre étant donné leur positionnement à l'intérieur du marché :

« Mais il y a trois hôpitaux qui prétendent au Québec faire à peu près tout en pédiatrie. C'est le CHUL de Laval, CH1, du côté anglophone à Montréal et CH2. » (CH2)

« Nous on fait référence avec six autres hôpitaux sur le territoire et on en a un dans la province – c'est nous et CH2... à peu près... l'HMR existe, mais on s'entend que c'est ça. » (CH1)

Ainsi, en réponse à la question concernant le marché de soins de santé pédiatriques, CH2 et CH1 avaient plutôt tendance à se comparer l'un et l'autre. Les professionnels et les gestionnaires, en fonction de leur lecture personnelle du marché, décrivaient leur opposant sous différents angles. Un élément demeurait cependant commun aux deux établissements rencontrés, le grand intérêt et le dévouement qu'ils portaient à leurs jeunes patients : *« En pédiatrie, [...] il y a un sens du dévouement qui dépasse de beaucoup les exigences du travail. Et il y a un sens de la loyauté et de l'appartenance aussi à cette clientèle-là... qui est très élevé. » (CH1)*

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs personnes rencontrées décrivent leur marché immédiat en fonction du volume d'activités observé chez leur opposant. Ainsi, les membres de CH2 relèvent que CH1 possède un volume moindre de patients. Pour certains, un volume moindre d'activités peut se traduire comme un avantage stratégique pour CH1. Ce dernier recevant moins de clientèle, les professionnels auront plus de temps à accorder à chacun des patients. Dans le même esprit, des volumes plus petits permettraient d'avoir des listes d'attente moins importantes.

D'un autre côté, certaines personnes rencontrées à CH2 croient que CH1 n'est pas un établissement comparable au leur puisque les volumes sont trop petits.

Ils seraient plutôt portés à se comparer au *Toronto Sick Children* qui, à leur avis, est plus semblable à leur établissement. Dans cet ordre d'idées, un volume plus grand serait le gage d'un avantage stratégique certain.

« Y a un gros... gros parce qu'y a du volume... c'est CH2. Pis y en a un qui a moins de volume, c'est le CH1 – tout le monde s'entend là-dessus aussi. » (CH2)

« Donc être un patient, des fois, y a tout une plus-value à aller au CH1 parce que y ont plus de personnel, y ont plus de locaux pour le nombre de patients. Ils sont tout petits, mais comme ils voient tellement moins de patients, des fois, ça peut être – les listes d'attentes sont moins longues... T'sé... ils ont – c'est quasiment avantageux. » (CH2)

« CH2, on est nettement je vous dirais pas mieux nantis en ressources, mais au niveau débit, au niveau... au niveau fonctionnement, je pense qu'on est nettement plus avancés que CH1. » (CH2)

« Quand on est au CH1, [...] ces gens-là se définissent toujours en fonction de ce qui se passe à CH2. Il y a... à mon avis, y a un réflexe qui est d'imiter ce qui se fait déjà ailleurs... si on veut être à égalité avec quelqu'un qui est plus grand que vous, c'est toujours plus difficile que de regarder quelqu'un qui en fait moins. » (CH2)

De leur côté, les membres de CH1 ne perçoivent pas nécessairement tous leur hôpital comme étant un hôpital à petit volume. Certains reconnaissent avoir moins d'espace disponible pour recevoir la clientèle alors que d'autres prétendent, à l'inverse, avoir un volume plus important qu'à CH2, et ce, surtout au niveau des visites à l'urgence:

« D'abord le CH1 voit 5 à 7 000 patients de plus par année que CH2 en urgence! » (CH1)

« De la part du CH1, nous, on veut pas être LE centre – on sait qu'on pourrait pas – on n'a pas les mêmes volumes. » (CH1)

« La compétition de Wal-Mart, dans le fond, c'est d'avoir vendu – moi je compare, je suis un peu méchante mais je compare... CH2 un petit peu à ça, c'est le Wal-Mart de la pédiatrie. » (CH1)

En analysant plus en détails les commentaires cités précédemment, il est possible de constater que les discussions portant sur les volumes d'activités soient un bon indice des relations probables existantes entre les deux organisations. En effet, les commentaires tels que « *on est nettement plus avancés* » (CH2) ou bien CH2 « *[...] c'est le Wal-Mart de la pédiatrie* » (CH1) ou encore « *ils sont tout petits mais comme ils voient tellement moins de patients* » (CH2) laissent croire que les hôpitaux pédiatriques ne se considèrent pas comme étant des établissements d'égal niveau. Les adjectifs utilisés pour décrire l'établissement voisin portent à croire que les stratégies adoptées ne seront pas nécessairement des stratégies de collaboration; la collaboration impliquant une reconnaissance des forces des deux parties. L'image associée à ces citations laisserait plutôt croire, à ce moment, à une relation de compétition. La suite de l'analyse nous en dira davantage sur cette impression.

Au-delà des volumes d'activités, les établissements pédiatriques de la grande région montréalaise se comparent en termes de masses critiques. Comme pour le sujet des volumes d'activités, le concept des masses critiques n'est pas abordé de la même manière d'un établissement à l'autre. Pour CH1, les masses critiques sont un atout essentiel au bon fonctionnement de leur organisation. De manière plus pointue, certains nous ont même dit en cours d'entrevue, que pour atteindre les masses critiques nécessaires dans certains secteurs d'activités, il serait judicieux de concentrer toute la pédiatrie dans un seul hôpital ou à tout le moins, concentrer certains programmes dans un même établissement.

Ainsi, les masses critiques pour CH1 influencent fortement sur la stratégie organisationnelle. Il est question, en effet, de stratégies de complémentarité ou d'intégration pour favoriser l'atteinte de masses critiques:

« Alors pour fonctionner, il faut avoir une masse critique minimale... qui inclut quasiment toutes les spécialités pour un centre universitaire comme CH2. » (CH2)

« L'idéal... ce serait d'avoir des chirurgiens qui opèrent chacun de leurs mains à peu près 200 patients par année. Donc on se rend compte que si on en a deux pour opérer 200 patients, chacun n'est pas soumis à l'expérience optimale parce qu'y faut garder des compétences dans ce domaine. C'est des domaines extrêmement pointus, donc il faut une masse critique de patients. » (CH2)

« ... on a pas assez de volume pour avoir... pour détricoter... c'est tricoté serré... C'est les soins intensifs, c'est l'ensemble du programme. Donc ça, c'est notre façon de voir... Tandis que si tu vas dans une ville comme Paris, ben là, tu peux avoir la neurochirurgie toute à un endroit, le spécialiste de telle bébelle en chirurgie... » (CH2)

À l'opposé, le discours de CH1 à propos des masses critiques est bien différent du discours de CH2. En entrevue, plusieurs membres de CH1 ont fait référence aux nouvelles recherches scientifiques minimisant l'importance des masses critiques. Cette littérature placerait plutôt en avant plan l'approche par résultats au détriment des masses critiques.

Dans ce contexte, il est fort à parier que l'atteinte de masses critiques n'influencera pas la trajectoire organisationnelle de CH1 comme c'est le cas pour CH2. Voici donc quelques commentaires recueillis par les professionnels et gestionnaires rencontrés :

« Ça, ça... c'est en train de mourir de sa belle mort, les fameuses masses critiques. Ç'a été un bon discours qui a tenu la route pendant à peu près 15 ans... où on a prétendu que plus on faisait d'une affaire et mieux on était. C'est ça les masses critiques. » (CH1)

« Et je pense qu'au-delà des masses critiques, il faut aussi aller voir les résultats. Quand on parle de masse critique... c'est une chose mais quels sont les résultats... Je pourrais bien avoir un programme, mais si j'ai trois neurochirurgiens, par exemple, et

que les résultats cliniques ne sont pas concluants, c'est pas le nombre qui va justifier. » (CH1)

« Je vais vous répondre que en fait, les masses critiques y a de plus en plus dans la littérature qui montre que c'est la qualité des soins et qu'y faut regarder les outcomes. C'est sûr qu'y a beaucoup de littérature qui dit qu'y faut une masse critique... Mais en fait, y a de plus en plus pour certaines choses, une littérature qui sort et qui démontre que ce qu'y faut, c'est en fait l'ensemble de masse critique... » (CH1)

Le fait que CH1 minimise l'importance des masses critiques est tout de même surprenant dans le contexte actuel. Bien que son argumentaire soit établi au niveau scientifique, il n'en demeure pas moins que le financement actuel des hôpitaux, la rétention et l'embauche de spécialistes s'appuient, entre autres choses, sur l'atteinte de volumes et de masses critiques considérables.

Comment alors la stratégie de l'organisation peut-elle ignorer cet élément? Serait-il possible de croire qu'elle ignore cet élément volontairement parce qu'il ne la favoriserait pas actuellement? Quoi qu'il en soit, les masses critiques n'influenceront pas de la même manière les deux établissements pédiatriques puisque leur perception de ce même concept est diamétralement opposée.

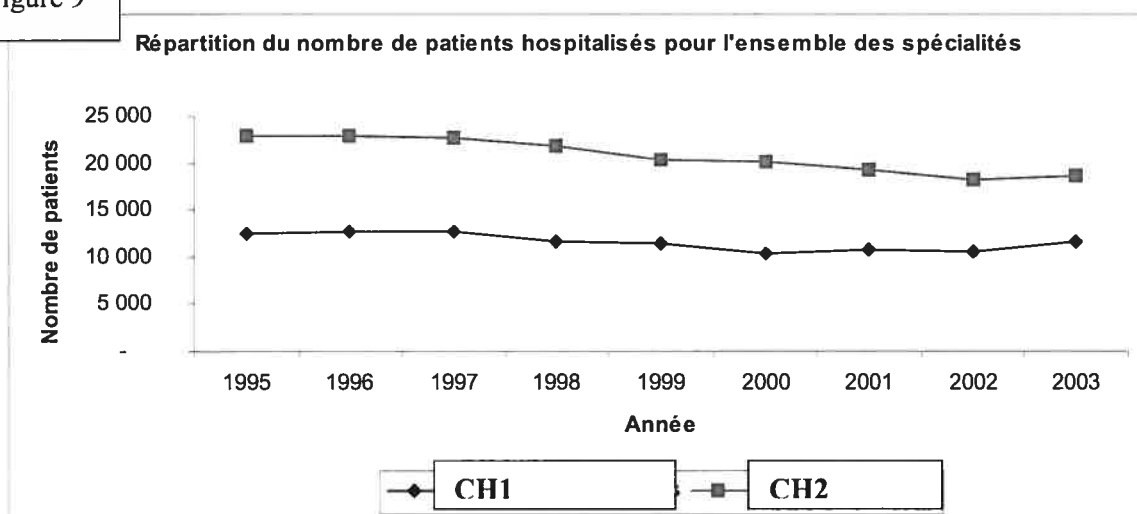
Enfin, pour donner suite à la question des volumes et des masses critiques, nous avons poussé l'analyse quelque peu. Pour ce faire, nous avons utilisé une compilation de données provenant de MED-ECHO (2005) pour les années allant de 1995 à 2003. Il est à noter que le choix des spécialités repose sur la proposition des deux directeurs des services professionnels rencontrés lors des rencontres préliminaires.

Première constatation, dans l'ensemble des spécialités compilées, le nombre de patients à CH2 a diminué entre 1995 et 2003. Cette diminution est survenue plus particulièrement au cours des années 1997 et 1998, soit au cours de l'année de l'entrée en vigueur de la loi sur le virage ambulatoire.

Ensuite, toutes les spécialités ont connu une baisse en 2002, suivie d'une croissance en 2003.

Malgré une diminution de l'achalandage à CH2 depuis les dernières années, il n'en demeure pas moins que cette tendance n'est pas celle observée du côté de CH1. En effet, la moyenne des patients hospitalisés au cours des années à CH1 entre 1995 et 2003 est demeurée relativement stable. Voici donc l'illustration de la consommation des services depuis les dix dernières années :

Figure 9



Ensuite, le nombre de patients dans la catégorie nouveau-nés diminue de façon constante de 1995 à 2003 et cela, dans toutes les spécialités à l'exception de la cardiologie, et ce, pour les deux hôpitaux. Autre fait intéressant à noter, la catégorie des 0-5 ans, pour CH2, est la catégorie de patients qui connaît la plus forte diminution, et ce, pour toutes les spécialités. Étant donné qu'il s'agit de la plus importante catégorie de patients en termes de nombre, il est évident que cela crée un effet à la baisse sur le total des patients de l'hôpital.

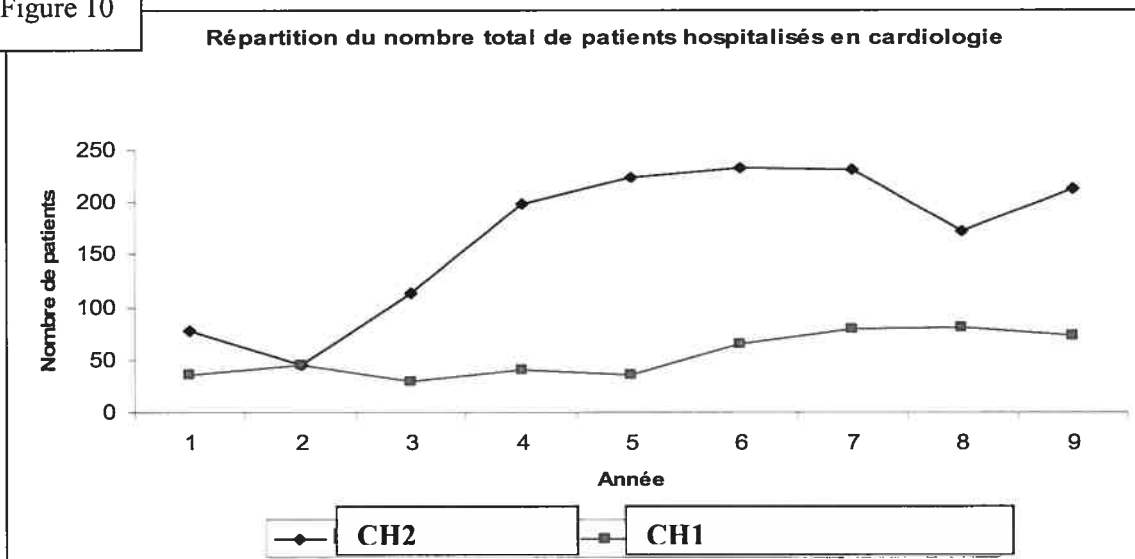
De manière plus spécifique, les programmes spécialisés évoluent, pour leur part, différemment. Parallèlement à cet état de fait, un professionnel-clinicien

rencontré soulignait qu'une diminution de l'utilisation des services spécialisés pouvait, entre autres choses, s'expliquer par l'augmentation des IVG médicales. Ces interventions auraient pour conséquences de diminuer le nombre de naissances d'enfants lourdement atteints et nécessitant des soins spécialisés : *« Faut comprendre – et c'est pas mauvais, je pose aucun jugement par rapport à ça, au contraire – mais faut comprendre que de plus en plus le diagnostic anténatal fait en sorte que beaucoup de malformations qu'on voyait autrefois n'arriveront pas jusqu'à la naissance par choix parental, et encore là, c'est vraiment un choix parental qu'on respecte. »* (CH2). Ceci dit, la plupart des gestionnaires et professionnels rencontrés étaient d'avis que les spécialités de niveau tertiaire et quaternaire n'étaient pas des spécialités en baisse.

Ainsi, au niveau de la cardiologie, pour CH2, on note une augmentation importante du nombre de patients. L'augmentation est survenue en 1996 avec 153,3 % d'augmentation par rapport à l'année précédente. Le nombre de patients en cardiologie est passé de 77 en 1996 à 213 en 2003. À l'intérieur de cette spécialité, c'est la catégorie de patients de 0-5 ans qui connaît la plus forte augmentation (325 % en 1997 par rapport à l'année 1996). C'est pourtant cette même catégorie qui connaît la plus forte diminution en 2001 avec -30,6 % par rapport à 2000. Du côté de CH1, on observe la même tendance en ce qui a trait à la cardiologie, soit une augmentation significative de 1995 à 2003 du nombre de patients, et ce, dans toutes les catégories d'âge. Le nombre de patients est passé de 35 en 1995 à 73 en 2003 (108,6 % d'augmentation). L'augmentation la plus forte est survenue en 2000, avec 80,6 % d'augmentation par rapport à 1999. Selon un rapport publié par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec, les hausses au niveau des services de cardiologie sont attribuables à certains facteurs très précis dont les investissements, l'évolution scientifique et les critères d'admissibilité:

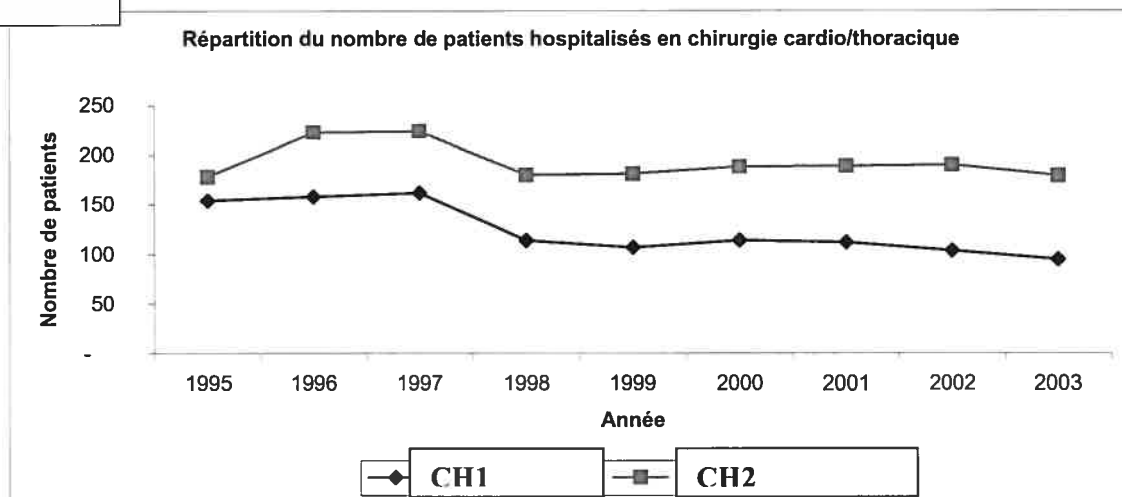
« [...] l'évolution de la science et le développement de nouvelles technologies offrent des possibilités thérapeutiques plus étendues [...]. L'augmentation supplémentaire est attribuable à l'élargissement des indications et des critères de sélection » (MSSS, 2000, p.9).

Figure 10



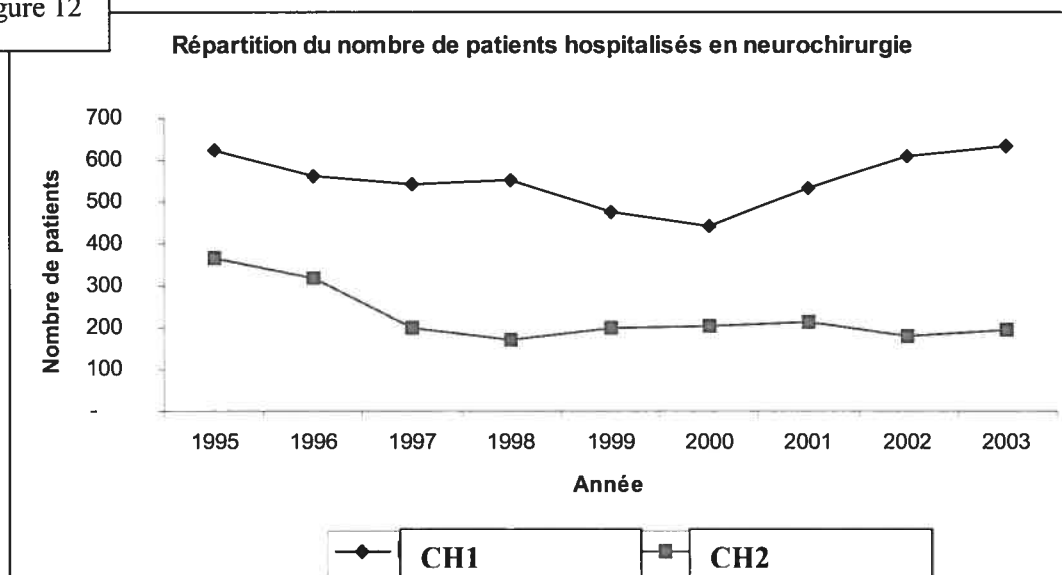
À l'opposé de la cardiologie, le nombre de chirurgies cardio-thoraciques n'a pas connu de hausses significatives au cours des dernières années, et ce, dans les deux hôpitaux pédiatriques. Ceci dit, bien que CH2 ait connu une hausse de ses chirurgies, entre 1995 et 1997, une hausse de l'ordre de 25 %, il n'en demeure pas moins qu'en 1998 le nombre de chirurgies diminua de 24 % pour ainsi revenir à 180 chirurgies annuellement. Ce nombre demeura sensiblement le même jusqu'à 2003. Suivant une tendance similaire, CH1 a vu le nombre de ses chirurgies cardio-thoraciques augmenter au cours des mêmes années. Cette augmentation fut cependant moindre que celle connue par CH2 puisqu'elle représenta une hausse de l'ordre de 5 %. Ensuite, en 1998, le nombre des chirurgies cardio-thoraciques réalisées diminua, de manière plus marquée, de 42 % pour se situer à 114 interventions. Ce nombre demeura passablement stable jusqu'en 2003.

Figure 11



Pour sa part, le programme de neurochirurgie connaît une courbe d'hospitalisation différente de celle rencontrée dans les autres programmes spécialisés. Dans un premier temps, il est à noter que le nombre de neurochirurgies réalisées est plus important à CH1 qu'à CH2. C'est une première tendance qui diffère de celle présente dans les autres programmes spécialisés. À cet égard, la majorité des gestionnaires et professionnels rencontrés à CH1 ont souligné l'importance et la prestance de leur unité de neurochirurgie : « *La complémentarité [...] Alors si y a une masse critique quelconque par exemple en neurochirurgie... pis que l'expertise est ici, je vois pas pourquoi dans le fond on dirigerait les enfants à un autre établissement...* » (CH1).

