

2m11.3415.9

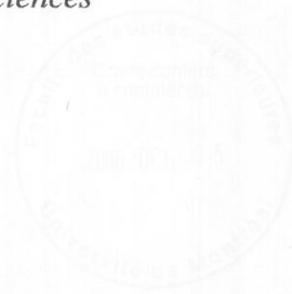
HEC MONTRÉAL
AFFILIÉE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**Comprendre le processus décisionnel stratégique à
travers les différents acteurs d'une mise en œuvre d'une
transformation organisationnelle majeure :
Le cas du CHUM**

Par
Ann Audy

Sciences de la gestion

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences
(M.Sc.)*



Juillet 2006
© Ann Audy, 2006

No: 91
2006

**AVIS DE CONFORMITÉ À LA POLITIQUE EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE
DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS DE HEC MONTRÉAL**

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait les exigences de notre politique en cette matière.

- **Sur réception du formulaire d'engagement de confidentialité signé par tous les chercheurs**

Titre du projet de recherche :

Évolution du processus décisionnel stratégique relatif à une mise en œuvre d'une transformation majeure : le cas du CHUM

Chercheur principal :

Ann Audy, étudiante M.Sc., option management, sous la direction de Alain Rondeau

Date de la déclaration du projet au Comité d'éthique de la recherche :

Le 23 novembre 2004

Date d'approbation du projet :

Le 9 décembre 2004

Date de l'émission de l'avis :

Le 9 décembre 2004

Christiane Demers

Christiane Demers, présidente,
Comité d'éthique de la recherche

RÉSUMÉ

En raison de l'importance du processus décisionnel, un grand nombre de travaux ont tenté d'en comprendre les rouages en utilisant une approche pratique, basée sur des observations réalisées en milieu organisationnel.

Ces travaux ont toutefois fait peu d'usage des modèles existants pour expliquer les comportements adoptés lors du processus décisionnel. La présente étude utilise donc une grille d'analyse construite à partir d'un de ces modèles. Cette grille est ensuite appliquée pour donner du sens aux activités, aux choix et aux événements qui influencent le processus décisionnel stratégique suivi par le Centre hospitalier universitaire de Montréal dans la mise en œuvre d'une transformation majeure.

Les résultats obtenus permettent de conclure à l'utilité d'avoir recours à une telle grille pour comprendre un processus décisionnel. Plus précisément, la grille d'analyse a permis de mettre en évidence de quelle façon le processus décisionnel est orienté par des mécanismes structurants, des jeux politiques, par l'engagement des parties prenantes et la culture organisationnelle.

| | |
|---|----|
| 3.4.2 Les moyens qui permettent de prendre en compte la culture organisationnelle | 31 |
| 3.4.3 Les résultats visés | 32 |
| 3.5 SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS | 33 |
| SECTION 4 : MÉTHODOLOGIE..... | 35 |
| 4.1 OBJET D'ÉTUDE | 35 |
| 4.2 CHOIX DE L'ÉTUDE DE CAS | 35 |
| 4.3 COLLECTE D'INFORMATIONS..... | 36 |
| 4.3.1 Les documents internes..... | 36 |
| 4.3.2 La grille d'entrevue..... | 36 |
| 4.3.3 Les entrevues..... | 37 |
| 4.4 ANALYSE DES DONNÉES..... | 37 |
| SECTION 5 : ÉVOLUTION D'UN PROCESSUS DÉCISIONNEL STRATÉGIQUE : LE CAS DU CHUM..... | 39 |
| 5.1 MISE EN CONTEXTE | 39 |
| 5.2 LE DÉBUT D'UNE NOUVELLE ÈRE | 40 |
| 5.2.1 Un nouveau directeur général entre en fonction | 40 |
| 5.2.2 Les six premiers mois à la tête du CHUM | 40 |
| 5.2.3 Qu'est-ce qu'on entend par GPPC? | 40 |
| 5.2.4 Choix de la GPPC..... | 41 |
| 5.2.5 Bilan d'une première année de mandat | 42 |
| 5.2.6 Un changement de culture et des enjeux à prévoir..... | 43 |
| 5.2.7 L'arrivée d'un nouveau directeur général adjoint | 44 |
| 5.2.8 Réflexion stratégique du comité de régie élargi..... | 45 |
| 5.3 CRÉATION ET DÉMARRAGE DU COMITÉ DE PILOTAGE DE LA GPPC | 47 |
| 5.4 DÉPÔT DU PLAN D'ORIENTATION AU COMITÉ DE PILOTAGE : VÉRITABLE DÉBUT DES GRANDS DÉBATS D'IDÉES SUR LA GPPC | 49 |
| 5.4.1 Identification des programmes et pilotage de la transformation | 49 |
| 5.4.2 Restructuration du comité de régie..... | 51 |
| 5.4.3 Acceptation du rapport final sur la GPPC en vue de la consultation interne | 52 |
| 5.5 DIFFUSION DU « LIVRE BLANC » ET CONSULTATION INTERNE | 56 |
| 5.5.1 Mobilisation du comité de régie dans la consultation interne..... | 58 |
| 5.5.2 Mobilisation des cadres dans la consultation interne | 59 |
| 5.5.3 Ajustements à la structure de pilotage | 60 |
| 5.6 DEUX ENJEUX DE TAILLE | 61 |
| 5.6.1 Les services transversaux..... | 61 |