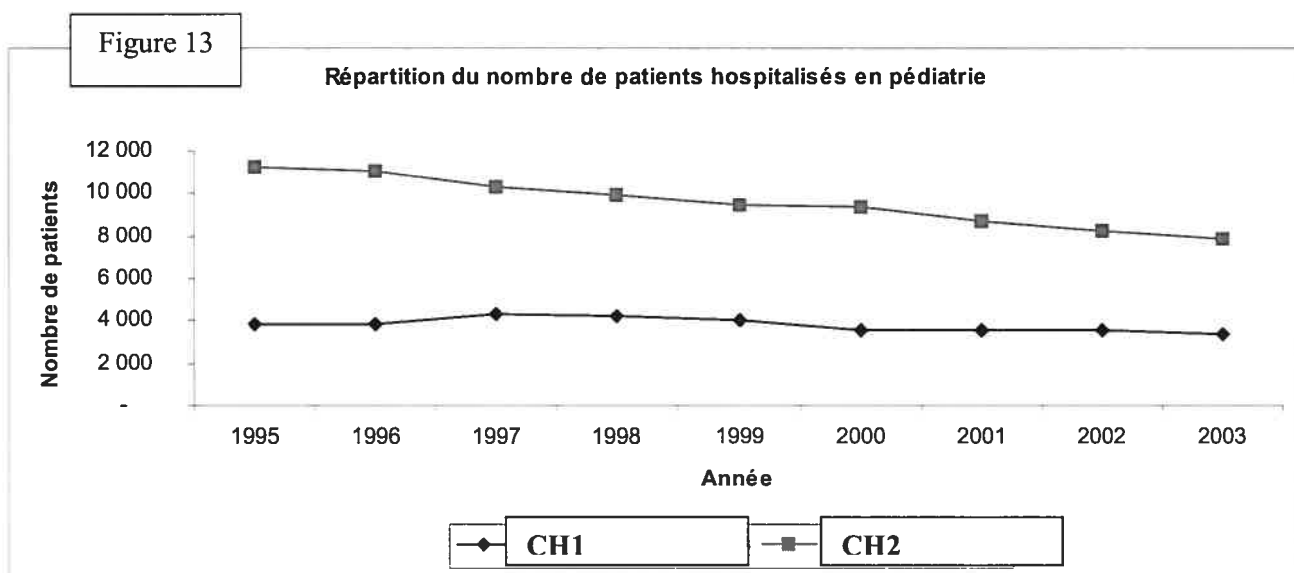
Figure 12



Ceci étant dit, de 1995 à 1998, les deux hôpitaux pédiatriques diminuèrent leur nombre d'interventions réalisées en neurochirurgie. Cette courbe négative se prolongea, à CH1, jusqu'en 2000. De manière plus précise, ceci représente une diminution de 185 interventions réalisées, soit une diminution de 41 %. Ensuite, à l'opposé des autres programmes, CH1 connut une hausse significative de ses interventions. En effet, à compter de l'année 2000, 193 cas supplémentaires furent réalisés. Ceci se traduit par une hausse de l'activité de 30 % en quatre ans. De son côté, CH2, de 1998 à 2003, connut une légère hausse de ses activités de neurochirurgie se traduisant par une hausse de 11 % où le nombre maximal d'activités réalisées correspond à 215 interventions. Étant donné le niveau de soins impliqué, il est possible de croire que la hausse des activités dépend principalement des mêmes critères que celle constatée au niveau du secteur de la cardiologie. Ainsi, l'augmentation des investissements, l'évolution scientifique et l'assouplissement des critères d'admissibilité permettraient d'expliquer cette augmentation. Par contre, une diminution pourrait s'expliquer par le manque de disponibilité des spécialistes comme cela est effectivement le cas pour ces spécialités.

Après avoir discuté de l'évolution dans le temps de certains programmes spécialisés, il s'avère important de comprendre l'évolution des programmes

plus généraux, ces programmes dits primaires et secondaires. Dans cet ordre d'idées, CH2 pour les années allant de 1995 à 2003, a vu sa clientèle hospitalisée de la spécialité pédiatrie diminuer de manière constante. C'est en fait une baisse représentant 3401 hospitalisations au cours de ces neuf années. Ceci correspond, en termes statistiques, à une diminution de l'ordre de 43 %. Selon l'avis de la majorité des gestionnaires rencontrés en entrevue à CH2, ceci correspondrait bien à la stratégie de l'organisation soit de diminuer les services offerts au niveau primaire et secondaire afin de concentrer les énergies sur les services tertiaires et quaternaires. De son côté, CH1 est demeuré relativement stable quant à ses hospitalisations dans la spécialité pédiatrie. En effet, en 1995 le nombre de jeunes patients hospitalisés dans cette catégorie était 3851 individus pour 3394 en 2003, soit une légère diminution de 13 %.



Enfin, dresser le portrait des principales activités de médecine interne nous donne une bonne idée de l'évolution de l'offre de soins et de services pédiatriques au cours des dernières années. Ceci dit, ce portrait ne serait pas aussi complet si nous n'abordions pas quelques éléments de médecine externe, ces activités dites de médecine ambulatoire.

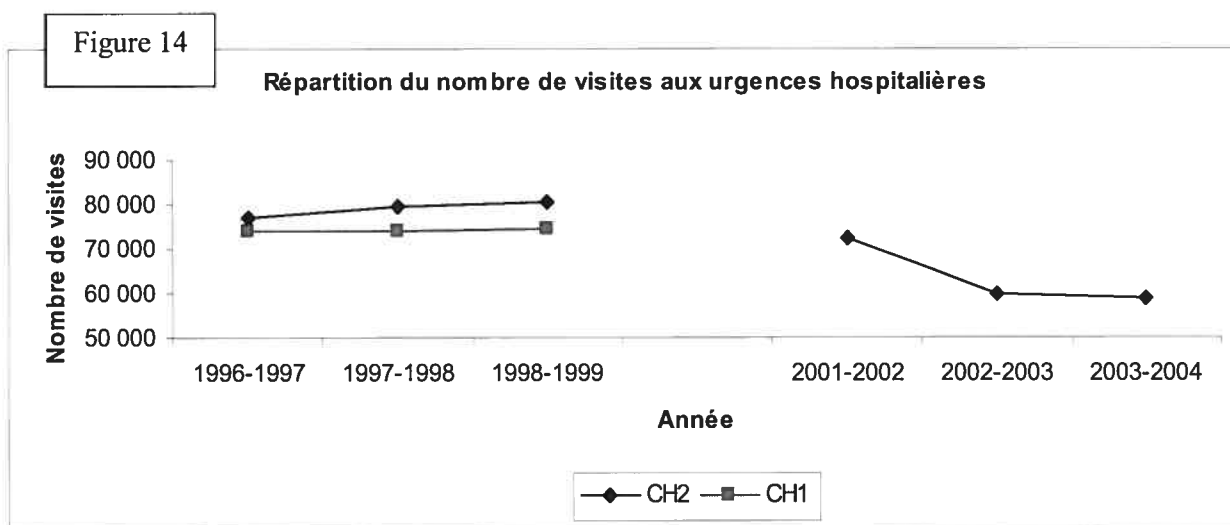
Dans un premier temps, notons que les données dont nous disposons pour traiter de ces éléments sont plus limitées que celles que nous possédons au niveau de la médecine spécialisée. En effet, suite à la fusion des établissements de CH1 en 1997, les données financières disponibles par l'intermédiaire des AS-471, se sont aussi fusionnées. Ainsi, à compter de l'année 1999-2000, il ne nous était plus possible d'accéder au nombre de visites à l'urgence et aux consultations externes uniquement pour CH1. Les données disponibles dans les manuels de gestion financière sont maintenant une fusion des données de CH1 et des données des autres établissements du regroupement. Malgré cette limite, nous tenterons d'établir le portrait de l'utilisation des services externes de CH1 et CH2.

Parmi les éléments considérés, soit les visites aux cliniques ambulatoires, le nombre d'usagers vus en médecine de jour et les visites à l'urgence, les visites à l'urgence sont les données qui ont connu la plus grande variation. En effet, après une hausse de près de 3634 visites à l'urgence pour CH2 entre 1996 et 1999, des diminutions de l'ordre de 13 511 visites furent enregistrées entre 2001 et 2004. De manière plus précise, c'est un passage de 80 486 visites pour l'année 1998-1999 à 59 130 visites en 2003-2004 pour CH2.

Cette diminution du nombre de visites à l'urgence n'est pas nécessairement surprenante. En effet, depuis plusieurs années, CH2 a pour objectif stratégique de diminuer le nombre de visites aux urgences pour ainsi concentrer plus spécifiquement ces ressources au niveau des soins tertiaires et quaternaires. Le déploiement du réseau CH2 compense donc en quelque sorte pour la baisse d'achalandage à l'urgence. Concrètement, le réseau reçoit en première ligne la clientèle qui auparavant pouvait se présenter à l'urgence de CH2 et réfère, si nécessaire, à CH2 pour des services tertiaires et quaternaires. Donc, l'objectif de diminuer l'achalandage à l'urgence tout en conservant la clientèle des soins tertiaires et quaternaires est atteint.

Au niveau de CH1, nous constatons aussi une diminution en regard du nombre de visites enregistrées à l'urgence. Bien que nous n'ayons que peu de données à considérer pour notre analyse, il est tout de même possible de tirer cette conclusion préliminaire. En effet, suite à la consultation du site Internet de CH1 en 2006, nous avons noté qu'il y a eu entre l'année 1998-1999 (74 461 visites) et les années 2000 une diminution de l'ordre de 5000-10 000 visites annuellement à l'urgence: « *Le Service d'urgence de CH1 reçoit entre 65 000 et 70 000 patients annuellement* » (Site Internet CH1, juin 2006).

Par contre, à l'inverse de CH2, nous ne pouvons pas affirmer que cette diminution de l'achalandage à l'urgence est une situation souhaitée, voire planifiée. Cette situation pourrait peut-être s'expliquer par la diminution du bassin de clientèle pédiatrique montréalais, mais cela reste à confirmer.



Ensuite, une autre variable intéressante à analyser est le nombre de consultations aux cliniques externes. Suite à l'entrée en vigueur du virage ambulatoire, plusieurs des personnes rencontrées en entrevue nous ont dit que la diminution de l'achalandage interne s'expliquait par une forte augmentation des activités réalisées en ambulatoire. Or, à la lumière des résultats obtenus, nous croyons plus juste d'affirmer qu'il y a une tendance à la baisse aussi du côté des visites aux cliniques externes. Tout comme les

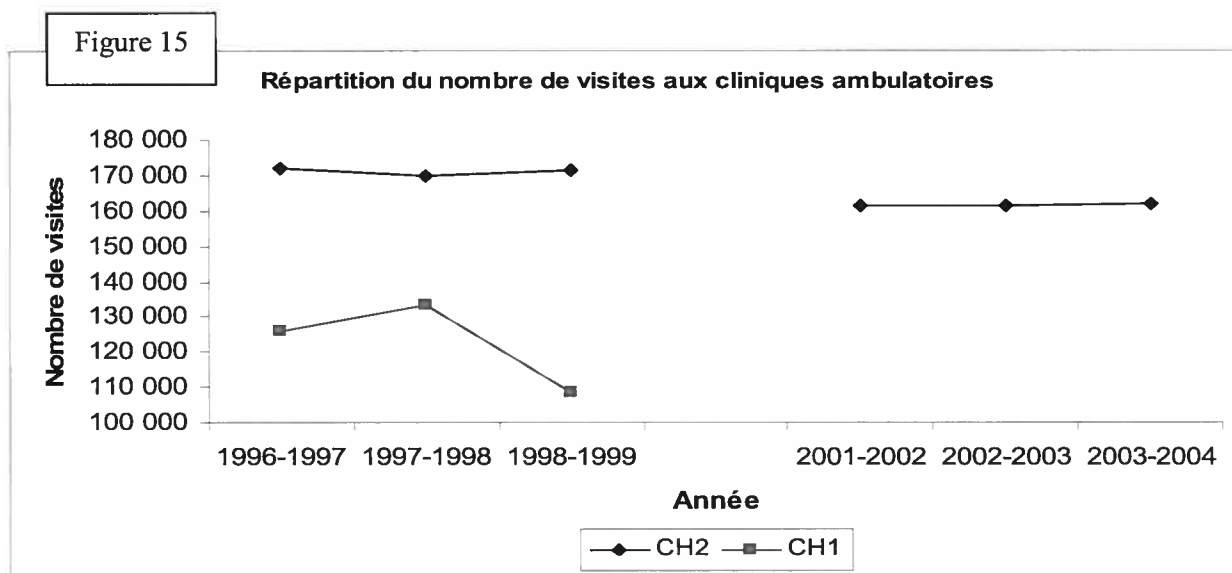
visites aux urgences, les visites aux cliniques externes semblent avoir diminué au cours des dernières années.

De manière plus précise, les visites à CH2 ont été sensiblement stables au cours des années 1996 à 1999, variant d'au plus 2000 visites. C'est plus tard, soit entre les années 2001 à 2004 qu'il est possible de remarquer une diminution certaine des visites enregistrées. En ce sens, les visites pour l'année 1998-1999 étaient de 171 293 alors que pour l'année 2001-2002 ces dernières étaient de l'ordre de 161 593 visites, une diminution de près de 10 000 visites.

Ceci étant, à la lumière des informations que nous possédons nous ne pouvons affirmer clairement que cette diminution est en lien avec la diminution de la population infantile. Cependant, il est clair que tout comme les services spécialisés, les visites en cliniques externes ont diminué. L'offre de services générale est donc moindre.

Du côté de CH1, une situation similaire à celle constatée auprès de CH2 est présente. Tout comme CH2, CH1 a vu le nombre de ses visites en cliniques externes augmenter puis diminuer au cours des dernières années. Bien que les données disponibles pour confirmer ce fait sont moins nombreuses que celles disponibles pour CH2, nous croyons possible que le même phénomène s'applique aux deux hôpitaux.

Ainsi, CH1 a vu ses visites en cliniques externes passer de 126 156 visites à 133 338, puis à 108 285 pour les années allant de 1996 à 1999. C'est un écart de 25 053 visites entre 1998 et 1999.



Pour faire suite aux résultats d'analyse présentés précédemment, le sujet des volumes d'activités, des masses critiques et de l'approche par résultats est grandement présent dans le discours de tous les professionnels et gestionnaires rencontrés, et ce, dans les deux hôpitaux.

Pour CH2, ce sujet semble être un élément clé de sa stratégie organisationnelle, un élément qui permettrait de justifier certaines orientations de l'établissement. Tel que présenté dans les précédents tableaux, les volumes semblent aussi être plus importants à cet hôpital.

À l'inverse, pour CH1, les masses critiques sont plutôt un sujet évité, un sujet dépassé sur lequel il ne faut pas trop s'attarder d'un point de vue stratégique. Or, les résultats présentés démontrent aussi que cet hôpital possède de moins grandes masses dans la plupart des secteurs d'activités.

Cette divergence des points de vue conditionnera fort probablement l'orientation stratégique des deux établissements de santé pédiatriques. Ainsi, il est possible de croire, tel que suggéré préalablement, qu'un intérêt marqué pour l'obtention de plus grandes masses critiques et volumes d'activités se

traduirait par des stratégies de concentration ou de complémentarité, voire pour des stratégies de compétition (pour étendre le bassin de clientèle potentiel); stratégies qui permettraient de concentrer la clientèle dans un même établissement. À l’opposé, un intérêt moins grand pour les masses critiques pourrait se traduire pour une stratégie dite de parallélisme, stratégie qui favoriserait l’indépendance de l’établissement en dépit de l’obtention de volumes plus grands.

4.1.6 Affiliation universitaire

Parmi les différents établissements de soins de santé pédiatriques présentés dans le tableau I, il est à noter que les quatre réseaux universitaires possédant une faculté de médecine y sont représentés. En effet, l’Université de Montréal, l’Université McGill, l’Université Laval et l’Université de Sherbrooke offrent toutes dans leur établissement, ou par l’intermédiaire d’établissements affiliés, des soins de santé pédiatriques à la population québécoise. Ces réseaux universitaires auront, aux dires des personnes rencontrées en entrevue, un impact sur la stratégie des établissements pédiatriques :

« On a qu’à penser au niveau des... changements des transformations du réseau et surtout, du réseau universitaire auquel appartient CH2. Et ces changements-là perturbent énormément les organisations universitaires notamment, CH2. »
(CH2)

« Et je pense que comme ça, ça bougera jamais. Et même si ça bougeait au niveau des médecins, dans les paliers au-dessus de l’administration, au-dessus au niveau académique, les universités, y aurait une résistance énorme. » (CH2)

De manière plus spécifique, la renommée et la notoriété d’une université, et ce peu importe qu’il s’agisse de CH1 ou CH2, se traduit, entre autres choses, par les programmes qu’elle offre. Il est donc probable de croire que les spécialités offertes en médecine font partie de la notoriété d’un établissement

d'enseignement. Plus une université est en mesure d'offrir une vaste gamme de spécialités médicales, plus elle sera en mesure de recruter d'étudiants. Ainsi, en ayant plus d'étudiants, une université sera, pourrait-on croire, plus financée, elle sera alors en mesure de faire plus de recherche et, attirera finalement un nombre plus important d'éminents spécialistes et chercheurs.

Suivant cette déduction, il est fort à parier que les universités influenceront les décisions et positions stratégiques des hôpitaux qu'elles supportent. Toujours dans le même esprit, il ne semble pas profitable pour une université de perdre des spécialités médicales comme ce serait possiblement le cas en situation de complémentarité; à moins qu'un hôpital possède une double affiliation universitaire. Cette double affiliation universitaire n'existe cependant pas actuellement dans le réseau. Les enjeux sont importants pour les universités, il s'agit cependant de connaître leur poids relatif dans le schéma politique des hôpitaux pédiatriques.

4.1.7 Marché canadien

Finalement, au-delà du marché des hôpitaux pédiatriques québécois, il s'avère important de souligner la présence du marché pancanadien, voire du marché international de soins de santé pédiatriques. À cet effet, la majorité des personnes interrogées positionnent leur organisation à l'intérieur de ces différents marchés, et ce, autant pour CH1 que pour CH2:

« Par contre au niveau de la qualité des services, je pense qu'on est aussi comparable qu'à Toronto. Au niveau rayonnement international, on est sûrement comparable. » (CH2)

« CH2, il est le deuxième hôpital pédiatrique du pays derrière le Sick Children de Toronto. » (CH2)

« Regarde, on est deux hôpitaux... – ça, c'est l'autre affaire qui je pense est unique en Amérique du Nord d'avoir une ville où t'as deux stand alone... hôpital pédiatrique. » (CH1)

« Alors comme par exemple, au niveau anglophone, on a toute le Canadian Hospital – pediatric hospital... Oui alors nous on est souvent en contact avec – surtout avec les e-mail maintenant... avec... Colombie-Britannique, l'IWK, le Sick Kids. » (CH1)

Étant donné la complexité du réseau de santé au Québec et la quantité d'acteurs à l'intérieur et à l'extérieur des frontières, une compréhension globale du marché des soins de santé pédiatriques s'avère importante. Ceci dit, pour l'étude des stratégies organisationnelles des établissements à l'étude, il est possible de croire que le marché immédiat, la niche organisationnelle de CH1 et CH2, aura une influence plus importante. Les établissements pédiatriques autres seront plutôt utilisés à titre indicatif, dans un esprit de *benchmarking*.

4.1.8 Synthèse : le marché des hôpitaux pédiatriques

En résumé, le marché des hôpitaux pédiatriques ne se limite pas uniquement aux deux hôpitaux pédiatriques de Montréal, soit CH1 et CH2. En effet, d'autres acteurs se partagent le marché des soins de santé pédiatriques. Ceci dit, en raison de la distance géographique qui les sépare ou du niveau de soins offerts dans ces établissements, les hôpitaux étudiés semblent considérer plus attentivement les mouvements de leur opposant immédiat. Les compétences linguistiques des membres d'une organisation, la localisation géographique, les caractéristiques de l'établissement, les volumes d'activité en lien avec les masses critiques et les affiliations universitaires sont au nombre des éléments qui caractérisent le marché pédiatrique montréalais. Tous ces éléments auront une influence certaine sur les orientations stratégiques des hôpitaux étudiés. La section suivante caractérise de manière plus globale l'environnement dans lequel évoluent ces différentes organisations de soins de santé pédiatriques.

4.2 ENVIRONNEMENT EXTERNE

Il s'agit maintenant d'identifier comment se transforme l'environnement dans lequel évoluent les organisations pédiatriques de Montréal. Cette section vise donc à répondre à la première question du mémoire : *De quelle nature sont les transformations des organisations de soins et de services de santé pédiatriques?* L'analyse des éléments de l'environnement externe, tel que suggéré par Cameron et Zumtato (1983), aide à répondre à cette problématique.

4.2.1 Environnement externe

Pour reprendre les termes utilisés par McKelvey (1982), l'environnement est : *« a set of external forces or characteristics that impose constraints on an individual organization or a population of organizations, and which are outside its ability to influence »* (McKelvey, 1982, p.109). Ceci signifie qu'il est important de connaître l'évolution de l'environnement pour comprendre de manière plus précise les stratégies organisationnelles. Le texte ci-dessous fait donc état des différents changements en cours dans l'environnement des hôpitaux pédiatriques du Québec.

4.2.2 Démographie

Au cours du siècle dernier, la démographie du Québec évolua rapidement. Dans cet ordre d'idées, le phénomène le plus influant est, sans aucun doute, celui des baby-boomers. Cette période d'après-guerre fit augmenter rapidement la population du Québec, voire celle du continent américain en entier.

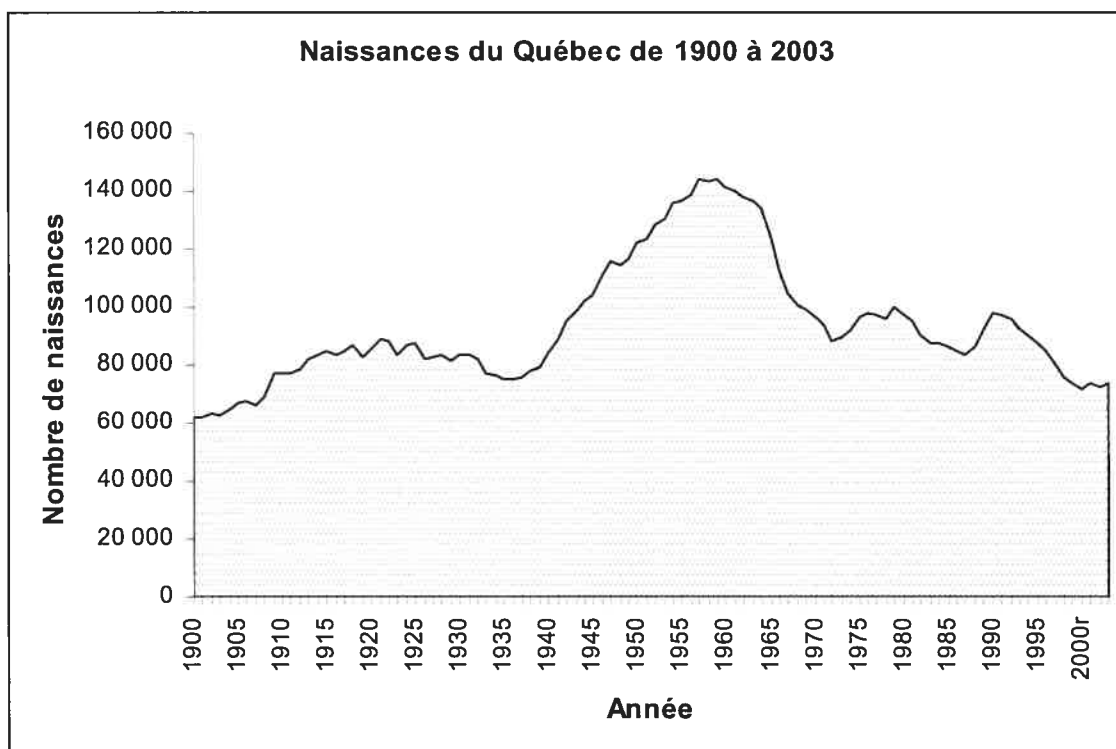
L'année 1950 marqua le début de cette période prolifique au point de vue démographique. Tel que démontré dans le tableau « Naissances et taux de natalité du Québec de 1900 à 2003 » du site de l'Institut de la statistique du Québec, les statisticiens enregistrèrent en 1950 121 842 naissances au Québec

seulement (Institut de la statistique Québec, septembre 2005). Ce fut une hausse de 5018 nouveau-nés, soit une hausse de l'ordre de 4,1 % par rapport à l'année précédente. Ce baby-boom, tel que couramment nommé dans la littérature (Frappier, 1993, Romaniuc, 1984, Murphy, 1991), s'échelonna sur une période de près d'une quinzaine d'années. Au cours de cette période, 2 036 635 enfants virent le jour dans l'ensemble de la province de Québec. Cela représente une hausse des naissances de l'ordre 30,48 % par rapport aux quinze années précédentes soit de 1935 à 1949. Qui plus est, le sommet de cette période de baby-boom fut atteint au cours de l'année 1959. Lors de cette année, 144 459 enfants québécois naquirent. Cela représente 7 % du total des naissances québécoises au cours la période de 1950 à 1964.

A l'échelle régionale, la période de baby-boom concorde avec le déménagement des deux hôpitaux pédiatriques montréalais dans leurs locaux actuels. En effet, c'est respectivement en 1956 et 1957 que CH1 ainsi que CH2 déménagèrent. Ces déménagements allaient permettre de recevoir un plus grand nombre de jeunes patients.

Au cours des années suivantes, le nombre de naissances annuelles au Québec ne cessa de diminuer. Par exemple, alors que l'on dénombrait 97 498 naissances au Québec en 1980, ce fut 91 751 enfants qui virent le jour en 1989 et 72 200 en 2002. Une différence de 25 298 naissances entre les années 1980 et 2002. Malgré ce fait, quelques exceptions furent notées. Ainsi, au cours des années, par exemple 1978, 1979, 1989 et 1992, il fut enregistré un nombre de naissances supérieur à la moyenne générale de 85 749 nouveau-nés avec respectivement 96 202, 99 893, 91 751 et 96 054 nouvelles naissances. Quoiqu'il en soit, la tendance générale qui se dégage de la courbe démographique des naissances du Québec en est une qui est négative. Donc, d'année en année, le taux de natalité québécois décroît, tel qu'indiqué par le tableau IV.

TABLEAU IV – Évolution des naissances au Québec au cours du dernier siècle



De manière plus pointue, l'ensemble des principales régions du Québec verront, dans un avenir rapproché, leur population d'âge mineur diminuer grandement. À cet effet, le site Internet d'Atlas Santé Montréal (septembre 2005) présente les prévisions statistiques de 2001 à 2026 en se basant sur les données provenant des résultats de recensement de 2001. Ces dernières laissent entrevoir une baisse importante des naissances pour les vingt-trois (23) prochaines années. Cette diminution des naissances sera plus marquée dans les régions rurales telles que la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, l'Abitibi-Témiscaminque et la Côte-Nord pour ne nommer que celles-là. Ceci dit, la capitale nationale, Québec, ne fera pas exception à ce déclin du nombre des naissances (Site Internet Atlas Santé Montréal, Scénario A, septembre 2005). La variation de la structure d'âge prévue pour cette région suppose une diminution de l'arrivée de nouveau-nés de l'ordre de 38,8 %, ce qui est réellement important. En termes clairs, cette situation représente une

diminution du bassin de clientèle cible des hôpitaux pédiatriques ; un taux de natalité plus faible correspondant à un nombre moindre d'enfants dans la population.

En contrepartie, deux régions se distinguent du lot avec une variation des naissances positive pour les années à venir. Il s'agit de la région de Montréal ainsi que la région des Laurentides avec, respectivement, une évolution des naissances de l'ordre de 6,1 % et 0,6 %. Cette hausse des naissances peut s'expliquer, entre autres choses, par l'arrivée de familles immigrantes à Montréal, ce qui correspond pour l'année 2001 à 101 035 nouveaux immigrants (Statistiques Canada, recensement 2001), et l'émigration des familles des centres ruraux vers les grandes agglomérations.

Les enfants étant l'une des principales ressources des hôpitaux pédiatriques, il est possible de déduire qu'une diminution marquée de cette ressource influencera la stratégie organisationnelle de ces derniers. Toute chose étant égale par ailleurs, une diminution du nombre de naissances, soit une diminution du nombre d'enfants et de jeunes au Québec, représenterait une diminution nette de la demande. En effet, ces deux hôpitaux existent dans le but d'offrir des services et des soins de santé à la population d'âge mineur. Or, s'il y a moins d'enfants sur l'ensemble du territoire, à qui offriront-ils leurs services ? L'élaboration de réseaux avec de nouveaux partenaires ne serait-elle donc pas, dans cet ordre d'idées, une stratégie pour contrer cette problématique ? Le bassin de clientèle sur un territoire desservi à l'origine diminuant, les hôpitaux pédiatriques chercheraient à combler cet écart par de nouveaux marchés.

Quoi qu'il en soit, cette réflexion n'est cependant pas partagée par l'ensemble des professionnels et gestionnaires rencontrés lors des entrevues. Dans un premier temps, notons que la perception de l'évolution de la démographie n'est pas perçue de la même manière par les différents interlocuteurs. Les

administrateurs de CH2, pour leur part, appréhendent l'impact de l'évolution de la démographie sur leur organisation. Ils y voient un enjeu majeur pour leur hôpital et croient devoir réagir rapidement. Un seul des gestionnaires rencontrés croit qu'aucun impact ne sera ressenti, l'intensité des maladies actuelles comblant l'écart créé par la diminution de la population infantile. De leur côté, les professionnels rencontrés ne voient pas, à tout le moins à court terme, comment l'évolution de la démographie pourrait affecter leur organisation, organisation qu'ils perçoivent comment étant d'ores et déjà grandement sollicitée, l'immigration étant responsable, entre autres, de cet achalandage. Voici, à cet effet, le tableau présentant la répartition des avis des personnes rencontrées à CH2 :

Tableau V

**Répartition des avis de CH2 concernant l'impact
de la diminution du nombre de naissances au Québec sur l'organisation**

	Important	Peu important
Gestionnaires	2	1
Professionnels	1	2

Pour bonifier cette analyse, voici quelques extraits d'entrevues appuyant l'hypothèse que l'évolution démographique aura un impact certain sur la stratégie organisationnelle de CH2:

« Ça conditionne la stratégie – c'est encore là... plus notre clientèle diminue, plus ça va frapper les masses critiques de services pédiatriques éparpillés à travers le Québec. » (CH2)

« Mais ça fait en sorte qu'on a moins de patients, que les attentes sont plus importantes, et pour satisfaire à ces attentes-là, encore une fois, je pense qu'y faut qu'au moins un hôpital au Québec ait une masse critique. » (CH2)

« La démographie va jouer un rôle dans la distribution des pédiatres à travers le Québec. Et on ne peut pas travailler de la même façon quand on a un seul interlocuteur et quand on en a trois. » (CH2)

À l'opposé, le message recueilli auprès des professionnels et gestionnaires de CH1 est beaucoup plus uniforme. La majorité des personnes rencontrées sont d'avis que la diminution de la démographie, soit la diminution du bassin de clientèle pédiatrique, n'influence pas la trajectoire de l'organisation. Une seule personne, plus précisément un gestionnaire de programme, croit que la diminution du nombre des naissances aura un impact direct sur le nombre de patients qui se présenteront à l'hôpital. À son avis, il y aura un risque plus grand de ne pas atteindre, éventuellement, les masses critiques suffisantes. Voici donc la répartition des avis concernant l'importance de l'évolution de la démographie sur l'organisation :

Tableau VI

Répartition des avis de CH1 concernant l'impact de la diminution du nombre de naissances au Québec sur l'organisation

	Important	Peu important
Gestionnaires	1	2
Professionnels	0	2

Enfin, pour ajouter à la compréhension de ce tableau, voici quelques extraits qui soulignent les raisons, dont l'immigration, l'acuité et la sévérité des cas, le territoire desservi, etc., qui portent les personnes rencontrées à croire que l'évolution démographique n'aura pas d'impact sur leur organisation :

« Le taux de natalité diminue. Par contre, l'immigration augmente. L'immigration qui arrive ici, c'est des gens qui ont des grosses familles et qui sont pas...qu'on a jamais culturellement bloquées au point de vue natalité. » (CH1)

« Le taux de natalité de nous préoccupe pas. » (CH1)

« Alors donc, dans le secteur qui nous est assigné, y a quand même une population pédiatrique qui est en croissance... qui n'est pas en décroissance. » (CH1)

Or, malgré le positionnement des acteurs rencontrés à CH1 sur le sujet de l'évolution démographique, il n'en demeure pas moins que la documentation consultée traduit une toute autre ligne de pensée.

Ainsi, CH2 souligne dans son guide *Orientation stratégique 1990-1995* (1995) que la diminution marquée du groupe des 0 à 4 ans représentait un enjeu de taille pour leur organisation. En ce sens, les administrateurs spécifiaient que «... ce changement pourrait se répercuter sur la demande de services pédiatriques » (*Orientation stratégique 1990-1995*, 1995, p. 16). Quelques années plus tard, CH2 abondait toujours dans le même sens en indiquant que les masses critiques ne pouvaient toujours être atteintes (T 1996-2000, 2000). Dans le même ordre d'idées, CH1 souligna, dans sa publication *R 1992-1996* (1996), qu'il y avait effectivement une transformation de la demande de services au cours des trois (3) à cinq (5) dernières années. Le phénomène de la diminution des naissances n'étant pas l'unique cause expliquant la diminution du volume d'activités à cet hôpital, mais elle demeure tout de même un élément important.

Enfin, peu importe la position adoptée par les gens rencontrés en entrevue, il n'en demeure pas moins qu'il y a bel et bien, selon les données recueillies, une première transformation dans l'environnement des hôpitaux pédiatriques montréalais. En effet, le portrait démographique de la province de Québec se transforme. Comme les hôpitaux pédiatriques offrent leurs services aux enfants de la province, il est possible de croire qu'une diminution des naissances aura un impact sur les établissements, à court ou à long terme, puisque leur bassin de clientèle respectif diminue.

Ce fait étant, il demeure tout de même que ce sujet soulève de vives réactions. Personne ne semble réellement à l'aise de discuter de cette problématique, certains concluant même assez rapidement sur le sujet. Qui plus est, le discours des personnes rencontrées n'est pas nécessairement le même que celui transmis par l'intermédiaire des planifications stratégiques. Est-ce par

malaise d'aborder directement un enjeu de taille pour l'organisation, un enjeu qui menacerait la stabilité actuelle des organisations? L'analyse détaillée des stratégies nous permettra de conclure plus spécifiquement de l'importance relative de la diminution de la natalité au Québec sur les organisations de soins de santé pédiatriques. Mais d'emblée, nous croyons qu'une organisation qui perçoit actuellement un risque à voir diminuer le taux d'enfants et de jeunes dans la population optera davantage pour une stratégie de consolidation des marchés afin de regrouper la clientèle.

4.2.3 Avancées médicales et technologiques

La médecine pédiatrique a bien évolué au cours des quelques dernières décennies. Auparavant, les avancées médicales ne permettaient pas de sauver un si grand nombre de jeunes patients. Or, la recherche ayant réalisé des percées importantes, il est désormais possible de donner la vie ou, à tout le moins, de prolonger l'espérance de vie de certains enfants. Par exemple, un bref retour en arrière d'au plus vingt-cinq (25) ans permet de constater que les chances de rattraper un enfant prématuré de vingt-six (26) semaines de gestation n'était que de 20 %. Aujourd'hui, les chances de sauver l'un de ces prématurés oscillent autour de 80 % (Vincent, 2001). Un autre exemple majeur concerne les enfants atteints de leucémie infantile. Quelques années auparavant, les chances de combattre cette maladie n'atteignaient qu'un très faible pourcentage. De nos jours, près de 75 % des enfants atteints de leucémie vaincront la maladie (Vincent, 2001).

Selon l'avis des professionnels et gestionnaires interviewés, qu'ils proviennent de CH1 ou CH2, les avancées médicales réalisées transforment l'environnement organisationnel. Les changements survenus au cours des dernières années les ont obligés à modifier leur offre ou leur manière de rendre les services pédiatriques. Par conséquent, plus de patients sont vus en cliniques externes et à domicile. Les patients sont de plus en plus jeunes et nécessitent des interventions des plus précises et évoluées, ce qui implique du

coup l'acquisition de nouvelles technologies. Voilà quelques commentaires à cet effet:

« L'évolution du médical, c'est justement – avoir des soins à domicile, à distance, la télémédecine, etc. » (CH1)

« Vous savez, on a fait en ambulatoire une demi-greffe de moelle osseuse – en ambulatoire et il n'est... mais je serais pas étonné que dans cinq ans, on fasse des greffes de moelle osseuse à la maison. » (CH2)

« T'as aussi, tout le diagnostic prénatal... qui va nous amener à avoir... à avoir des changements importants. Mais aussi à développer d'autres interventions. » (CH2)

En conséquence, toutes ces transformations médicales, qu'elles visent les diagnostics prénatals, la télémédecine, les techniques invasives ou les services en ambulatoire, ont pour effet de modifier globalement l'environnement des services de soins de santé pédiatriques. En effet, tel que présenté par Christensen, Bohmer et Kenagy (2000), la croissance des technologies médicales associée à l'évolution de la médecine pousse les organisations à se spécialiser davantage. Ceci fait en sorte que certains hôpitaux démontrent beaucoup plus d'intérêt pour les services tertiaires et quaternaires. Les investissements nécessaires étant plus qu'importants, les hôpitaux souhaitent donc en quelque sorte rentabiliser leurs investissements en augmentant leurs gammes de services à ces niveaux – pour le plus grand bien des enfants malades, bien entendu.

Or, la problématique qui découle d'une plus grande spécialisation, spécialisation qui est largement souhaitée par les deux hôpitaux rencontrés *«... ben là, on se retrouve avec une masse de niveau 1, c'est pas nécessaire ici. C'est important, mais pas dans ce que l'on souhaite faire [...] Ici, l'option de...que tous les services tertiaires ou quaternaires peuvent être sous le même toit » (CH2)*, fait en sorte que les hôpitaux restreignent encore plus leur bassin de clientèle cible.

« General hospitals – especially teaching hospitals- have likewise overshoot the needs of most patients. Their impressive technological ability to deliver care enables them to address the needs of a relatively small population of very sick patients. »
(Christensen, Bohmer et Kenagy, 2000, p.108)

Dans le contexte actuel, cette spécialisation médicale combinée à la transformation démographique du Québec crée un double effet sur le bassin de clientèle des hôpitaux pédiatriques. Du coup, la diminution de la population infantile au Québec restreint le bassin de clientèle visée et ensuite, la spécialisation limite encore plus ce même bassin en ciblant très précisément un certain type de clientèle. Tout compte fait, c'est beaucoup moins d'enfants et d'adolescents qui demeurent dans le créneau des hôpitaux rencontrés. Ceci est sans compter la difficulté, qui existe d'ores et déjà, de rencontrer les masses critiques suffisantes à ces niveaux (tertiaires et quaternaires).

Malgré cette constatation, il demeure tout de même que les hôpitaux pédiatriques rencontrés poursuivent leur quête médicale et technologique. L'intérêt marqué de ces deux hôpitaux pour les services tertiaires et quaternaires provoquent parfois des dédoublements d'achats de technologies. À cet effet, il est possible de citer l'exemple du secteur de la chirurgie cardiaque, plus précisément l'exemple en lien avec l'utilisation du Cœur de Berlin. Tel que présenté précédemment, le secteur de la chirurgie cardiaque, au global pour les deux hôpitaux pédiatriques de la ville de Montréal, a diminué de 2,25 % au cours de la période de 1995 à 2003. Par ailleurs, suite à une expérience houleuse entre les deux organisations en regard d'une transplantation cardiaque chez un jeune patient, CH2 a décidé de se procurer un Cœur de Berlin et l'appareillage requis pour ce faire, *« ce qui fait qu'à Montréal, on a deux cœurs mécaniques pour le nombre de fois qu'on aura à implanter...chez les enfants ! »* (CH2).

En contrepartie, bien que dans les faits, cet achat représente un dédoublement, dans un contexte où la clientèle à traiter est moindre, certaines personnes ont tenu à nous souligner que ces dédoublements étaient parfois essentiels : *« Je*

trouve... le danger de dire que les machines vont être attribuées ou la haute technologie vont être attribuées quand les volumes le requièrent...c'est que la population pédiatrique est à risque de pas avoir certains services quand y a des bris [...] faut toujours à mon avis avoir un certain dédoublement dans les services de santé pour assurer qu'on a toujours un moyen d'offrir certains services...» (CH1).

En tout état de cause, l'évolution médicale s'avère donc un élément de plus à considérer dans la modification de la niche organisationnelle des hôpitaux pédiatriques. Modification qui devrait fort probablement influencer la stratégie organisationnelle des établissements rencontrés. De manière plus concrète, il semblerait qu'une stratégie de concentration des marchés s'avérerait encore plus pressante au fur et à mesure que les données sont présentées.

4.2.4 Ressources humaines

Actuellement, le système de soins de santé voit son bassin de ressources professionnelles se transformer. Bien que cette situation ne soit pas exclusive au réseau de santé pédiatrique, il demeure tout de même que la modification de cet autre élément de l'environnement aura un impact sur les établissements de santé. En effet, tel que mentionné dans le rapport *La planification des ressources humaines en santé au Canada : Les enjeux des professions médicale et infirmière* (2002); « les gouvernements et les organisations représentant les professionnels canadiens de la santé devront faire preuve de leadership [pour relever les défis de la planification de la main-d'œuvre] » (2002, p.12). C'est donc dire qu'il y a effectivement une transformation de l'environnement qui nécessite un changement d'attitude de la part des organisations. Une fois de plus, une adaptation semble être nécessaire puisque les ressources humaines sont une ressource indispensable à l'organisation.

De manière plus précise, la Société canadienne de pédiatrie (2001) présenta son rapport sur la planification des ressources pédiatriques au Canada. Cette publication permet de réaliser les changements ayant cours dans ce secteur d'activités. Les causes sont multiples, mais les résultats sont les mêmes : il y a actuellement une modification importante de l'environnement. Voici donc quelques-uns des points soulevés par la Société canadienne de pédiatrie pour traduire cette transformation :

- ↳ Une crise des effectifs médicaux actifs est imminente. Les effectifs pédiatriques vieillissent, les jeunes médecins ne représentant qu'environ 32 % des pédiatres.
- ↳ D'après l'Association médicale canadienne, on ne dénombrait environ que 60 résidents diplômés en pédiatrie l'an passé... alors que l'on estime qu'il en faudra au moins 86 dans les années à venir.

Il est possible de bonifier ces différents éléments de transformation par ceux soulevés dans le rapport sur la *Planification de la main-d'œuvre au Canada* (2002). Dans ce rapport, il est question, entre autres, de la féminisation du bassin de professionnels médicaux, ce qui influencerait la pratique (gestion des horaires en fonction de la conciliation travail/famille, congé de maternité, plus de temps accordé pour chacun des patients, etc.), de l'arrivée des jeunes médecins qui souhaitent concilier, à leur manière, travail/famille, des migrations des professionnels vers d'autres pays, etc. Ce ne sont que quelques exemples qui traduisent les changements en cours dans l'environnement des hôpitaux pédiatriques montréalais.

Dans un tel contexte, tous les acteurs rencontrés en entrevue, autant à CH1 que CH2, se sont dit préoccupés par les transformations, voire la pénurie des ressources humaines en cours. De manière plus précise, ils justifiaient leurs préoccupations par l'impact que le manque de ressources peut encourir sur leur organisation.