| | |
|--|-----|
| 5.6.2 Le département de chirurgie : regroupé ou réparti dans tous les programmes ?..... | 62 |
| 5.7 ARBITRAGE DÉCISIF ET DÉBUT DE L'IMPLANTATION | 68 |
| SECTION 6 : ANALYSE DES RÉSULTATS | 71 |
| 6.1 ANALYSE SELON UNE LECTURE STRUCTURELLE | 71 |
| 6.1.1 Les moyens..... | 71 |
| 6.2 ANALYSE SELON UNE LECTURE POLITIQUE | 77 |
| 6.2.1 Les moyens..... | 77 |
| 6.3 ANALYSE SELON UNE LECTURE HUMAINE | 82 |
| 6.3.1 Les moyens..... | 83 |
| 6.4 ANALYSE SELON UNE LECTURE SYMBOLIQUE | 87 |
| 6.4.1 Les moyens..... | 88 |
| SECTION 7 – DISCUSSION..... | 95 |
| 7.1 L'ORGANISATION DU PROCESSUS DÉCISIONNEL | 95 |
| 7.2 LES JEUX POLITIQUES, PIERRE ANGULAIRE DU PROCESSUS DÉCISIONNEL | 96 |
| 7.3 LE PARADOXE HUMAIN | 98 |
| 7.4 INSUFFLER UN SENS AUX ACTEURS DU PROCESSUS DÉCISIONNEL | 100 |
| 7.5 BILAN DE L'UTILISATION D'UNE GRILLE D'ANALYSE POUR ÉTUDIER LE PROCESSUS DÉCISIONNEL | 101 |
| 7.6 LES LIMITES DE L'ÉTUDE ET IMPLICATIONS FUTURES | 103 |
| SECTION 8 – CONCLUSION..... | 105 |
| BIBLIOGRAPHIE | 108 |
| ANNEXE A : LES ENTREVUES..... | 112 |
| QUESTIONS RELATIVES AUX QUATRE THÈMES..... | |
| ANNEXE B : LES CRITÈRES DE SÉLECTION DES PROGRAMMES AU 19 JUIN 2003 ET AU 20 NOVEMBRE 2003 | 119 |
| ANNEXE C : IDENTIFICATION DES PROGRAMMES AU 18 JUIN 2003 .. | 121 |
| ANNEXE D : IDENTIFICATION DES PROGRAMMES AU 13 JANVIER 2005 | 123 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1.1 : Le processus décisionnel selon une approche classique | 7 |
| Figure 1.2 : Interconnexions séquentielles entre les décisions..... | 13 |
| Figure 6.1 : Résumé de la structure organisationnelle..... | 73 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1.1 : Résumé des principales caractéristiques des théories classiques et de processus..... | 15 |
| Tableau 3.1 : Grille synthèse du cadre d'analyse..... | 34 |
| Tableau 6.1 : Résultats..... | 91 |

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas été possible sans les conseils judicieux de mon directeur, Alain Rondeau. Merci pour les enseignements et ses discussions intéressantes que nous avons eus sur toutes sortes de sujets relatifs à la gouvernance des organisations.

J'aimerais également remercier les membres de la direction du CHUM qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Ce fut une expérience des plus enrichissantes de travailler en votre collaboration, merci pour votre confiance.

Je tiens aussi à remercier mon employeur, Hydro-Québec, à l'égard de la tolérance de mes horaires de travail parfois atypiques. Les semaines de congés octroyées pour la rédaction de ce mémoire ont été des plus appréciées.

Je ne peux passer sous silence le soutien financier et moral que m'ont offert mes parents tout au long du parcours qui m'a amenée à compléter ma maîtrise. Vous m'avez donné le goût d'apprendre et de me dépasser continuellement malgré les difficultés. Merci!

Merci également à toutes ces personnes qui rendent ma vie si agréable : Isabelle F., Isabelle B, Karine et Mélanie. Votre compagnie est des plus appréciées! Merci aussi à Louise qui a été d'un soutien précieux dans le dernier droit de la rédaction.

Finalement, je veux remercier de façon particulière Stéphane pour sa patience et sa compréhension à l'égard de mon horaire sans cesse surchargé par le travail et les études. Merci pour ton soutien qui est venu m'apaiser et me guider dans ces moments où le stress était à son maximum. Je t'aime beaucoup et le meilleur est à venir!