« Et avec les... comme tu le sais – les... difficultés en termes de nombre de médecins... et infirmières et d'autres spécialistes en santé... y a une compétition à travers le Canada, et aux États-Unis féroce pour les spécialistes... » (CH1)

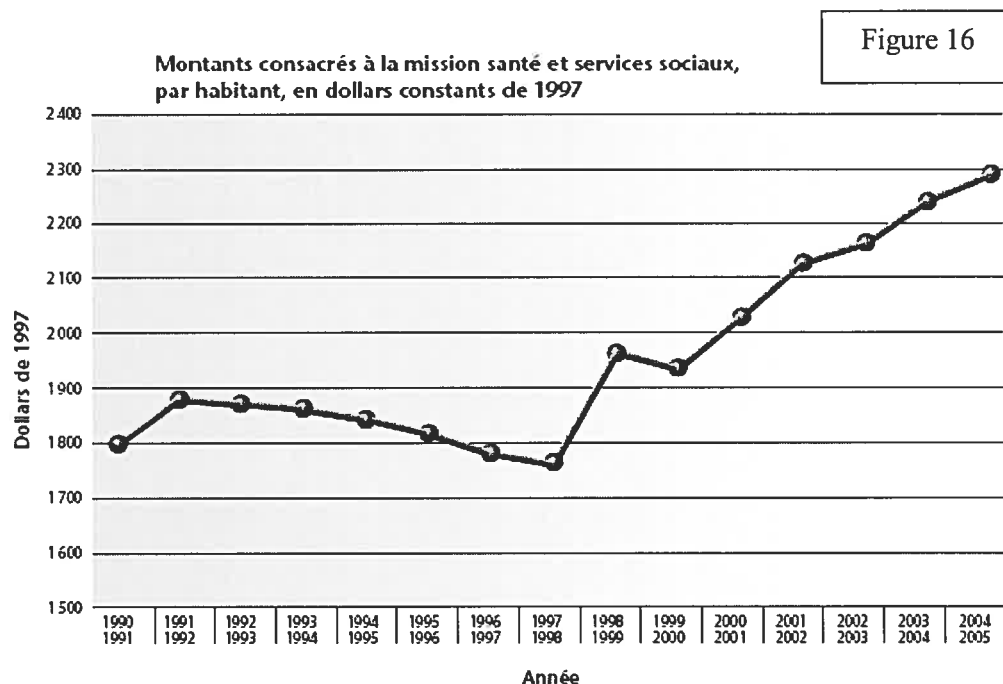
« Sans compter les pénuries – les pénuries de ressources médicales. Les pédiatres, c'est l'entité qui manque le plus au Québec actuellement. Et c'est une spécialité qui est en voie de diminution en matière d'effectifs. Donc ça, ça nous touche de plein fouet. » (CH2)

« Y a une question de démographie d'âge, où les gens sont sur le bord de la retraite et y a pas de relève et y acceptent p'us de nouveaux patients. C'est extrêmement compliqué – si tu connais pas un peu le système – trouver un pédiatre. » (CH1)

La présence d'un changement dans l'environnement, à l'égard des ressources humaines, est considérée dans l'ensemble des sources consultées. Bien que tous n'accordent pas nécessairement autant d'impact à certains facteurs, il n'en demeure pas moins que la pénurie de ressources humaines est, pour sa part, un élément tout aussi important pour les deux hôpitaux pédiatriques. Cette convergence d'opinion laisse croire que ce phénomène influencera d'une manière ou d'une autre la trajectoire des organisations de soins de santé. À ce stade, la collaboration ou la complémentarité seraient des stratégies envisageables pour le partage de l'expertise.

4.2.5 Ressources financières

De manière générale, l'ensemble des hôpitaux publics du Québec et du Canada font face à un contexte financier incertain, en continuelle évolution. En effet, les investissements réalisés annuellement ne sont pas nécessairement attribués de manière constante. Ces investissements sont plutôt réalisés sur une base non récurrente, ce qui cause une certaine incertitude au niveau des établissements de soins de santé. Voici, en dollar absolu de 1997, l'évolution des dépenses en santé pour le Québec (Rapport annuel de gestion du ministère de la santé et des services sociaux, 2004-2005, 34).



Il est possible de constater à la lumière des résultats présentés dans ce graphique, qu'il y a eu une diminution des investissements en santé de 1991-1992 à 1997-1998. Il est possible de croire que cette baisse contraint alors les établissements à restructurer leurs activités afin d'offrir les mêmes soins et services de santé avec un budget moindre. De manière plus spécifique, Desrosiers (1999) que la baisse des dépenses en santé au niveau fédéral pour les années de 1978 à 1995 était de l'ordre de 12,3% en dix-sept (17) ans (Ministère de la santé et des services sociaux dans Desrosiers, 1999).

Au cours des années suivantes, les investissements devinrent plus nombreux, bien que non constants d'une année à l'autre. Cette augmentation se combine cependant à la hausse de l'inflation des prix à la consommation. Cela se traduit, comme l'indique la citation suivante extraite d'un article publié par l'Institut canadien d'information sur la santé, par un avoir net moindre pour les organisations de santé: « *Après un creux de courte durée au milieu des années 1990, les dépenses par habitant du secteur public, ajustées pour l'inflation, ont connu une augmentation soutenue. Résultat : nous avons*

dépendé 16,3 milliards « de plus » pour la santé (48 % de la croissance globale) par l'entremise du secteur public en 2002 qu'en 1997[...] L'inflation était responsable d'environ 25 % (8,3 milliards) de la croissance dans les dépenses totales» (Institut canadien d'information sur la santé, 2001, p.11).

Les problématiques créées par les constantes modifications des allocations budgétaires sont bien présentes dans l'esprit des gestionnaires des hôpitaux pédiatriques montréalais. Ces derniers ont avancé, dans cet extrait du R de CH1 (1996), que les variations dans les allocations budgétaires les obligeaient à modifier leur planification stratégique, à réorganiser leurs activités cliniques dans le but de répondre aux contraintes budgétaires:

« Il est peu probable que le financement provenant du gouvernement augmente de façon considérable au cours des années à venir ; même les augmentations traditionnelles (« coûts de système ») sont sévèrement réduites ou même éliminées. Par conséquent, il est nécessaire de soutenir l'expansion ou le développement des programmes au moyen d'une réallocation soigneuse d'autres activités existantes. » (R, 1996, p. 32)

Aussi sans nouvel argent, il est plutôt difficile de penser reconstruire des installations désuètes, d'acquérir de nouveaux équipements de pointe ou bien, de recruter d'imminents spécialistes à travers le monde. Ainsi, tout au cours des entrevues réalisées, chacune des personnes rencontrées, qu'elle soit gestionnaire ou professionnel de la santé, a manifesté des préoccupations en regard de la variable financière, variable incontrôlable de leur environnement. Elles soulignent les contraintes associées au contexte budgétaire et à l'implication de ces dernières sur leur organisation:

« Faut comprendre que... actuellement, on est dans un contexte de pénurie... de pénurie de budget... de sous-financement du système de santé par rapport encore une fois aux attentes de la population... québécoise qui sont énormes. » (CH2)

« Au niveau... je dirais financier, c'est évident qu'au Québec, on est moins bien payé qu'ailleurs au Canada ou aux États-Unis. Donc on est peut-être moins attirant que les autres. » (CH2)

Au-delà de la variance des budgets accordés annuellement aux hôpitaux pédiatriques, un autre élément financier semble préoccuper les gestionnaires et les professionnels rencontrés. Il s'agit de l'incertitude liée aux allocations budgétaires du ministère. En effet, plusieurs croient que les éventuelles mises en priorité du ministère favoriseront les soins dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie, et ce, au détriment des soins pédiatriques. Étant donné le vieillissement de la population et la baisse de la natalité au Québec, ceux-ci croient que les enveloppes budgétaires destinées à leur établissement diminueront. Ils pensent aussi devoir ajuster le fonctionnement de leur organisation en fonction de cette nouvelle réalité. À cet effet, CH2 souligne dans son document *G* ainsi que dans son document *O*, l'influence possible de cette problématique sur le positionnement de l'organisation :

«... l'importance des fonds consacrés à la santé est aussi largement remise en question par les nombreuses commissions qui se succèdent aux paliers provinciaux et fédéraux. De plus, le faible taux de natalité peut facilement donner l'impression que les besoins sont moindres. » (G 2002-2007, 2006, p. 27)

« Malgré la vocation de notre hôpital, qui nous incite à regarder davantage les couches les plus jeunes de la population, on ne peut terminer l'étude démographique sans mentionner la place de plus en plus importante prise par la population âgée. Ce phénomène est directement relié à la baisse du taux de fécondité et à l'espérance de vie qui a progressé... Cette situation a un impact direct sur la répartition des dépenses en santé... » (O 1990-1995, 1995, p. 17)

Même si des investissements supplémentaires ont été accordés au cours des dernières années dans le réseau de la santé, les ressources financières sont un élément dont les gestionnaires et professionnels doivent tenir compte dans leur stratégie organisationnelle. L'incertitude des montants alloués annuellement

combinée à l'ignorance des mises en priorité des soins de santé, rendent encore plus complexe le processus. Considérant l'ensemble des facteurs reliés aux ressources financières, il est donc possible d'avancer que l'environnement se transforme, mais cette fois-ci d'un point de vue financier.

4.2.6 Contexte politique

À l'été 2003, le ministre Philippe Couillard, ministre de la Santé dans le cabinet du premier ministre Jean Charest, décrétait l'adoption d'un projet de loi favorisant la création de réseaux universitaires intégrés de santé (loi 83).

Ce projet de loi vise, dans un premier temps, à créer des corridors de services entre les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les hôpitaux régionaux (CHR). Pour ce faire, le gouvernement provincial a divisé la carte du territoire québécois en quatre grands bassins de desserte, et ce, en fonction des quatre facultés de médecine : *«Alors on a créé notre réseau. Alors un des impacts du découpage des quatre territoires de RUIS fait en sorte que oups! notre réseau est décomposé! Les établissements avec qui on fait affaire doivent maintenant en principe se référer à un établissement universitaire majeur en pédiatrie de leur RUIS»* (CH2). De cette façon, le gouvernement souhaite s'assurer que toute la population du Québec ait accès à des soins de niveaux tertiaires et quaternaires, et ce, peu importe sa situation géographique. Pour parvenir à réaliser ce défi, les quatre grands établissements universitaires en santé devront se concerter afin d'établir un plan d'action conjoint. C'est ainsi que l'Université de Sherbrooke, l'Université de Montréal, l'Université McGill et l'Université Laval, par l'intermédiaire de la table ministérielle des RUIS, devront œuvrer ensemble afin de définir les pourtours opérationnels de cette loi.

Ce projet en est un d'envergure qui devra être soumis à des réflexions et des engagements sérieux. En effet, comme le mentionne le directeur des affaires

universitaires, dans l'article paru dans la revue *Artère*, la création des RUIS est plus qu'une simple délimitation des territoires, elle vise à éviter les dédoublements, à revoir l'offre de services des hôpitaux, même celles des hôpitaux pédiatriques :

« ...elle est l'occasion de faire des choix, notamment pour éviter le dédoublement des services... les soins de troisième ligne se feront là où il y a l'équipement et le personnel pour le faire. Aucun développement anarchique ne sera autorisé. On vise la complémentarité. Aussi, les dédoublements pourront être acceptés seulement si le volume le justifie...Ce sont des choix douloureux, mais les gens ont bien compris leur importance. »
(Boucher, 2004, p. 2)

L'entrée en vigueur de cette loi semble donc transformer l'environnement des établissements de soins de santé. Plusieurs des professionnels et gestionnaires rencontrés affirment, en ce sens, n'y voir que peu d'avantages. Ils considèrent plutôt cette loi comme étant une barrière de plus dans la réalisation de leur plan stratégique.

De manière plus pointue, il est possible d'affirmer que majoritairement les individus rencontrés à CH2 perçoivent d'un mauvais œil ce projet. L'argumentaire utilisé fait principalement référence à la perte de territoires anciennement « acquis » par l'établissement : *« On vient de – on vient de refaire la patinoire alors qu'on était les champions de la coupe Stanley. »* (CH2). Qui plus est, le ton utilisé dans cette citation semble traduire, d'emblée, un certain esprit de compétition. En effet, la coupe Stanley n'est ni partagée, ni donnée d'année en année à une équipe différente. C'est par l'intermédiaire de jeux très compétitifs, entre des adversaires, que cette dernière est acquise. Donc, l'entrée en vigueur de la loi 83, loi qui concerne entre autres l'établissement de réseaux universitaires de services intégrés, menace la stratégie de compétition de CH2; les règles de partenariat n'étant plus les mêmes que celles qui avaient permis l'élaboration du réseau.

Enfin, voici la répartition plus fine des administrateurs en fonction de leur hôpital respectif et de leur perception en regard de l'entrée en vigueur de la loi sur les RUIS :

Tableau VII Répartition des administrateurs des hôpitaux à l'étude concernant la perception de l'entrée en vigueur de la loi sur les RUIS

	Bonne	Mauvaise
CH1	2	1
CH2	0	3

En élaborant davantage l'analyse, il est possible de constater que la majorité des individus rencontrés à CH1 voient positivement l'entrée en vigueur de la loi 83. Ces derniers croient que l'arrivée de cette loi permettra d'offrir de meilleurs soins de santé à la population pédiatrique. De plus, ils considèrent que la loi sur les RUIS permettra d'établir des liens de confiance plus solides entre les différentes organisations du territoire québécois, ce qui pourrait favoriser l'élaboration de nouveaux partenariats. Il semble donc à ce moment que la stratégie utilisée en est une de collaboration:

« La réforme avec les RUIS... c'est un exercice théorique très intéressant... L'imposition qui nous amène à devoir travailler en réseau... c'est un plus pour moi, c'est une valeur ajoutée qui... qui vient en fait aider ce qu'on essayait de faire... un peu sans avoir une reconnaissance de la part des autorités en place. » (CH1)

« Alors je pense que y a le potentiel de nous aider dans nos démarches de travailler plus étroitement avec les établissements de région... mais c'est toujours à développer et à voir avec le développement des RUIS. » (CH1)

« ... l'accessibilité va être... va vraiment être la pierre angulaire de comment on règle... Et peut-être que le RUIS va aider ça à établir des corridors de services un petit peu plus. » (CH1)

D'un point de vue comme de l'autre, la loi décrétée par le gouvernement provincial semble donc modifier la trajectoire des hôpitaux pédiatriques. Ces derniers devront, afin de rencontrer les exigences de la loi 83, adapter leur

stratégie à la nouvelle réalité qui leur est imposée. Ils devront modifier la conception qu'ils ont de leur bassin de desserte, engager des discussions avec d'autres établissements universitaires offrant des soins de santé, etc. C'est donc une transformation de plus de leur environnement.

4.2.7 Synthèse : environnement externe

À la lumière des différents éléments abordés dans cette section, soit la démographie, la demande de soins de santé pédiatriques, les ressources humaines, les ressources financières et technologiques ainsi que le contexte politique, il est à propos de déduire que l'environnement dans lequel les hôpitaux pédiatriques du Québec évoluent n'est pas un environnement stable. Plusieurs transformations, certaines plus marquées que d'autres, ont eu lieu ou ont lieu depuis les dernières années dans cet environnement. Ces bouleversements ont un impact certain sur la trajectoire des hôpitaux pédiatriques. En effet, bien que certains changements soient plus prévisibles que d'autres, il n'en demeure pas moins que les hôpitaux doivent s'adapter et doivent modifier leur stratégie afin de réagir au contexte environnant.

CHAPITRE 5 – ANALYSE DE LA STRATÉGIE

Ce chapitre vise à traiter de la deuxième question du mémoire : *Quelles sont les stratégies adoptées par les hôpitaux pédiatriques, oeuvrant dans un même environnement caractérisé par une transformation de la niche organisationnelle?* L'analyse des données et des informations recueillies permettra de répondre à cette problématique.

Selon le modèle théorique, des changements continus et discontinus dans le temps provoquent des modifications importantes de la niche organisationnelle. Afin de s'adapter à la réduction des ressources disponibles dans l'environnement, les organisations modifient leur stratégie organisationnelle. Dans le cadre de cette recherche, les stratégies retenues par les organisations, pour faire face à ces transformations, ont été évaluées sur la base des perceptions des personnes interrogées et, de façon complémentaire, à partir des documents publics obtenus. De manière plus spécifique, nous nous concentrerons sur l'analyse des stratégies retenues dans le cadre de changements prévisibles et continus dans le temps, c'est-à-dire l'évolution démographique pour le groupe des 0-18 ans au Québec.

Dans cet ordre d'idées, voici les principales stratégies, discutées en cours d'entrevues, qui seront traitées dans ce chapitre:

Tableau VIII



Ces stratégies sont présentées sur un continuum afin d'illustrer les liens qui les unissent. Il s'agit donc ici de situer les comportements adoptés par les organisations rencontrées en fonction de leur lien de coopération. Ainsi, les stratégies

organisationnelles situées à gauche seront caractérisées par une coopération inter-organisationnelle plus grande tandis que celles situées à la droite du continuum seront des stratégies où la coopération est plus faible.

Autre spécification importante, il s'agit ici de considérer ces comportements comme étant le résultat des transformations de l'environnement. Dans un contexte autre, avec des transformations environnementales dissemblables, les stratégies organisationnelles adoptées pourraient être complètement différentes. L'influence de la perspective environnementale en management teintera donc fortement l'orientation de cette analyse de cas.

Enfin, avant d'aborder plus spécifiquement les stratégies retenues par les hôpitaux pédiatriques montréalais, il s'avère pertinent de redéfinir ces stratégies qui forment notre continuum.

Premièrement, il y a la stratégie dite de collaboration, stratégie située à l'extrême gauche de notre continuum. Cette stratégie en est une où la coopération inter-organisationnelle prédomine. Tel que suggéré par Olden et al. (2002), la collaboration permet aux établissements d'élaborer de nouvelles solutions et de développer conjointement de nouvelles avenues pour faire face aux transformations de leur environnement. Un exemple concret de ce type de stratégie, dans le cadre de la recherche en cours, serait les soins intensifs où les patients peuvent transiter d'un hôpital à l'autre lorsque les capacités maximales d'accueil sont atteintes.

Deuxièmement, il y a la stratégie de complémentarité. Selon notre représentation, cette stratégie se situe, elle aussi, du côté gauche de notre continuum. Cela signifie que le degré de coopération y est assez élevé. En fait, comme son nom l'indique, la stratégie de complémentarité fait en sorte que les organisations se complètent l'une et l'autre, d'où l'importance de l'interdépendance et de la coopération de ces dernières. Tel que proposé par Provan et al. (2002), cette stratégie repose sur l'élaboration d'une alliance inter-organisationnelle et permet aux établissements d'utiliser plus efficacement leurs ressources limitées en raison du partage des forces respectives.

Ainsi, dans le cas actuel, cette stratégie pourrait se traduire par la concentration des activités de neurochirurgie à CH1 et des activités de cardiologie à CH2.

En troisième lieu vient la stratégie de parallélisme. Cette stratégie, à défaut des deux dernières présentées, ne favorise pas nécessairement l'élaboration de liens de coopération entre les organisations. En fait, le comportement plus typique des organisations optant pour cette stratégie se traduit pour un intérêt marqué pour l'autonomie et l'indépendance. La coopération pourrait exister avec d'autres établissements, mais pas entre les deux organisations à l'étude. Il s'agit donc ici d'une position neutre en regard de l'autre établissement.

Finalement, la dernière stratégie sur notre continuum est la compétition. Cette dernière est située complètement à la droite du continuum. Cela signifie que le niveau de coopération inter-organisationnelle est complètement nul. En fait, les organisations, en plus de ne pas coopérer, opteront davantage pour des comportements gagnants-perdants. Selon Benson (1975), cette stratégie viserait à diminuer la position relative d'un compétiteur dans le marché.

5.1 STRATEGIE

Tel que détaillé dans le chapitre précédent, parmi l'ensemble des transformations en cours dans l'environnement des organisations de soins de santé pédiatriques, certaines ont une influence plus marquée. De manière plus précise, la diminution du bassin de clientèle infantile, la relation entre l'offre et la demande et la nature des relations interpersonnelles sont, à notre avis, des éléments majeurs à considérer. Ce fait étant, les stratégies retenues pour faire face à ces transformations ne seront pas nécessairement les mêmes, tout dépendant du secteur d'activités considéré.

Dans cet ordre d'idées, il est possible de croire qu'il y aura une stratégie organisationnelle différente pour les services des secteurs primaires et secondaires versus les services des secteurs tertiaires et quaternaires : « *Les services de première*

et deuxième ligne, c'est pas important – c'est pas important : c'est pas problématique! On est capable de faire. Mais le tertiaire et le quaternaire, ça, c'est problématique » (CH2).

En ce sens, il s'avère important de remettre quelques éléments en perspective. Bien qu'une diminution des naissances soit en cours depuis les dernières années au Québec, il n'en demeure pas moins que certains secteurs d'activités sont affectés différemment. En effet, le secteur de la cardiologie par exemple (excluant les chirurgies cardio-thoraciques) est en croissance pour les années allant de 1995 à 2003. Ce secteur spécifique est cependant un secteur d'activités de niveau secondaire. À l'opposé, des secteurs d'activités telles la neurochirurgie (pour CH2) et la chirurgie cardio-thoracique, secteurs dits de troisième et quatrième ligne, sont en décroissance. Ce constat nous porte donc à croire que les stratégies engagées ne seront pas les mêmes d'un niveau d'intensité à l'autre (primaire/secondaire vs tertiaire/quaternaire).

En plus de l'impact démographique, un autre élément majeur entre en ligne de compte pour expliquer la différence stratégique entre le niveau de soins primaire/secondaire et tertiaire/quaternaire. Il s'agit de l'écart existant entre l'offre et la demande. Au niveau des soins primaires/secondaires, les volumes de clientèle sont beaucoup plus importants - 1120 interventions réalisées en chirurgie cardio-thoracique pour une période de neuf ans, alors qu'en une seule année 171 904 visites ont été enregistrées à l'urgence de CH2. Les volumes sont même assez importants pour que CH2 adopte une stratégie de collaboration avec les partenaires de son réseau afin que ces derniers prennent en charge la première ligne. Une fois la clientèle entrée dans ce réseau de partenaires, CH2 s'assure ainsi de recevoir les références pour les soins de tertiaire et quaternaire, le cas échéant.

Bien entendu, les soins primaires et secondaires sont des « vaches à lait », ce qui signifie en vocabulaire marketing une valeur sûre pour l'organisation en termes de revenus. Or, une institution de soins et de services de santé ne peut attirer de spécialistes qu'en leur offrant une pratique professionnelle de première ligne. Pour

attirer ces ressources humaines – ressources humaines qui sont d'autant plus rares puisqu'elles sont ultra spécialisées – les hôpitaux n'ont d'autres choix que de miser sur les services de troisième et quatrième ligne. Donc diminuer l'offre de services au niveau de la première ligne, pour accroître l'offre au niveau de la troisième et quatrième ligne pour ainsi maintenir la demande (l'intérêt) des spécialistes. Qui plus est, en ayant les ressources humaines nécessaires, l'organisation s'assure de maintenir une réponse à la demande provenant de la clientèle et ainsi, atteindre des masses critiques suffisantes.

Les démarches et les stratégies entreprises sont donc beaucoup plus laborieuses au niveau des soins tertiaires/quaternaires qu'au niveau des soins primaires/secondaires. Donc, si l'offre et la demande étaient les mêmes entre ces différents niveaux de soins, il est probable que les stratégies seraient similaires. Or, la situation étant différente, les stratégies sont différentes.

Enfin, autre incontournable dans le positionnement stratégique des organisations, les relations interpersonnelles. Cet élément, à défaut de la démographie et de la relation offre et demande, n'est pas influencé par les transformations de l'environnement. Cet élément dépend uniquement des personnes présentes au sein des établissements et de la nature des relations existantes. Même le niveau de soins n'influence pas réellement cette variable. Si les relations sont de nature harmonieuse entre les partenaires, que les gens ont établi des contacts professionnels et amicaux depuis un certain temps, ceux-ci seront plus portés à adopter des stratégies de collaboration avec les membres de l'autre établissement. Or, si les relations sont tumultueuses, que l'historique des relations est synonyme d'échecs consécutifs, il y a fort à parier que les stratégies de collaboration ou de complémentarité, stratégies où le niveau de coopération est élevé, seront plus rares. À ce moment, des stratégies de parallélisme ou de compétition seront plus probables.

Malgré toute l'importance de cette réflexion, à savoir que les stratégies seront différentes en fonction du niveau de soins considéré et aussi en fonction des relations interpersonnelles existantes, il demeure tout de même que nous croyons que les

stratégies au niveau des soins tertiaires et quaternaires influenceront de manière plus marquée la trajectoire des organisations. Nous appuyons notre prise de position en fonction du caractère universitaire de ces deux établissements. En effet, CH1 et CH2 sont des établissements universitaires (affilié ou à vocation universitaire). Or, la raison d'être d'un établissement universitaire est justement d'être le pôle de référence pour les soins et services tertiaires et quaternaires ; tous les services primaires et secondaires pouvant être réalisés dans des établissements généraux. Donc, pour défendre ce rôle qui leur est accordé par le ministère de la Santé du Québec, les deux hôpitaux devraient, à notre avis, avoir des stratégies plus influentes sur l'organisation en général, au niveau des soins tertiaires et quaternaires.

5.2 STRATEGIE RETENUE : NIVEAU DE SOINS PRIMAIRES ET SECONDAIRES

Lors des entrevues, les personnes rencontrées, aussi bien à CH1 qu'à CH2, nous ont soulignées que des stratégies de collaboration existent entre les deux établissements. Or, ces stratégies sont de mise principalement lorsque les bassins de clientèle sont suffisamment importants, voire trop importants, pour les deux hôpitaux. Ceci est particulièrement le cas au niveau des soins intensifs (tout dépendant du cas), de la natalité et de l'urgence, services qui sont dans les faits des services plutôt secondaires – *« services permettant de traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux complexes, mais répandus...sauf exception, la référence d'un professionnel est nécessaire pour avoir accès à ces services »* (MSSS, 2004, p.25). :

« Aux soins intensifs, et en néonatalogie, y a des collaborations apolitiques – dans le sens que c'est des collaborations purement cliniques. T'sé, aux soins intensifs, par exemple, les médecins se parlent tous les jours – quand y a des cas sérieux... d'une part et d'autre, essayant de... ... d'égaliser les rentrées des cas dans les deux unités de soins intensifs. » (CH2)

« Et d'ailleurs, je sais pas si vous le savez – les cinq pouponnières à Montréal se parlent. [...]Trois fois par jour – y a tout un système... Tout un système – Maisonneuve, CH2 et Jewish... Vic, et... OK... tout un système, cinq fois par jour. Et

bientôt, ça va être sur ordinateur pour le cas où des mamans pouvaient pas être prises. » (CH1)

« Ça veut dire qu'entre médecins, on n'oublie pas... et je pense qu'on ne doit jamais oublier que notre priorité est le patient. Le reste, nos émotions, c'est pour après. » (CH2)

Bien que ces stratégies de collaboration existent, la grande majorité des personnes rencontrées nous ont mentionné que ces dernières ont surtout lieu au niveau des professionnels-cliniciens. À ce titre, voici la répartition des professionnels et des gestionnaires des deux hôpitaux rencontrés :

Répartition des avis, recueillis à CH1, en regard du niveau auquel se situent principalement les actions de collaboration

Tableau IX	Niveau clinique	Niveau administratif
Gestionnaires	2	1
Professionnels	2	0

À la lecture de ce tableau, il est possible de constater que la plupart des personnes rencontrées à CH1 croient que les relations de collaboration sont plus présentes au niveau des professionnels. Cela n'exclue pas toutes les démarches entreprises au niveau administratif mais, en règle générale, les stratégies de collaboration émergent des relations professionnelles :

« Moi je vas te dire... d'avoir travaillé des deux côtés et de connaître des gens encore... des deux côtés, le problème est pas au niveau des employés, là, pis des professionnels et des médecins. Des fois, c'est sûr qu'y a des frictions, de la politique... mais de façon générale, entre professionnels, eux autres sont là pour donner des soins. OK. C'est les administrations, c'est le gouvernement... c'est les universités, c'est les politiques, la langue... » (CH1)

« Certains d'autres – certains programmes se parlent. Y en a certains qui se parlent pas là... Mais... Et je trouve ça intrigant qu'au niveau clinique, y a cette complicité... mais en termes d'organisation, on n'est pas là encore. » (CH1)

« Les équipes cliniques je vous dirais c'est plus facile pour elles de travailler ensemble... parce que justement, elles sont

concentrées toutes les deux sur la même priorité, qui sont les soins aux patients. Quand on travaille au niveau administratif, on doit tenir compte de d'autres dimensions... que les cliniciens, qui ne concernent pas toujours... c'est pas la priorité des cliniciens. Donc... c'est plus facile au niveau clinique... et on a... plusieurs exemples d'équipes qui fonctionnent très bien ensemble à CH2... et CH1. » (CH1)

Les personnes rencontrées expliquent cet état de fait par les relations « apolitiques » qui existent entre les cliniciens, collègues de longue date pour certains – bonnes relations interpersonnelles –, et par l'orientation client de ces derniers par rapport à la vision organisationnelle qu'auraient les administrateurs: « *Alors j'ai des groupes qui ont de la misère à travailler ici à l'intérieur, mais qui collaborent très bien entre les deux hôpitaux... parce qu'y sont focussés sur le patient, eux autres* » (CH1). Enfin, l'un des interlocuteurs rencontrés mentionne que l'une des raisons expliquant le peu de collaboration au niveau administratif serait due, entre autres choses, à l'esprit de compétition qui existe entre les deux organisations: « *[en référence à l'esprit de compétition] Moi j'aimerais qu'on rentre dans des collaborations comme des partners égaux. Si on pouvait avoir ça comme principe de base...* » (CH1).

Afin de poursuivre l'analyse, voici la répartition des propos recueillis auprès des membres de l'organisation de CH2 :

Répartition des avis, recueillis à CH2, en regard du niveau auquel se situent principalement les actions de collaboration

Tableau X

	Niveau clinique	Niveau administratif
Gestionnaires		2
Professionnels	3	

Dans un premier temps, il est possible de remarquer qu'il y a, dans ce tableau, une prise de position différente de celle adoptée par les membres de CH1. En effet, plus de gestionnaires croient, à CH2, que les tentatives ou les réalisations de relations de collaboration sont d'origines administratives: « *[stratégies de collaboration] Mais ça répondait moins bien sur le terrain* » (CH2). Dans le même ordre d'idées, un des

administrateurs rencontrés nous a mentionné avoir tenté à plusieurs reprises par le passé d'établir des liens de collaboration entre les deux établissements. Par contre, cette personne nous spécifiait qu'aucune des tentatives de rapprochement réalisées n'a été un réel succès.

D'un tout autre point de vue, l'ensemble des professionnels croit que les stratégies de collaboration, entre les deux hôpitaux, sont des relations non formelles qui existent grâce aux liens interpersonnels des cliniciens :

« Moi personnellement, j'ai un très bon interlocuteur...au niveau pédiatrique à CH1. On a de très bons rapports. Tout part – les bons rapports partent toujours d'un respect. On a du respect l'un pour l'autre...et à ce moment-là, ça facilite les choses. » (CH2)

« Ben on a – on a par exemple avec nos collègues... du milieu anglophone des... .. d'excellentes relations sur le plan interprofessionnel – on se connaît tous sur une base personnelle parce qu'on est souvent amenés à travailler ensemble... malgré tout. Et on essaie autant que faire se peut d'avoir des projets communs, des projets en particulier, des projets de recherche quand c'est possible. Des... des... collaborations sur des techniques particulières. » (CH2)

Aucun des professionnels rencontrés ne pensent que l'organisation est à l'origine de la collaboration entre les deux établissements. Un interlocuteur allant même jusqu'à dire que, dans les faits, la collaboration n'est pas réellement présente : *« Réellement, dans les faits, ça se fait pas – oubliez ça. On va dire qu'on collabore – tout le monde va dire qu'on collabore...pratico-pratique, CH1 collabore pas avec nous. » (CH2)*

Enfin, une fois abordé le sujet de la collaboration, il s'avère important de traiter de l'impact de l'adoption d'une telle stratégie au niveau organisationnel. À ce sujet, il semble y avoir consensus. En effet, peu importe l'individu rencontré, administrateur ou professionnel, et peu importe la provenance de ces derniers, CH1 ou CH2, l'ensemble des participants étaient d'avis que la collaboration est une stratégie positive pour leur organisation.

La collaboration serait, à leur avis, un moyen efficace de contrer le manque de ressources humaines, d'améliorer le développement des connaissances et des

compétences, de favoriser le cheminement de la clientèle à travers les strates du système de soins pédiatriques montréalais, de promouvoir la recherche et le développement, etc. Voici donc, à titre d'exemples, quelques citations confirmant cet énoncé:

«Un avantage, je pense, c'est au niveau recrutement au Québec. Autre avantage, c'est un travail plus étroit en termes de formation...des médecins pédiatriques futurs, formation des soins infirmiers en pédiatrie...des collaborations en recherche...» (CH1)

« Je pense que c'est partager, avoir un corps professoral beaucoup plus fort...parce qu'on va s'allier on va être beaucoup plus nombreux...unir les ressources c'est sûr que c'est meilleur. » (CH2)

« Alors la collaboration autant avec CH2, mais aussi avec les RUIS pour nous semble une valeur ajoutée parce que plus on uniformise nos façons de faire, nos processus, plus c'est facile après que les patients transitent d'un centre à l'autre, d'un établissement à un autre si y a moins de différence dans les façons de faire. » (CH1)

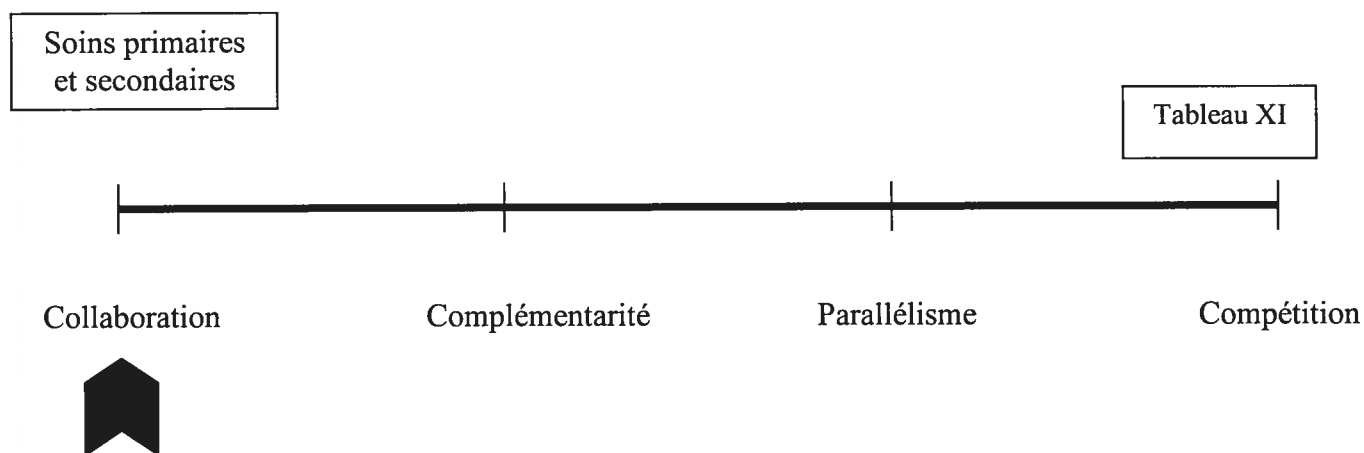
Malgré tous les aspects positifs de la collaboration, il n'en demeure pas moins que cette stratégie n'est pas infaillible. À cet effet, quelques personnes rencontrées en entrevue nous ont exposé certaines limites de la collaboration. Parmi ces éléments, notons la fragilité des relations organisationnelles et l'historique des relations interpersonnelles.

Ainsi, il semblerait que la collaboration soit une stratégie difficile à maintenir entre deux organisations. Ceci est dû à la possibilité qu'une des deux organisations prenne avantage du climat de confiance existant pour prendre de l'avance sur ses propres projets, faire des liens stratégiques avec d'autres organisations, etc. C'est ce qui est appelé en termes courants les « free-riders » :

«On est transparent – on est honnête. Bon ok, on va en faire des bouts et on va essayer de constituer quelque chose. Pis en même temps, ils travaillent sur un autre projet!» (CH2)

« On peut ben signer toutes les ententes que vous voulez mais si c'est pas fluide, si on répond pas à vos besoins, les gens ça marchera pas. » (CH1)

Somme toute, à la lumière des exemples de collaboration énumérés par les personnes rencontrées en entrevue, il est possible d'affirmer que la collaboration, entre les deux établissements de soins et de santé pédiatriques, existe principalement lorsque les volumes de clientèle, la demande, dépassent l'offre de service d'un établissement. Qui plus est, cette collaboration prend place plus spécifiquement au niveau clinique, là où les enjeux administratifs sont moindres. Cette collaboration permettrait une capacité accrue de développement des ressources humaines, de remplacements, de recherche scientifique, etc. Or, les relations de collaboration ne se font pas à n'importe quel prix; elles sont conditionnelles à l'élaboration de partenariat « égal à égal » et nécessite un engagement fiable.



5.3 STRATEGIE RETENUE : SOINS TERTIAIRES ET QUATERNAIRES

La problématique plus particulièrement considérée dans cette section de l'étude de cas, soit la diminution du bassin de clientèle pédiatrique au Québec, provoque d'ores et déjà un impact sur les volumes d'activités des soins tertiaires et quaternaires. Tel que présenté précédemment, la tendance principale qui se dégage de l'étude des volumes d'activités en est une qui est à la baisse. Par exemple, les secteurs d'activités telles la neurochirurgie (pour CH2) et la chirurgie cardio-thoracique, secteurs dits de troisième et quatrième ligne – « *services offerts sur une base nationale, concentrés dans un nombre limité d'endroits et habituellement accessibles sur référence d'un professionnel. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé et des problèmes sociaux très complexes, dont la prévalence est souvent plus faible* » (MSSS, 2004, p. 26), sont en décroissance depuis les dernières années. C'est plus exactement une diminution globale, pour les deux établissements combinés, de 2,6 % pour la neurochirurgie et 2,2 % pour la chirurgie cardio-thoracique ; diminution notée pour les années 1995 à 2003 (MedEcho, 2005). Ces baisses de volume ont pour effet de diminuer la capacité des établissements à atteindre des masses critiques suffisantes.

Dans ce contexte, il s'avère que les stratégies retenues ne sont pas les mêmes que celles retenues en contexte de soins primaires et secondaires. En effet, il semblerait qu'au niveau des soins tertiaires et quaternaires, la collaboration entre les deux établissements pédiatriques sur l'île de Montréal ne soit pas la stratégie priorisée. Deux stratégies, selon les personnes rencontrées, seraient plus à propos à ce niveau. Il s'agit de la stratégie dite de parallélisme ou de la stratégie de compétition.

Dans un premier temps, la stratégie de parallélisme se traduit par une autonomie marquée en regard de l'autre établissement pédiatrique voisin. Donc l'établissement réalise ses activités quotidiennes sans tenir compte de l'offre de services de l'autre hôpital pédiatrique.

Dans les faits, cela peut se traduire par un souhait de collaboration ou de création de partenariats avec d'autres organisations. Ainsi, la collaboration pourrait être établie avec des hôpitaux pour adulte sur le territoire montréalais, exemple l'Institut de cardiologie ou le Royal Victoria, et le recrutement pourrait s'étendre à l'international : « *...en ayant des contrats plus payants avec certains pays, cela nous permettrait de garder une expertise locale sans avoir besoin – encore une fois, ce serait une autre option...par rapport à regrouper des clientèles québécoises.* » (CH2)

Le parallélisme, comme toutes stratégies, possède ses avantages et ses limites. Du côté des avantages, à la lumière des commentaires recueillis, nous croyons réaliste de croire que cette stratégie pourrait dynamiser l'offre de services d'une organisation. Par exemple, il serait possible de faire référence à la diversification des services engagée par CH2 depuis 1995. Au cours de cette année, CH2 devient non plus uniquement un centre pédiatrique mais un centre mère-enfant. De plus, en 2000, la diversification de l'offre de services se poursuit alors CH2 fusionnait avec un centre de réadaptation. Ceci lui permit, une fois de plus, d'étendre sa gamme de services. Toujours dans le même ordre d'idée, lors d'une rencontre à CH2, notre interlocuteur nous a fait part de sa stratégie en regard de l'entrée en vigueur de la loi sur les RUIS. Ce dernier stipulait que, pour sa part CH1 ferait bien ce qu'il voudrait sur son territoire de RUIS, alors que lui allait s'affairer à développer des services dans les trois autres territoires de RUIS, territoires nommés de manière métaphorique comme étant des lacs : « *La stratégie est la suivante. Les quatre lacs.. y a un lac qui .. dont l'eau a une couleur spéciale, c'est CH1.. Donc il y a 23 % de la population du Québec. OK? Les trois autres lacs, sensiblement la même couleur de l'eau, a 77 %...*» (CH2)

Ce type de stratégie, c'est-à-dire la stratégie de parallélisme, peut cependant provoquer chez l'établissement voisin une certaine incompréhension. En ce sens, l'une des personnes rencontrées à CH1 ne comprenait pas l'attitude plutôt « indépendante » de CH2 à leur égard : « *CH2...a fait venir son meilleur copain qui vient de France...qui est un chirurgien français...mais pourquoi – pourquoi ils réfèrent pas les patients ici?* » (CH1). Il est à noter que cette citation faisait référence

à la situation impliquant des cas de chirurgies cardio-thoraciques. Qui plus est, une autre limite à la stratégie de parallélisme, principalement pour l'organisation ayant décidé de faire cavalier seul, consiste en l'anonymat qui en suit. En effet, il est possible qu'en travaillant de manière autonome, l'organisation se fasse oublier des autres organisations; ce qui limite, du coup, les sources de financements, etc. : *« Seulement ça a un désavantage, c'est qu'on vous oublie. Quand on ne vous voit plus, on vous oublie – loin des yeux, loin du cœur... Quand on n'est pas connu, on peut pas avoir de fonds. » (CH1)*

Toujours au niveau des soins tertiaires et quaternaires, une autre stratégie semble être utilisée par les deux établissements rencontrés. Il s'agit de la stratégie de compétition. Cette stratégie s'avère beaucoup plus utilisée au niveau des soins tertiaires et quaternaires puisqu'elle vise la protection des acquis, la protection de la niche organisationnelle afin que cette dernière ne se voie pas trop modifiée malgré la baisse du bassin de clientèle pédiatrique. Selon l'avis de plusieurs, cette stratégie existe entre les deux établissements depuis maintenant plusieurs années : *« Y a un historique de compétition dans la ville qui date depuis le début que les hôpitaux ont commencé. » (CH1)*

Et quoi que nous puissions en penser, étant donné qu'il s'agit d'établissements publics qui ne devraient supposément pas avoir le même type de stratégie que les entreprises privées – en référence à l'article de Nutt & Backoff (1992) – la stratégie de compétition est une stratégie utilisée et assumée par les établissements pédiatriques: *« [En référence aux territoires de RUIS] ...chaque groupe de propriétaire du lac...disons garde jalousement son nouveau lac... Fait que là, un nouveau qui arrive – et surtout, un nouveau qui est menaçant, c'est pas évident! » (CH2)*

Pour pousser l'analyse de la stratégie de compétition à un niveau plus détaillé, voici quelques exemples de l'application de cette dernière. Par exemple, la compétition interorganisationnelle peut se traduire, entre autres, par le recrutement de spécialistes provenant de l'autre hôpital. Cette stratégie fut tentée, de la part de CH2, pour

recruter le neurochirurgien de CH1. Nul besoin de souligner que ce type de spécialiste s'avère être d'une grande rareté pour les organisations, dans ce cas-ci particulièrement pour CH2:

«... la neurochirurgie, ils étaient ... ils sont trois... au CH1 et nous on indique qu'on a un seul neurochirurgien à CH2. [...] des neurochirurgiens du CH1 ont appelé le nôtre et l'inviter à venir... Et ce qu'ils lui ont proposé, non pas un service conjoint... c'est de se joindre à eux autres dans leur équipe. Fait que vous comprenez que notre neurochirurgien est revenu furieux... et dire... Écoutez. » (CH2)

Ensuite, la compétition entre les deux établissements peut se traduire par le refus d'opérer ou d'assister les cliniciens de l'autre hôpital pédiatrique. Cet exemple fait plus spécifiquement référence à l'expérience du « Cœur de Berlin ». En effet, lors de leur première intervention nécessitant l'utilisation du Cœur de Berlin, les professionnels cliniciens de CH2 communiquèrent avec CH1 pour obtenir de l'assistance. Les professionnels de CH1 conclurent à ce moment qu'il serait plus profitable pour le patient d'être transféré et opéré à CH1 étant donné leurs expériences antérieures. Or, une telle opération représente disons-le, en termes scientifique, professionnel et marketing, une opportunité certaine pour un centre hospitalier. De ce fait, mais aussi considérant le manque de stabilité du jeune patient, CH2 refusa l'offre de transférer le patient à CH1. Du coup, CH1 décida de ne pas collaborer avec CH2 pour la réalisation de cette opération de pointe. CH2 prit donc la décision de faire venir des spécialistes de l'Institut de cardiologie et réalisa l'opération.

Plusieurs personnes rencontrées en entrevue, autant à CH1 qu'à CH2, nous ont spécifié qu'il s'agissait d'un exemple plus que flagrant de la compétition existante au niveau des soins tertiaires et quaternaires entre les deux organisations. De manière plus précise, voici le commentaire d'un des administrateurs de CH1 en regard de cette situation, citation qui dénote bien toute l'ampleur de la relation de compétition:

« Moi je pense que ça, c'est une occasion manquée – manquée complètement [...] Si y avaient eu le moindrement une pensée stratégique, ces gens-là, y auraient dit – Voici l'occasion rêvée. On la fait rentrer au CH1 et elle travaille avec le gars du CH2 et le cas est fait – la bannière dans les journaux CH2 et le CH1 s'unissent pour sauver la vie d'un patient! Tu vois ça – la stratégie ne pouvait pas être mieux que ça, OK! Mais on s'est tirés dans le pied! » (CH1)

Les raisons invoquées par les personnes rencontrées en entrevue, pour expliquer l'usage de stratégie de compétition plutôt que celle de collaboration, sont diverses. En fait, plusieurs d'entre elles ont souligné l'historique de compétition subsistant entre les deux hôpitaux pédiatriques *«Les relations sont beaucoup – sont beaucoup des relations de compétition à l'heure actuelle.»* (CH2). La plupart des raisons avancées pour expliquer cette attitude reposent, entre autres, sur des questions linguistiques, sur le souhait d'être perçue comme étant la meilleure organisation de soins de santé, sur les orientations politiques, etc.:

« Et force à développer deux différentes facultés de médecine – veut, veut pas, y a comme une compétition qui s'installe là. Et je dis pas que... moi quand je dis compétition, c'est pas nécessairement mauvais, c'est pas nécessairement négatif. » (CH1)

« C'est une question de fierté, d'être le meilleur, toujours vouloir se montrer comme le meilleur. Mais c'est une espèce de drive – c'est ce qui nous amène à... disons – il faut jamais prendre ça trop au sérieux, mais c'est une espèce de jeu. » (CH2)

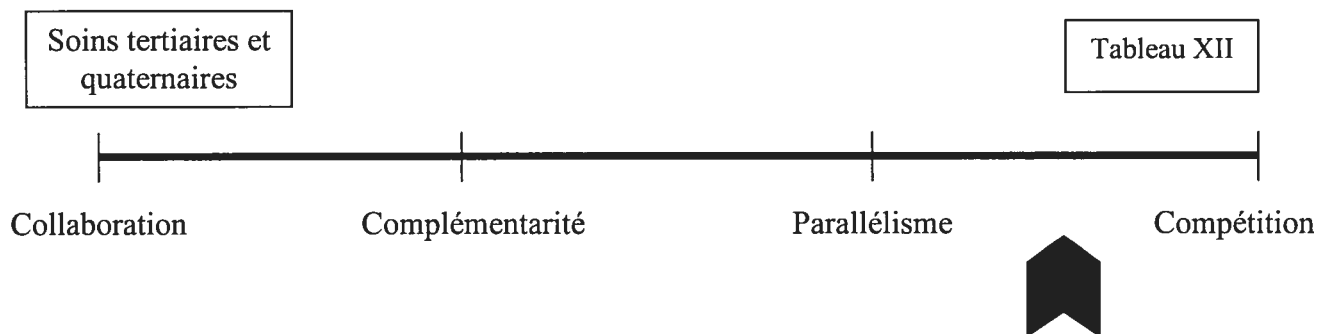
Qui plus est, lorsque vient le temps de discuter des avantages reliés à la compétition, la plupart des acteurs rencontrés s'entendent pour dire que cette stratégie peut s'avérer positive pour les organisations de soins de santé pédiatriques. Il s'agit, en fait, que la compétition s'opère dans le respect de l'autre et qu'elle permette aux organisations de se surpasser :

« Des fois, une compétition donne que chaque groupe d'intervenants vont essayer davantage de faire... le mieux possible, de développer des choses. Alors... y a un élément de compétition, je trouve, est saine. » (CH1)

« Y a déjà une compétition et la compétition peut être même bénéfique – on appelle ça de l’émulation dans ce temps-là et ça se vit – ça se vit à mon avis... très bien. » (CH2)

Malgré les avantages possibles de la compétition, il n’en demeure pas moins que certains gestionnaires et professionnels croient que la compétition pourrait être négative pour les hôpitaux pédiatriques. Cela se traduit principalement lorsque le bien-être du patient est mis en jeu ou bien, lorsque la compétition affecte le moral des employés d’une organisation : *« Je pense que ça démoralise... ça peut jouer sur le moral des gens »* (CH1). De plus, il ne faut pas ignorer que le recours à une telle stratégie peut aussi s’avérer une avenue plus coûteuse. En effet, dans le cas où un patient est transféré à Toronto plutôt qu’à l’établissement pédiatrique voisin, ceci multiplie les coûts de transport et les coûts d’hébergement pour les familles.

Enfin, en contexte de transformation de leur environnement, principalement lorsque cela concerne la diminution du bassin de clientèle pédiatrique, les organisations semblent s’éloigner davantage des relations de collaboration. En fait, au niveau des soins tertiaires et quaternaires, niveau de soins où les volumes d’activités tendent à diminuer depuis les dernières années, il serait plus juste de constater que les principales stratégies organisationnelles retenues sont de l’ordre de la compétition et parfois du parallélisme. Ces stratégies, en comparaison aux stratégies retenues au niveau des soins primaires et secondaires, sont des stratégies plus protectrices, voire plus agressives. Ici, il n’est plus question de partager les clientèles à grand volume, il est plutôt question de conserver ses atouts concurrentiels, de conserver ses acquis professionnels et organisationnels pour être en mesure de demeurer performant, et ce, malgré les coûts, la discorde, la multiplication des ressources, etc., que cela peut engendrer.



5.4 STRATEGIE RETENUE : LES SOUHAITS

De façon générale, les stratégies retenues pour faire face aux importants changements qui ont cours dans la niche organisationnelle des hôpitaux pédiatriques montréalais, sont principalement des stratégies de collaboration, de compétition et de parallélisme; tout dépend du niveau de soins analysé. Or, il n'en demeure pas moins que les aspirations stratégiques des professionnels et administrateurs rencontrés sont tout autres. En effet, les stratégies discutées, à la question « *quelle stratégie serait la stratégie la plus pertinente à adopter pour offrir des soins et des services de santé de qualité à la population pédiatrique du Québec ?* », étaient d'un autre ordre. Bien entendu, la collaboration a été énoncée, mais de manière générale deux stratégies ont dominé les discussions : la fusion et la complémentarité.

Dans un premier temps, parmi l'ensemble des professionnels et des gestionnaires interviewés, les seules personnes à affirmer que la fusion pourrait être la stratégie à retenir pour leurs organisations provenaient de CH2. Ces derniers y voyaient des avantages, entre autres, au niveau des regroupements des volumes pour l'atteinte de masses critiques, du regroupement des savoirs professionnels et médicaux, du rehaussement du bien-être des jeunes patients, etc. Seulement deux personnes rencontrées à CH2 ne partageaient pas cette vision :

« Et je pense que la population québécoise a intérêt à garder ce concept-là – ne pas séparer – ne pas vouloir toujours séparer en moitié comme pour des enfants gâtés parce que ce qui est important, c'est le tout... c'est la complémentarité à l'intérieur d'une même institution, beaucoup plus à mon avis que la complémentarité entre deux institutions qui vont être séparées plus qu'elles ne sont maintenant. » (CH2)

« Alors c'est sûr que si on unifie dans un seul site, y a plus d'exposition, y a plus de... patients, plus de masse critique. Ça nous permet aussi d'avoir peut-être une meilleure coalition, de meilleures discussions. Je pense que c'est une force pour le corps professoral de tout le monde. Mais... tout le monde le voit pas comme ça. » (CH2)

« On est deux centres, on devrait avoir... on sait que si on donne... – dans le fond, ça serait mieux qu'on ait un seul centre de pédiatrie au Québec. » (CH2)

Tout comme à CH2, la stratégie consistant à fusionner les établissements de soins et de services de santé pédiatriques a été abordée. Or, à défaut de rencontrer une minorité d'individus rejetant cette avenue stratégique (deux personnes à CH2), ce fut l'ensemble des personnes interrogées qui refusèrent de considérer la fusion comme une stratégie valable pour leur organisation. D'un côté comme de l'autre, les raisons invoquées étaient semblables. Ainsi, la fusion ne pouvait être souhaitable puisqu'il y a un trop grand volume d'activités réalisées dans certains secteurs, parce que les affiliations universitaires ne sont pas les mêmes, parce que le choix laissé aux parents serait brimé, etc. :

« De façon très réaliste, avec ce que j'ai ici, je ne suis pas capable de tout prendre. Mon urgence n'est pas suffisamment grande pour avoir le volume combiné de l'urgence du CH1 et du nôtre. Donc je sais pas si j'ai envie de ça, moi. Donc le premier point qu'on a dit – On devrait avoir deux institutions pédiatriques. » (CH2)

« Je pense pas que mettre les deux hôpitaux ensemble va régler – on va faire – on va régler un problème pour en créer un autre en quelque part... parce que là, la dimension académique, laisse-moi te dire qu'elle vient se compliquer par 10. » (CH1)

Dans un autre ordre d'idées, l'autre stratégie considérée par les gestionnaires et les professionnels rencontrés est la stratégie de complémentarité. Cette stratégie, comparativement à la stratégie de fusion, rejoint plus facilement la majorité de gens interviewés, qu'ils soient de CH2 ou bien de CH1. À cet effet, le regroupement des volumes pour maintenir des masses critiques suffisantes, le regroupement des expertises médicales, l'achat de technologies médicales, la reconnaissance des deux hôpitaux pédiatriques sur le territoire, sont parmi les raisons évoquées par les deux hôpitaux. Cette stratégie, toujours selon les personnes rencontrées en entrevue, serait plus applicable à certains secteurs d'activités comme la neurochirurgie et la cardiologie:

« Mais de toute façon, quand on parle de soins ultra-spécialisés, je pense que ce qui va être plus réaliste, ce sera de maintenir des établissements tertiaires... mais de travailler en complémentarité. Et de ce moment-là, de pas faire du dédoublement d'expertises et de plateaux techniques dans les soins quaternaires et tertiaires... comme le secteur cardiaque, et le secteur neurologie par exemple. » (CH1)

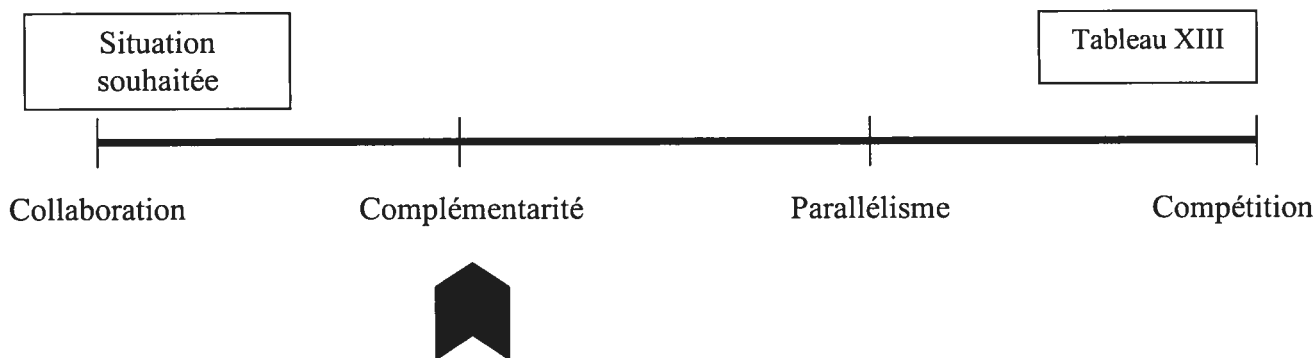
« Et il y a des choses qui se font seulement dans un seul centre actuellement mais je veux dire... pour la pathologie rare, c'est mieux concentrer les forces que les diluer. » (CH2)

Malgré que la grande majorité des personnes rencontrées en entrevue voient dans la stratégie de complémentarité certains avantages, il n'en demeure pas moins que des limites ont été soulevées à l'égard de cette stratégie. En effet, parler de complémentarité implique une réflexion qui mène vers une décision difficile à prendre, qui prendra quoi? Ainsi, celles qui s'avèrent en accord avec la complémentarité ne le sont pas nécessairement en fonction des mêmes règles. Chacune des institutions souhaite faire de la complémentarité, mais sans trop y perdre. À cet effet, une personne rencontrée à CH2 nous expliquait qu'elle était en faveur de la complémentarité tant que l'on réunissait tous les secteurs d'activités tertiaires et quaternaires sous son toit :

« Mais faut voir plus loin – faut que tu te protèges un peu. Si on m'enlève 80 % de mes programmes quaternaires sous prétexte que les autres le méritent plus que moi, et ça se discute d'une chose où j'ai pas d'arguments à donner, je participe pas... Je vois pas le train passer là. Je suis pas invitée à la gare moi, là. Je vois pas le train passer. » (CH1)

« Ici, l'option c'est que tous les services tertiaires ou quaternaires peuvent être sous le même toit [...] Donc... on n'a pas assez de volume pour avoir... pour détricoter... c'est tricoté serré... » (CH2)

Alors, dans le cas où la complémentarité serait l'option stratégique retenue, les règles de répartition des services devront être clairement définies. Il est peu probable de croire que l'application d'une telle stratégie ne se fera sans de longues et fastidieuses discussions entre les différents paliers décisionnels. C'est pour cela qu'au quotidien, ni la fusion, ni la complémentarité ne sont des stratégies considérées.



5.5 SYNTHÈSE : TACTIQUE ET STRATÉGIE RETENUES

En résumé, les changements dans la niche organisationnelle sont, dans les cas analysés, des changements majeurs pour les deux établissements pédiatriques de Montréal. Ces changements, plus spécifiquement la baisse du bassin de clientèle pédiatrique, la diminution des ressources humaines, la diminution des revenus de financement (net), etc., forcent les organisations à réagir pour conserver leurs parts de marché. Ceci dit, tout dépendant du niveau de soins considéré – étant donné la disponibilité de ressources différentes d'un secteur à l'autre – les stratégies retenues seront différentes. Or, une grande tendance se dégage, plus les ressources disponibles sont nombreuses, plus les stratégies sont davantage axées sur la collaboration. À l'opposé, une rareté des ressources implique, plus souvent qu'autrement, des relations de compétition.

CHAPITRE 6 – DISCUSSION

6.1 DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Ce dernier chapitre vise à mettre en parallèle les résultats obtenus dans le cadre de l'analyse des hôpitaux pédiatriques montréalais avec les similitudes et les différences contenues dans la littérature spécialisée. À partir du modèle initial, nous présentons nos résultats ainsi que nos conclusions. Par la suite, à la lumière des résultats obtenus, nous suggérons certaines bonifications au modèle afin d'optimiser son utilisation.

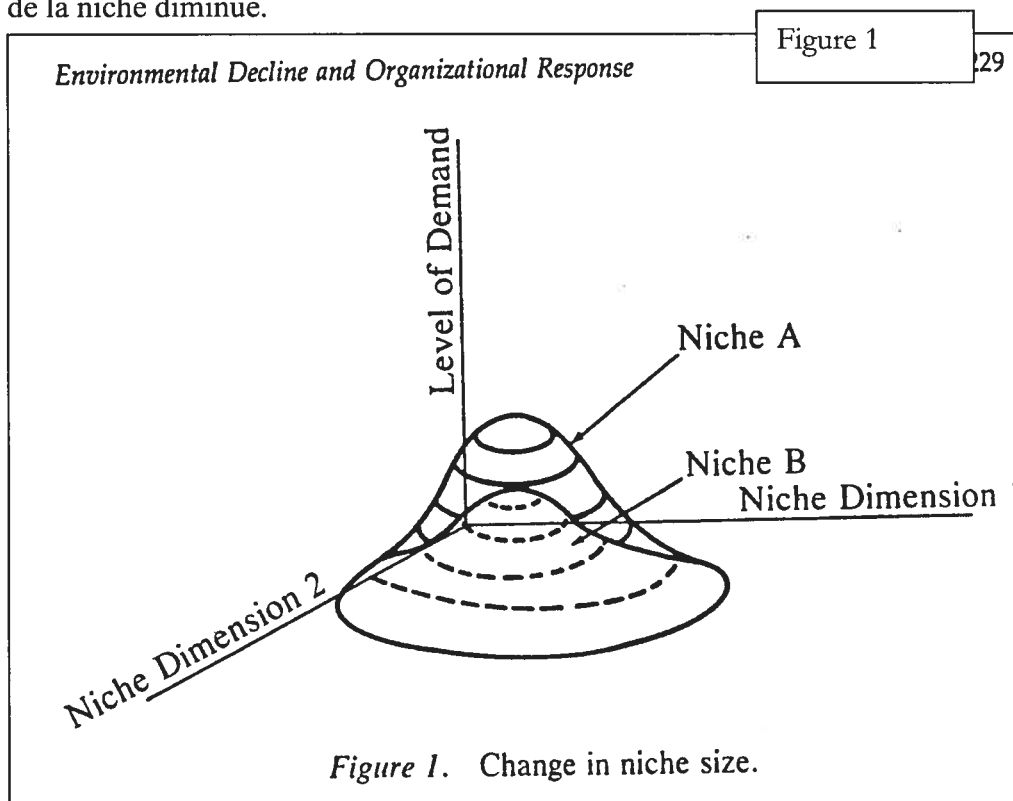
6.1.1 L'application au modèle théorique

Selon le modèle de la niche organisationnelle proposé par Cameron et Zumtato (1983), modèle qui s'inscrit dans une perspective écologique en gestion, la niche est un amalgame des ressources disponibles (ressources technologiques, financières, consommateurs, humaines, etc.) pour l'organisation afin de supporter ses activités quotidiennes. Notons que toutes les modifications de l'environnement, selon nos résultats, correspondent à des éléments qui interfèrent sur la niche organisationnelle des institutions de santé pédiatriques montréalaises.

Bourgeois (1980), McKelvey (1983) et Mintzberg (1998) abondent aussi dans le même sens en distinguant la niche organisationnelle de l'environnement et en établissant le lien causal qui les unit. Bourgeois (1980) dira à cet effet, que la niche organisationnelle est un segment de l'environnement global. Donc, ce qui affecte l'environnement des hôpitaux pédiatriques affecte, du coup, directement l'organisation quotidienne des services de santé : la niche des hôpitaux pédiatriques.

Ainsi, en regard des résultats obtenus, l'hypothèse selon laquelle les hôpitaux pédiatriques montréalais vivent ou ont vécu une transformation de la niche organisationnelle est validée.

Conséquemment, l'ensemble des éléments composant la niche, tel que suggéré par Cameron et Zummatto (1983) sont, selon nos résultats, en pleine transformation. Les ressources disponibles à l'organisation (ressources humaines, ressources financières, etc.) ont changé au cours des années passées. Les organisations de santé pédiatriques passent donc actuellement, en regard de nos résultats, d'une niche A à une niche B où, du coup, la taille de la niche diminue.



(Cameron et Zammut.,1981)

Ainsi, la niche A correspondait à une situation où l'évolution démographique était positive, où les ressources financières (net) étaient plus abondantes, etc. Pour sa part, la niche B est une niche où les administrateurs doivent concilier tous les nouveaux éléments de l'environnement tels la décroissance de la

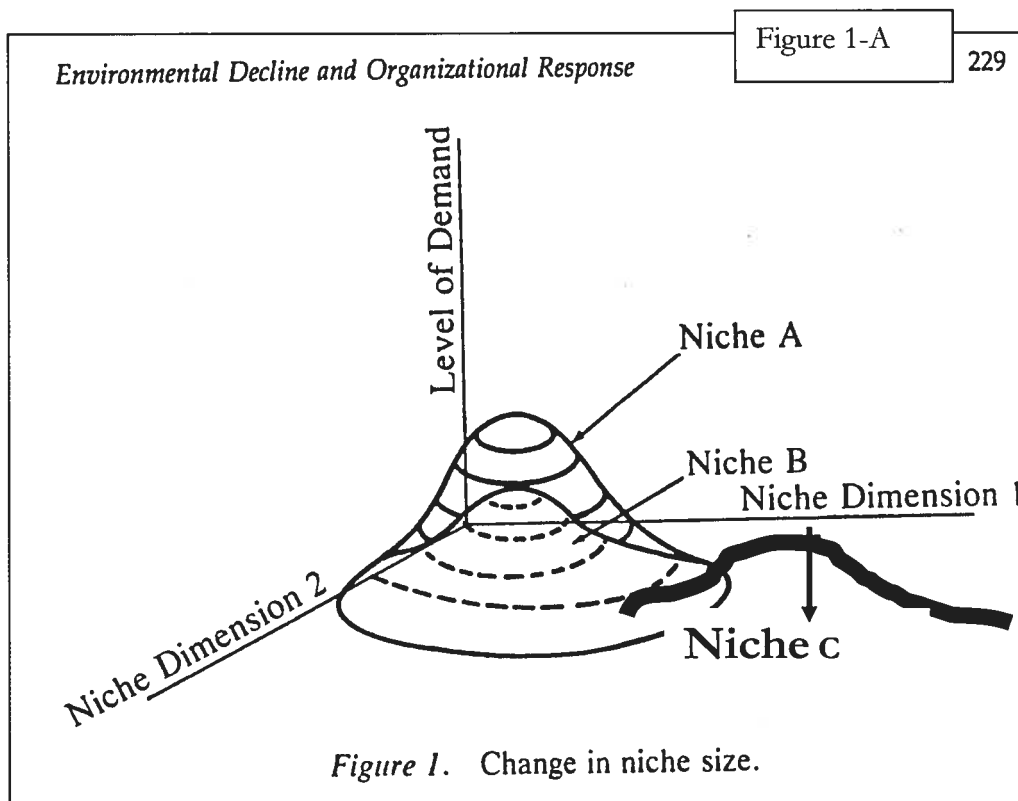
population, le manque de ressources humaines pédiatriques, les difficultés existantes en regard de l'atteinte des masses critiques, etc.

Par exemple, l'analyse de l'évolution financière de CH2, pour les années allant de 2001 à 2004, nous indique qu'il y a eu, en moyenne, une augmentation des revenus de l'ordre de 4,15 %. Du côté des dépenses, c'est une augmentation de 5,3 % qui est constatée. Il y a donc eu effectivement une augmentation des revenus perçus par les hôpitaux, mais du coup, il y a eu aussi une augmentation considérable des dépenses. Finalement, il y a moins de ressources financières disponibles au sein de la niche organisationnelle. Ceci a donc pour conséquences une diminution de la taille de la niche, soit l'importance relative que l'organisation occupe dans le marché.

Ensuite, malgré le fait que Cameron et Zammuto (1983) fassent clairement la distinction entre une modification de la taille et de la forme de la niche organisationnelle, nous constatons à la lumière de nos résultats, que ces deux types de transformations peuvent être simultanément possibles. Ceci signifie qu'en plus de la diminution des ressources de base disponibles à l'organisation – diminution qui a pour conséquences une diminution de la taille de la niche organisationnelle – il serait possible de constater une transformation de la forme de la niche organisationnelle. Donc, une transformation de la niche A en niche C.

Dans le cas à l'étude, plus spécifiquement auprès de CH2, il y a eu une diminution des ressources de bases disponibles à l'organisation. Ceci a eu pour effet une transformation de la niche A en niche B. Or, simultanément, à la lecture des transformations présentes dans l'environnement, l'organisation a changé elle-même les contours de sa niche organisationnelle. Dans un premier temps, CH2 s'est joint à l'hôpital Y (hôpital spécialisé en réadaptation) pour diversifier son offre de services. Ensuite, CH2 a décidé de diversifier sa clientèle pour pouvoir couvrir un bassin de clientèle plus grand. En effet, CH2

reçoit désormais des femmes enceintes qui ont des problématiques de santé chroniques telles le VIH-Sida et le diabète de grossesse. C'est une transformation nommée transformation de la niche organisationnelle par Cameron et Zammuto (1981). Cette stratégie permet donc à CH2 de combler la diminution de la taille de la niche organisationnelle. C'est donc une transformation de la niche B en niche C.



(Cameron et Zammuto, 1981)

Ensuite, l'évolution de la niche organisationnelle des hôpitaux pédiatriques montréalais nous porte à intégrer le concept de déclin. Comme l'ont stipulé certains auteurs tels que Cameron, Kim et Whjetten dans Mone et al. (1998), le concept de déclin est approprié dans les situations où l'on note une diminution des ressources de base disponibles à l'organisation. Or, dans le cas présent, les ressources humaines, les ressources financières, les enfants en général, sont les ressources de base d'un hôpital pédiatrique. Et tel que démontré par nos résultats, ces ressources ne cessent de diminuer. Cette

situation portera le nom, selon Levine (1978), de « *problem depletion* » ou selon Cameron et Zammuto (1981, 1983) de « déclin organisationnel ».

De manière plus pointue, nos résultats suggèrent que le déclin en cours, selon la définition de Sutton (1990), est un déclin de type-K puisque la diminution de ces ressources est de cause externe à l'organisation. En effet, la diminution de la clientèle infantile, la diminution des ressources humaines, l'accroissement des coûts de la technologie sont des changements de l'environnement sur lesquels ni CH1 ni CH2 n'a une quelconque influence. Qui plus est, la classification de Sutton (1990) permet d'établir un lien avec le modèle théorique de Cameron et Zammuto (1983) sur le déclin organisationnel.

Ainsi, dans la section 2.4.1 de ce mémoire, j'allais de l'avant avec l'hypothèse que les hôpitaux pédiatriques montréalais se situaient dans la catégorie ÉROSION. Cette hypothèse est en partie validée.

Figure 18

		CONTINUITY OF ENVIRONMENTAL CHANGE ¹	
		Changements continus	Changements discontinus
TYPES DE CHANGEMENT DE LA CONFIGURATION D'UNE NICHE	Changement de la taille de la niche	<p style="text-align: center;">ÉROSION</p> <p><u>TACTIQUE</u> Proactive</p> <p><u>STRATÉGIE</u> Offensive</p>	<p style="text-align: center;">DIMINUTION</p> <p><u>TACTIQUE</u> Réactive</p> <p><u>STRATÉGIE</u> Défensive ou de consolidation</p>
	Changement du format de la niche	<p style="text-align: center;">DISSOLUTION</p> <p><u>TACTIQUE</u> créatrice</p> <p><u>STRATÉGIE</u> Diversification</p>	<p style="text-align: center;">EFFONDREMENT</p> <p><u>TACTIQUE</u> Expérimentale</p> <p><u>STRATÉGIE</u> Substitution</p>

(Cameron et Zammuto, 1983, 1985)

Tel que décrit précédemment, nos résultats tendent à suggérer qu'il y a une diminution de la taille de la niche organisationnelle. Cela est dû aux modifications survenues dans l'environnement comme par exemple la diminution du bassin de la clientèle pédiatrique.

Ceci dit, à la lumière de la stratégie engagée par CH2 au cours des dernières années, en regard de la diversification de l'offre de services – tel que mentionné à la section 4.1.2, il est possible de conclure qu'une transformation de la niche organisationnelle est tout aussi présente. Notons que cette transformation de l'offre était la conséquence d'une demande grandissante de services différents par la population. Donc, il n'y a pas seulement une modification de la taille de la niche, mais aussi une modification de la forme de cette niche; transformation qui semble cependant perçue uniquement par CH2.

¹ Traduction libre

Enfin, il ne serait pas surprenant de constater une modification similaire de l'offre de services au sein de CH1, et ce, à court terme. En effet, étant donné la nature de la fusion réalisée avec les centres pour adultes, il y a de cela quelques années, il est possible de croire que des changements s'effectueraient. Notons cependant une différence majeure, CH2 semble opter davantage pour une stratégie offensive alors que CH1 semble plutôt suivre le courant; diversifier ses activités mais sans l'avoir nécessairement souhaité et planifié.

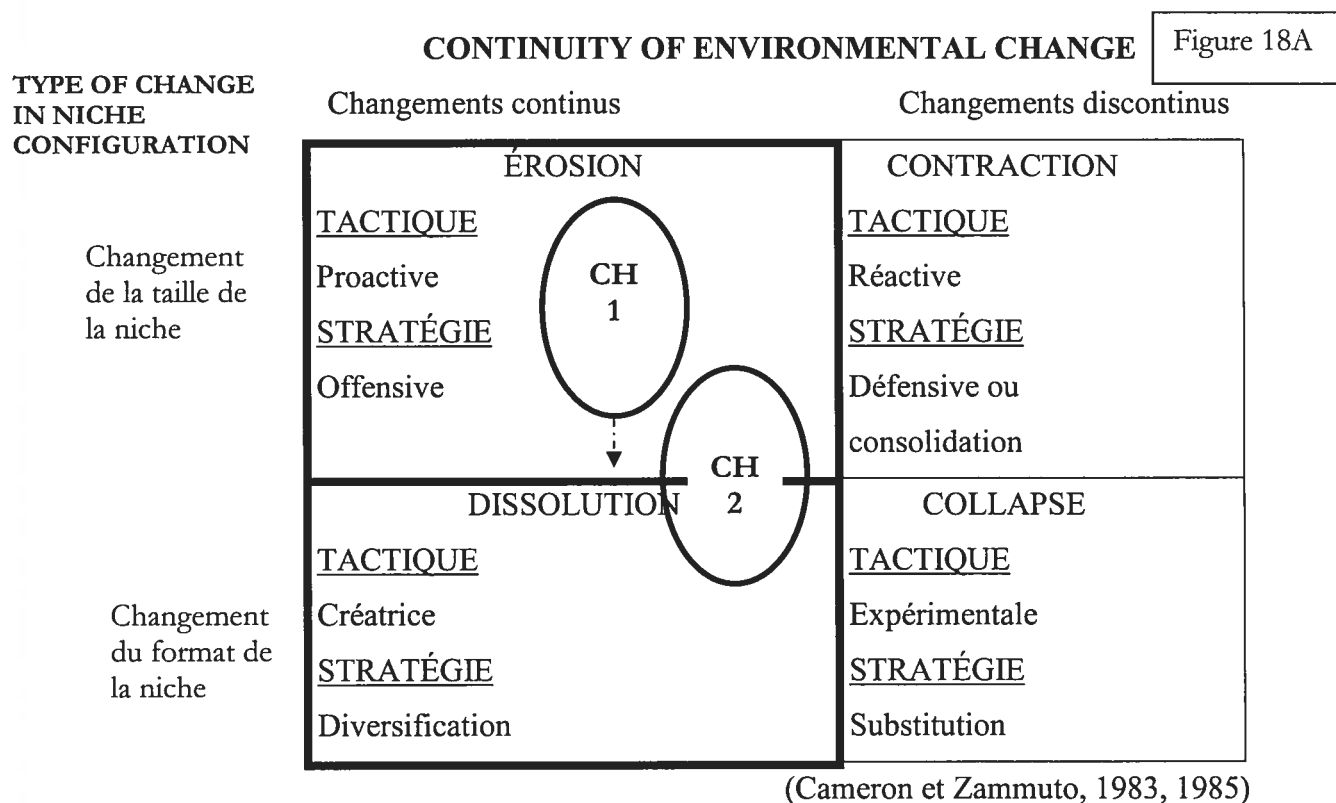
Du côté de la continuité du changement, notre hypothèse semble confirmée. Les transformations de l'environnement sont bel et bien échelonnées sur plusieurs années et sont prévisibles dans le temps. Par *conséquent*, les options de changement Diminution et Effondrement seront laissées pour compte.

Dans cet ordre d'idées, selon le modèle de Cameron et Zammuto (1981, 1983, 1985), nous devrions désormais être en mesure de situer le comportement de nos organisations dans l'une ou l'autre des catégories restantes, soit Érosion ou Dissolution. Notons que ces catégories sont toutes deux caractérisées par une transformation continue des ressources de base disponibles à l'organisation. Ceci dit, l'une favorise davantage les stratégies offensives – « *action d'attaquer l'ennemi, en prenant l'initiative des opérations* » (Petit Robert, 1990) - alors que l'autre favorise les stratégies de diversification – « *Le fait de varier les biens que l'on produit, vend ou achète, ou de mettre en œuvre de nouveaux produits ou services* » (Petit Robert, 1990).

Néanmoins, à la lumière de nos résultats, nous ne pouvons choisir une catégorie plus qu'une autre. En fait, il aurait été profitable que le modèle utilisé soit un peu plus flexible afin de considérer les changements de l'environnement qui affectent à la fois la taille et la forme de la niche organisationnelle. Dans l'exemple utilisé par Cameron et Zammuto (1981), un seul élément de l'environnement varie, soit la diminution de clientèle dans les

facultés de théologie. Aucun autre élément n'est alors considéré. Pourtant, tel que nous l'avons constaté, l'environnement global des organisations est complexe. La niche varie en fonction des changements de nature interne et externe qui ont cours dans cet environnement. Il est alors difficile d'appliquer un modèle statique à un environnement si dynamique comme celui des organisations de soins de santé.

Ce modèle est donc, en regard de nos résultats, quelque peu limité. Voici à cet effet, le positionnement que nous suggérons pour les deux hôpitaux pédiatriques montréalais :



6.1.2 La stratégie

Toujours en référence au modèle utilisé, Cameron et Zammuto (1983) soulignent que les transformations de la niche organisationnelle influencent la

planification stratégique des organisations. C'est ce que Bourgeois (1980) nommera « *Domain navigation strategy* ».

Hage dans Mintzberg (1998), Bozeman et Slusher (1979) et Aldrich (1979) diront, pour leur part, que s'il était possible d'œuvrer et de gérer l'organisation de façon Y dans un contexte X, il ne s'agit pas d'emblée de reproduire le même scénario. En effet, ce qui était légitime dans la niche A ne l'est plus automatiquement dans les niches B et C. À cet effet, en fonction des résultats obtenus, gestionnaires et professionnels s'entendent pour dire qu'une adaptation de leur stratégie organisationnelle s'impose.

Qui plus est, Cameron et Zammuto (1985) stipulent que dans le cadre d'une transformation de la niche A vers la niche B, la compétition entre les organisations d'une même niche augmente. Un changement stratégique s'impose donc. En effet, puisqu'il y a moins de ressources au sein de la niche, la pression sera plus grande sur chacune des organisations. À cet effet, notons que dans le cas à l'étude, il y a une compétition plus marquée au niveau des soins tertiaires et quaternaires. Ces niveaux de soins sont effectivement ceux où la diminution de la niche organisationnelle est la plus marquée.

Qui plus est, Benson (1975) suggère qu'en plus d'influencer les stratégies organisationnelles, les transformations de la niche pourraient créer de la discordance et de la divergence entre les divers établissements évoluant dans une même niche organisationnelle. Il y a donc concordance entre la littérature et les résultats obtenus. Il y a effectivement, dans le cas à l'étude, un lien entre les changements dans l'environnement, les relations inter-organisationnelles et les stratégies.

Ensuite, pour répondre à cette diminution de la niche organisationnelle, catégorisée comme un changement de type Érosion, les organisations, selon Cameron et Zammuto (1985), devraient opter pour des stratégies

« offensives », donc des stratégies, tel que souligné dans le Petit Robert (1990), qui viseraient à prendre le contrôle de la situation tout en étant l'initiateur du changement. Cela signifie qu'elles opteront pour de petits changements incrémentaux, changements qui seront échelonnés dans le temps. Pour ce faire, l'organisation misera sur ses forces, en réallouant ses ressources différemment, pour ainsi tenter de les exploiter au maximum. Le but de cette stratégie est de mettre l'accent sur les forces organisationnelles de l'établissement afin de s'assurer de la viabilité de ce dernier au sein de la niche.

À la lumière de nos résultats, cette stratégie est, entre autre, celle visée par CH1. En effet, plusieurs commentaires, en lien avec les souhaits de stratégies de complémentarité, visaient la reconnaissance des forces respectives de chacune des organisations. Par exemple, réunir l'ensemble des services de neurologie à CH1 puisque l'organisation serait plus expérimentée dans ce domaine. C'est donc par de petits essais, et ce, depuis plusieurs années, que l'organisation tente de faire passer ce message auprès des instances politiques (ce qui peut être perçu comme de la compétition de la part de CH2) et de CH2. Le but de cette stratégie est de s'assurer d'atteindre certaines masses critiques suffisantes dans quelques spécialités, bien que cela ne nous ait jamais été confirmé directement.

Qui plus est, CH1 développa avec CH2, des relations de collaboration. Cela fut principalement possible là où la diminution des ressources de base, plus spécifiquement la clientèle pédiatrique, fut moindre. Peut-être qu'à long terme, il est possible de croire que la compétition augmentera avec la diminution de ces ressources et qu'ainsi les relations de collaboration seront plus difficiles à conserver. Ceci dit, nous avons constaté que la collaboration, dans ce cas-ci, permettait de stimuler la recherche, de prendre en charge une plus grande proportion de la population, de favoriser le développement des connaissances et des compétences, d'accroître la recherche scientifique, de

faciliter le cheminement de la clientèle et de partager les ressources technologiques. Par contre, pour avoir l'ensemble des retombées positives de cette stratégie, cela nécessite temps et efforts de la part des organisations. C'est un équilibre fragile à maintenir.

Malgré toute l'importance de la collaboration dans cette étude de cas, cette stratégie n'est pas abordée dans le modèle du déclin organisationnel de Cameron et Zammuto (1985). Il faut plutôt se tourner vers la littérature de Benson (1975), d'Olden, Roggenkamp et Luke (2002), Lee et Alexander (1999) et Lynk (1995) pour intégrer la collaboration organisationnelle comme une alternative stratégique possible et même souhaitable. Cela est donc, à notre avis, un élément de plus qu'il serait possible d'intégrer au présent modèle.

Par la suite, CH2 n'a pas uniquement adopté l'approche stratégique telle qu'elle est suggérée par la catégorie Érosion du modèle de Cameron et Zammuto (1985). Oui, effectivement, CH2 souhaite maximiser les forces de son organisation, mais il y a plus.

En effet, CH2 semble aussi avoir perçu, tel que mentionné précédemment, une modification dans la forme de la niche organisationnelle. Cela signifie que l'organisation tentera de développer de nouveaux marchés en diversifiant son offre de services. Et tel que le modèle le suggère, CH2 a effectivement développé, depuis les dernières années, de nouvelles activités pour répondre à la transformation de la demande. Ainsi, en plus de toutes ses activités courantes de pédiatrie, CH2 offre désormais des services de réadaptation et des services prénataux aux mères aux prises avec des problématiques de santé chroniques. CH2 se situe donc à mi-chemin entre les stratégies « *offensives et de diversification* ».

De manière plus précise, pour parvenir à concrétiser ces réalisations, CH2 opta, selon nos résultats, pour des stratégies de compétition et de parallélisme. Ceci eut pour effet de stimuler l'offre de services et de favoriser *l'empowerment* des équipes, mais du coup de dédoubler certains achats d'équipements technologiques sur l'île de Montréal, d'augmenter les coûts de transport, de limiter la capacité de recrutement de spécialistes et du coup, de diviser les masses critiques.

Encore une fois, malgré toute l'importance de ces stratégies organisationnelles, le modèle de Cameron et Zammuto (1985) ne les considère pas. Qui plus est, ce modèle n'aborde pas en détails les avantages et les limites des stratégies engagées. La littérature portant sur la compétition permet d'aller plus loin dans la réflexion. À cet effet, il est possible de faire référence à la littérature de Langabeer (1998), Van Witteloostuijn (1998) ainsi que Benson (1975).

6.1.3 Le sommaire

Finalement, en regard de cette analyse de cas, les propos de Porter sur la stratégie organisationnelle, nous semblent plus que justes. La stratégie des deux hôpitaux pédiatriques rencontrés vise vraiment à définir une position organisationnelle unique et enviable au sein de la niche organisationnelle.

Ceci dit, un modèle comme celui de Cameron et Zammuto (1981, 1983, 1985) nous semble pertinent pour saisir et mettre en perspective les aspects menant à la transformation de la niche organisationnelle. Qui plus est, l'utilisation de ce modèle nous a permis d'aller au-delà des modifications de la niche pour se concentrer sur les impacts stratégiques de ces changements sur l'organisation.

Malgré ces éléments positifs, nous souhaitons tout de même souligner quelques limites de ce modèle. Ainsi, au cours de l'analyse, nous avons pu

constater que ce modèle possédait une certaine rigidité. En effet, une organisation ne peut, selon ce modèle, expérimenter deux types de changement à la fois. Or, cela, tel que nous l'avons présenté, est possible. De plus, les stratégies abordées ne concernent que la compétition. Pourtant, à la lumière de notre analyse, d'autres alternatives sont possibles dont la collaboration et le parallélisme. Ces stratégies toutes plus différentes les unes que les autres ont des retombées tout aussi différentes d'où l'importance de les considérer (voir le tableau résumé à la page suivante).

Ceci dit, il demeure que le modèle de Cameron et Zammuto (1985) est un modèle fiable, mais perfectible.

TABLEAU SYNTHÈSE

Tableau XIV

Transformations de l'environnement

- ❑ La courbe des naissances décroît depuis plusieurs années. La population âgée de moins de 18 ans diminue.
- ❑ Les volumes d'activités, presque toutes spécialités confondues, au niveau des soins tertiaires et quaternaires, sont en constante diminution pour les deux hôpitaux pédiatriques à l'étude, et ce, pour les années allant de 1995 à 2003.
- ❑ Les investissements en santé, ceux représentant de nouvelles sommes, se font de plus en plus rares.
- ❑ Les nouvelles technologies médicales sont de plus en plus nombreuses et leurs coûts ne cessent de croître.
- ❑ Plusieurs conditions font en sorte que les médecins spécialisés deviennent une ressource rare pour les institutions pédiatriques. Le recrutement devient alors une expérience difficile.
- ❑ L'adoption de nouvelles politiques gouvernementales, tels les RUIS, oblige les hôpitaux à se repositionner afin de répondre aux nouvelles demandes.

Conséquences des transformations de l'environnement

- ❑ Diminution des ressources de base disponibles pour les organisations de soins et de services de santé pédiatriques – contraction de la niche organisationnelle.
- ❑ Diminution de certaines masses critiques nécessaires au fonctionnement optimal des organisations.

Stratégies organisationnelles

- ❑ Collaboration – principalement au niveau des soins primaires et secondaires.
- ❑ Parallélisme – principalement au niveau des soins tertiaires et quaternaires.
- ❑ Compétition – principalement au niveau des soins tertiaires et quaternaires.
- ❑ Complémentarité et fusion – stratégie considérée pour le futur.

Conséquences découlant des stratégies organisationnelles

- Collaboration*
- ❑ Partage des ressources technologiques.
 - ❑ Mise en commun des ressources humaines.
-
- ❑ Favorise le développement des connaissances et des compétences.
 - ❑ Accroît la recherche scientifique.
 - ❑ Facilite le cheminement de la clientèle.

Compétition et parallélisme

- ☑ Favorise l'empowerment des équipes.
- ☑ Stimule une offre de services de qualité.
- ☑ Divise les masses critiques.

- ☑ Augmente les coûts de transport.
- ☑ Multiplie l'achat de technologies de pointe.
- ☑ Limite la capacité de recrutement d'éminents spécialistes.

Complémentarité

- ☑ Divise les unités de soins.
- ☑ Complique le cheminement de la clientèle.
- ☑ Maintient les masses critiques.
- ☑ Regroupe les expertises médicales.

- ☑ Concentre l'achat de technologies de pointe.
- ☑ Favorise la reconnaissance des forces respectives de chacun.
- ☑ Permet l'obtention de deux accréditations universitaires pour les médecins et chercheurs.

Fusion

- ☑ Limite le choix des individus.
- ☑ Fait fi de l'historique des établissements.
- ☑ Complique les relations au niveau académique.

- ☑ Maintient les masses critiques.
- ☑ Regroupe les expertises médicales.
- ☑ Concentre l'achat de technologies de pointe.

6.2 LIMITE DE L'ÉTUDE

L'analyse de la formulation stratégique des hôpitaux pédiatriques se distingue par un ensemble de changements survenus dans l'environnement interne et externe de ces organisations. Dans cet ordre d'idées, les cas à l'étude sont des cas uniques en soi que nous avons unis par l'intermédiaire de la théorie du déclin organisationnel. Par conséquent, même analysée selon une méthodologie rigoureuse, il subsiste dans cette étude de cas quelques biais de validité interne et externe. Cette section vise donc à faire état des limites de cette étude. Notons que les limites en lien avec le modèle théorique utilisé ont été abordées dans la section précédente.

La première limite à prendre en compte dans le cadre de cette analyse, concerne le principe de validité interne, plus spécifiquement le biais associé à l'histoire. En effet, les stratégies qui sont mises de l'avant par les organisations rencontrées sont le résultat d'un long processus. Il s'avère donc possible que d'autres éléments que ceux pris en compte aient pu influencer les stratégies retenues. À cet effet, il est possible de croire que les changements de direction, les changements de conseils d'administration, par exemple, aient pu influencer au fil du temps les stratégies organisationnelles. Ceci dit, nous pensons tout de même avoir bien contrôlé ce biais puisque nous avons utilisé la méthode de triangulation des évidences. Ainsi, en mettant en relation les données provenant d'entrevues semi-dirigées, de la documentation et des analyses quantitatives, nous pensons avoir atteint une saturation théorique des évidences.

Ensuite, il s'avère important de traiter du biais de désirabilité sociale. Comme l'ont suggéré Nutt et Backoff (1992), les organisations publiques ne sont pas d'emblée des organisations destinées à des stratégies dites « agressives » comme la compétition. En ce sens, il est possible de croire que certaines personnes rencontrées en entrevue souhaitaient bien paraître et évitaient de parler de ces stratégies plus « agressives ». Ces personnes ont pu croire qu'il est plus socialement acceptable de parler de collaboration que de compétition. C'est donc un biais possible à notre étude. Ceci dit,

vu la proportion de gens qui nous ont parlé de compétition et de parallélisme, nous croyons que l'impact relatif de ce biais est tout de même limité.

Enfin, le biais occasionné par la contagion des sujets, pourrait avoir un impact sur les résultats de cette analyse de cas. En fait, étant donné la proximité physique des sujets rencontrés, il est possible qu'il y ait eu partage d'information ou échanges à l'égard du sujet à l'étude. Par contre, à la lumière des contrastes des résultats obtenus auprès des groupes rencontrés, il est possible de croire que ce biais a peu d'influence sur les résultats de ce travail. Qui plus est, le contraste des résultats obtenus entre le groupe des professionnels-cliniciens et celui des administrateurs (à l'intérieur d'un même hôpital et entre les deux hôpitaux) renforce cette position, à savoir que la validité externe n'est pas affectée.

CHAPITRE 7 – CONCLUSION

Tel qu'abordé tout au long de cette analyse de cas, le système de soins et de services de santé pédiatriques québécois subit de profonds bouleversements. Plusieurs transformations majeures, tant au niveau de l'environnement interne qu'externe, influencent la trajectoire des organisations. Ceci dit, à la lumière des informations recueillies, nous sommes maintenant plus aptes à établir le lien entre ces transformations environnementales et les stratégies organisationnelles des hôpitaux pédiatriques.

Ainsi, les stratégies retenues dans le cadre des soins primaires et secondaires seront majoritairement des stratégies de collaboration voir même de complémentarité. Ceci s'explique par les enjeux moindres pour les organisations – principalement au niveau de la position de l'organisation au sein de la niche organisationnelle. En effet, les ressources disponibles étant plus nombreuses – principalement au niveau du bassin de la clientèle, les deux établissements ne se sentent pas menacés de partager et de collaborer pour offrir des soins de santé à la clientèle pédiatrique. Du coup, cette collaboration permet aux établissements de partager leurs connaissances professionnelles et scientifiques, leurs ressources humaines, leur technologie, etc.

Par ailleurs, au niveau des soins tertiaires et quaternaires, la situation est tout autre. En effet, les bassins de clientèle sont moindres, les technologies sont plus coûteuses, le personnel médical est plus rare et les volumes d'activités diminuent. Ceci crée une certaine forme de rareté, ce qui provoque une prise de position différente de la part des membres des deux organisations. Donc, pour conserver leurs acquis, leurs niveaux de pratique professionnelle, leur renommée, leur financement, leur réputation, etc., les deux établissements sont plus portés à recourir à des stratégies de compétition et à des stratégies dites parallèles. Par conséquent, les coûts peuvent être augmentés, les ressources humaines peuvent être plus rares, l'achat de technologies

de pointe dédoublé, etc. En opposition, l'offre de services peut être dynamisée et ainsi favoriser la population.

Tout compte fait, le processus d'adoption de stratégies organisationnelles est un processus complexe qui est influencé par plusieurs variables. Bien que l'environnement externe joue un rôle important dans l'ensemble de ce processus, il n'en demeure pas moins que ce sont les acteurs qui analysent cet environnement. Par leur différence, chaque individu influence donc de manière marquée la trajectoire de l'organisation, et ce, en dépit de tous les changements présents dans l'environnement.

L'esquisse de ce cheminement logique n'a cependant pas été réalisée sans embûche. En effet, établir le lien entre la diminution des ressources de base, la diminution des volumes d'activités et les stratégies organisationnelles peut s'avérer menaçant pour certains groupes dont les universités et les administrateurs des hôpitaux concernés. Dans les faits, la menace est d'autant plus présente dans un contexte où le gouvernement en place exerce de fortes pressions sur les organisations pour légitimer le fait qu'un seul hôpital pédiatrique à Montréal serait suffisant. Qui plus est, aborder le terme de la compétition, lorsqu'il s'agit de la santé de la population, peut sembler socialement inacceptable. Que les banques se fassent compétition entre elles pour accroître leur profitabilité passe toujours, mais que des hôpitaux se fassent compétition ne semble pas aussi facile à admettre!

Dans ce contexte, étant donné les enjeux politiques en lien avec les conclusions de cette analyse de cas, il s'avère plus que pertinent de réaliser d'autres recherches sur le sujet. Une question pertinente pourrait être : « *Les stratégies de compétition, au niveau des soins tertiaires et quaternaires, sont-elles tout aussi présentes dans un contexte où les ressources de base disponibles à l'organisation sont suffisantes?* ». Ce sont plusieurs autres avenues qui pourraient être ainsi considérées. La problématique est vaste et relativement peu étudiée, ce qui laisse toujours place à la recherche scientifique.

BIBLIOGRAPHIE

- ADIZES, I. (1979). *Organizational passages: Diagnosing and treating life cycle problems in organizations*, *Organizational Dynamics*, 86, 3-25.
- ALDRICH, H. (1979). *Organizations and Environment*, New Jersey, Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs.
- ASTLEY, W.G., et A. VAN DE VEN. (1983) *Central Perspectives and Debates in Organization Theory*, *Administrative Science Quarterly*, 28, 245-273.
- ATLAS MONTREALAIS. *Atlas des caractéristiques de la population montréalaise*, http://www2.ville.montreal.qc.ca/script/php/frame.php?target=http://www.ville.montreal.qc.ca/urb_demo/atlas/atlas1.htm, Ville de Montréal.
- ATLAS SANTE MONTREAL. *Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, http://www.santemontreal.qc.ca/cmisp/public/atlas_decoup_pres.html, 2002-2003.
- BENSON, J.K. (1975). *The Interorganizational Network as a Political Economy*, *Administrative Science Quarterly*, 20(2), 229-249.
- BERMAN, B. (2000). *The academic children's hospital primary care clinic: Responding to the challenges of a changing health care environment*, *Clinical Pediatrics*, 39(8), 473-478.
- BONGAARTS, J. (1999). *Fertility decline in the developed world: Where will it end?* *The American Economic Review*, 89(2), 256-261.
- BOUCHER, Guylaine. (2004). *Réseaux universitaires intégrés de santé. Le train se met en branle*, *Artère*, 22(7), 1-2.
- BOURGEOIS, L.J. (1980). *Strategy and Environment: A Conceptual Integration*. *Academy of Management Review*, 5(1), 25-39.
- BOZEMAN, B. et E. Allan SLUSHER. (1979) *Scarcity and Environmental Stress in Public Organizations*, *Administration & Society*, 11(3), 335-355.
- CAMERON, K. et D. WHETTEN. (1983). *Models of the Organizational Life Cycles: Applications to Higher Education*, *Review of Higher Education*, (6), 45-61.
- CAMERON, K.S. (1981). *Domains of organizational effectiveness in colleges and universities*, *Academy of Management Journal*, 24, 25-47.

- CAMERON, K.S. (1983). *Strategic responses to conditions of decline: Higher education and the private sector*, *Journal of Higher Education*, 54, 359-380.
- CAMERON, K. et R. ZAMMUTO. (1983). *Matching Managerial Strategies to Conditions of Decline*, *Human Resource Management*, 22(4), 359-376.
- CHILD, J. et A. FRANCIS. (1977). *Strategy Formulation as a Structured Process*, *International Studies of Management & Organization*, VII(2), 110-126.
- CHRISTENSEN, C.M., R. BOHMER, et J. KENAGY. (2000), "Will Disruptive Innovations Cure Health Care?", *Harvard Business Review*, September-October, 102-111.
- COHEN, Robert C. (2001). *Paediatric Hospital Medicine - Does One size Fit All?* *Clinical Pediatrics*, (40), 661-662.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-, G. DE POUVOURVILLE, J.- POUILLIER et D. CONTANDRIOPOULOS. (2002). *À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé au XXI^e siècle*, *Santé publique - État des lieux, enjeux et perspectives*, Édition Ellipses, Paris, 663-667.
- CONSULAT GÉNÉRAL DE FRANCE À MONTRÉAL. http://www.consulfrance-montreal.org/montreal/vivre_montreal_en_chiffres.htm, Septembre 2004
- CONTANDRIOPOULOS, A.-, F. CHAMPAGNE, L. POTVIN, J.-L. DENIS et BOYLE. (1990). *Savoir préparer une recherche - La définir, la structurer, la financer*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- CRESWELL, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design, Choosing among five different traditions*, Cha3: *Five different qualitative studies* (27-44), Cha4 : *Five qualitative traditions of inquiry* (47-72), Thousand Oaks, Sage publications.
- D'AUNNO, T. et H. ZUCKERMAN. (1987). *A Life-Cycle Model of Organizational Federations: The Case of Hospitals*, *Academy of Management Review*, 12(3), 534-545.
- DENIS, J.-L., L. LAMOTHE et A. LANGLEY. (1999). *The struggle to implement teaching hospital mergers*, *Canadian Public Administration*.
- DESROSIERS, G. (1999). *Le système de santé du Québec - Bilan historique et perspective d'avenir*, *Conférence inaugurale du 51^e Congrès de l'Institut d'histoire de l'Amérique française*, RHAF, 53(1), 3-18.
- EISENHARDT. (1989). *Acétate de cours séance 14 Recherche qualitative en santé*, Département d'administration de la santé, Hiver 2004, 534-35.

- FRAPPIER, M. (1993). *Revenus, chômage et insertion sociale des générations du baby-boom*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1971-1986.
- GIFT, T, R. ARNOULD et L. DE BROCK. (2002). *Is Healthy Competition Healthy? New evidence of the impact of hospital competition*, *Inquiry - Blue Cross and Blue Shield Association*, 39(1), 45-56.
- GLOUBERMAN, S. et H. MINTZBERG. (2002). *Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie*, *Gestion*, 27(3), 12-22.
- HANNAN, M. T. et J. FREEMAN. (1977). *The Population Ecology of Organizations*, *American Journal of Sociology*, 82(5), 929-963.
- CH2 ET GROUPE DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ (GRIS). (2001). *Le réseau mère-enfant Projet QC*, Montréal, 305.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTE. (2003). *Les dollars de la santé*, *Cha 5*, 65-73.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC. <http://www.stat.gouv.qc.ca/>, Septembre 2004.
- KUMAR, K., R. SUBRAMANIAN et K. STRANDHOLM. (2002). *Market and efficiency -based strategic responses to environmental changes in the health care industry*, *Health Care Management Review*, 27(3), 21-32.
- KURTIN, , B. SADLER, D. PAYNE et J. BATES. (2001) *Children's Hospital Collaborate to Improve Quality of Care*, *Journal of Healthcare Quality*, 23(4), 28-32.
- LAMOTHE, Lise. (1999). « *La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel* », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6(2), 132-148.
- LANGABEER, II J. (1998) *Competitive strategy in turbulent healthcare markets: An analysis of financially effective teaching hospitals*, *Journal of Healthcare Management*, 43(6), 512-526.
- LAPOINTE, S. *HIS 3508 - Le Québec au XXe siècle*
<http://www.members.tripod.com/simonlapointe/his3508/2.html#ETHNOLINGUISTIQUE>
- LEATT, , G.-H. PINK et M. GUERRIERE. (2000). "Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare", *Health Care Papers*, 1(2), 13-35.

- LEE, D., A. Shoou-Yih et Jeffrey ALEXANDER. (1999). "Consequences of Organizational Change in U.S. Hospitals", *Medical Care Research and Review*, 56 (3), 227-276.
- LESSARD-HÉBERT, M., G. GOYETTE, et G. BOUTIN. (1996). *La recherche qualitative - Fondements et pratiques, Cha 11: Le pôle épistémologique des méthodologies qualitatives*, Montréal, Éditions Nouvelles, 21-59.
- LEVINE, C. (1978). *Organizational Decline and Cutback Management*, *Public Administration Review*, July/August, 316-325.
- LYNK, William J. (1995). "The creation of economic efficiencies in hospital mergers", *Journal of Health Economics*, 14, 507-530.
- MAGEL, Judith S. (1999). "Consolidation in the Health Care Sector", *Journal of Health Care Financial*, 25(3), 22-28.
- MATHERS, N., N. FOX et A. HUNN. (2002). *Trent Focus for Researchers and Development in Primary Care, Using interviews in a research project*, Trent Focus, 1998-2002.
- MAYS, N., et C. POPE. (2000). *Observational methods in healthcare settings*, In: POPE, C. et N. MAYS (Eds), *Qualitative research in health care*, 30-39. Voir aussi www.bmjpg.com/qrhc/chapter7.html
- MCKELVEY, B. (1982). *Organizational Systematics : Taxonomy, Evolution, Classification*, University of California Press: Berkeley and Los Angeles, California.
- MINTZBERG, H. (1994). *Planning and Strategy (Cha1)*, dans *The rise and fall of strategic planning*, New York, Free Press, 5-29.
- MINTZBERG, H., B. AHLSTRAND et J. LAMPEL. (1998). *Strategy Safari*, New York, Free Press.
- MINTZBERG, H. (1989). *Le management Voyage au centre des organisations*, Paris, Éditions d'Organisation.
- MONE, M., W. MCKINLEY, et V. BARKER III. (1998). *Organizational Decline and Innovation: A Contingency Framework*, *The Academy of Management Review*, 23(1), 115-132.
- MORRILL, R.L. (1980). *How migration and regional development affect organizations*, *Handbook of Organizational Design*, 238-251.
- MSSS. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des*

réseaux locaux de santé et de services sociaux. Québec. Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux, 25-26.

- MSSS. (2000). *Cardiologie tertiaire. Situation actuelle, perspectives et propositions*. Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux, 9.
- MURPHY, B., et M. WOLFSON. (1991). *Le vieillissement de la génération du baby boom : effets sur le secteur public du Canada*. Statistique Canada, Direction des études analytiques, 38.
- OGERSHOCK, , X. LI, H. PALMER, R. MOORE, M. WEISSE, et N. FERRARI. (2001). *Restructuring an Academic Pediatric Inpatient Service Using Concepts Developed by Hospitalists*, *Clinical Pediatrics*, 40(12), 653-660.
- OLDEN, , S. ROGGENKAMP et R. LUKE. (2002). *A post-1990s assessment of strategic hospital alliances and their marketplace orientations: Time to refocus*, *Health Care Management Review*, 27(2), 33-50.
- NUTT, C. and BACKOFF, R.W. (1992). *Why strategic management is different in public and third sector organizations*, *Strategic Management of Public and Third Sector Organizations*, San Francisco, Jossey-Bass.
- CH2. (1996). *Orientation et Objectifs stratégiques*, Montréal, Presses de CH2.
- CH1 DU CENTRE DE SANTE 1. (2002). *Orientations Nouvelles*, Montréal, CH1.
- PÉLADEAU, N. et C. MERCIER. (1993). *Approches qualitatives et quantitatives en évaluation de programmes*, *Sociologie et Sociétés*, XXV(2), 111-124.
- POUPART, DESLAURIERS, GROULX, LAPERRIERE, MAYER et PIRES. (1997). *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, *Cha Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique* Montréal, Gaëtan Morin, 113-169.
- PROVAN, K., H. BRINTON MILWARD, et K. ROUSSIN ISETT. (2002). *Collaboration and integration of community-based and human services in a nonprofit managed care system*, *Health Care Management Review*, 27(1), 21-33.
- QUINN, R. et K. CAMERON. (1983). *Organizational life cycles and shifting criteria of effectiveness : Some preliminary evidence*, *Management Sciences*, 29 (1), 33-51.
- CH1. (1992). *Résumé du Plan stratégique 1992-1996*, Montréal, Québec, CH1.

RESEAU DE SANTE ENFANT, JEUNE ET FAMILLE DE L'HOPITAL DE CH1.
(2006).
<http://www.reseaudesanteenfant.ca>.

RÉSEAU MÈRE-ENFANT CH2. (2000). Le CHU mère-enfant.
<http://rmeweb.staging.logient.com/fr/historique>

ROBERT, PAUL. (1990). *Le Petit Robert 1. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Montréal, Les dictionnaires Robert-Canada S.C.C.

ROMANUIC, (1984). A. *Current demographic analysis : fertility in Canada : from baby- boom to baby-bus*, Ottawa, Statistics Canada.

SMOLKIN, S. (1981). *Children's Hospital Responds to Changing Times, Hospital Forum*, 24(3), 67-69.

STATISTIQUES CANADA. Données du Recensement, (2001).
<http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/highlight/AgeSex/Page.cfm?Lang=F&Geo=PR&Code=0&View=1&Table=3a&StartRec=1&Sort=2&B1=Change&B2=Both>

SUTTON, R. (1990). *Organizational Decline Process: A Social Psychological Perspective, Research in Organizational Behavior*, 12, 205-253.

CH2. (1996). *Tous ensemble...Planification stratégique 1996-2000*, Montréal, Les Presses de CH2.

THE CH1. (2002). *2002-2003 Operating Plan*, Montréal.

U.S. BUREAU OF THE CENSUS. (1973). *Current Population Reports, Series P-25, No 311, Estimates of the Population of the United States by Single Years of Age, Color, and Sex, 1900 to 1959, 22-23, 42-43, Series P-25, No 519, Estimates of the Population of the United States, By Age, Sex, and Race: April 1, 1960 to July 1*.

VAN WITTELOOSTUIJN, A. (1998). *Brindging Behavioral and Economic Theories of Decline: Organizational Inertia, Strategic Competition, and Chronic Failure, Management Science*, 44(4), 501-520.

VINCENT, R. (2001). *La planification d'un avenir en santé pour les enfants et les adolescents canadien - Rapport du sondage 1999-2000 sur la planification des effectifs pédiatriques, Société canadienne de pédiatrie*, Ottawa, Ontario, 1-34.

WEITZEL, W. et E. JONSSON. (1989). *Decline in Organizations: A Literature Integration and Extension, Administrative Science Quarterly*, 34(1), 91-109.

WHETTEN, D. (1987). *Organizational Growth and Decline Processes*, *Annual Review of Sociology*, 13, 335-358.

YIN, R.K. (1984). *Case study research, Design and methods, Cha 4: Conducting case studies: Collecting the evidence*, Newbury Park, Sage Publications, 84-105.

ZAMMUTO, R. (1983). Growth, Stability, and Decline in American College and University Enrolments, *Educational Administration Quaterly*, 19 (1), 83-99.

/cc/2006-08