INTRODUCTION

Comprendre le processus organisationnel au sein d'une organisation est un sujet qui fascine chercheurs et praticiens depuis plusieurs années. Les écrits sont d'ailleurs nombreux sur le sujet. La présente recherche s'inscrit en conformité avec les études qui ont opté pour une analyse pratique plutôt que théorique du processus décisionnel.

D'abord, pour comprendre le cadre théorique dans lequel s'inscrit ce travail, il importe de réaliser une rétrospective des principaux auteurs ayant contribué à l'avancement des connaissances sur le sujet. Des auteurs comme Cyert et March (1963) sont parmi les précurseurs de ce qu'on pourrait appeler l'approche classique de la décision. Ces auteurs décrivent le processus décisionnel en une séquence d'activité à réaliser de façon rationnelle et structurée. Les travaux de Cyert et March (1963) ont par la suite inspiré plusieurs auteurs qui ont proposé des méthodologies à l'intention des décideurs en entreprise. Ces méthodologies, développées dans le but de faciliter le traitement de l'information, expliquent d'ailleurs pourquoi l'approche classique connaît toujours aujourd'hui autant de succès. En effet, elles permettent de réduire l'incertitude en utilisant un processus séquentiel d'analyse de l'information et d'en arriver à une solution précise. Malgré ces avantages, ces méthodologies amènent parfois à faire des simplifications excessives de la réalité à l'étude.

C'est pourquoi d'autres auteurs, issus des théories de « processus », se sont intéressés à comprendre et à décrire le processus de décision non pas à travers une logique d'étape prédéfinie, mais en observant la réalité présente sous leurs yeux pour en saisir toute la complexité. Des auteurs tels que Langley, Mintzberg, Pitcher, Posada et St-Macary (1995), Mintzberg et Waters (1985), Pinfield (1986) et Quinn (1989) ont exercé une influence marquante dans le développement de l'approche processus. La principale contribution de ces auteurs est d'avoir mis en évidence l'influence du contexte sur le processus décisionnel. Des facteurs tels le temps, le jeu des acteurs internes et externes à l'organisation, les imprévus, et les interconnexions entre plusieurs enjeux sont parmi les principaux éléments contextuels à considérer. En d'autres termes, le processus décisionnel n'est pas

orienté par une séquence prédéfinie, mais celui-ci a tendance à émerger du contexte dans lequel il s'inscrit.

Le présent travail vise donc à comprendre l'évolution d'un processus décisionnel dans le temps, tel que vécu par les acteurs en présence. Afin de donner un sens aux données recueillies, un modèle d'analyse est employé pour comprendre l'influence des événements, des activités et des choix sur le processus décisionnel à l'étude. Jusqu'à présent, peu d'auteurs ont utilisé un tel cadre conceptuel pour analyser le fruit de leurs observations.

Ce travail est divisé en six sections. La première section recense les écrits sur le processus décisionnel. Deux grandes conceptions s'opposent : les théories classiques et les théories de processus (ou approche contemporaine) qui donnent toutes deux un sens différent au terme « processus décisionnel ».

La deuxième section traite de la problématique rencontrée avec ces études et qui a guidé le choix de la méthodologie employée dans cette recherche.

La troisième section explique le cadre d'analyse à quatre dimensions : structurelle, politique, humaine et symbolique, utilisé pour interpréter les événements du processus de décision. Chacune de ces « lectures », inspirées du modèle de Bolman et Deal (2003) permet d'apporter un éclairage complémentaire afin de comprendre le processus décisionnel. Cette section se termine par une formulation de propositions et une question de recherche.

La quatrième section, révèle quant à elle, la méthodologie employée pour réaliser l'étude du processus décisionnel.

La section cinq présente l'objet de notre étude, c'est-à-dire le processus décisionnel adopté par un groupe de décideurs du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) dans la mise en œuvre d'une transformation organisationnelle majeure.

L'analyse des données du cas du CHUM et la méthode employée pour y arriver sont expliquées dans la section six. Les résultats sont ensuite discutés à l'intérieur de la section sept où les limites et les pistes futures de recherches sont également présentées.

Nous concluons avec un résumé des principales contributions de cette recherche à l'avancement de la compréhension sur le processus décisionnel.

SECTION 1 : RECENSEMENT DES ÉCRITS

La prise de décisions est probablement l'une des activités les plus importantes d'une organisation. Il y a d'abord un grand nombre de décisions qui se prend annuellement dans les organisations d'aujourd'hui. D'autre part, prendre des décisions c'est aussi donner une direction, un chemin à emprunter. Le processus décisionnel est donc au centre des grands changements organisationnels qui se produisent.

Dans un contexte où les organisations sont appelées à changer de plus en plus rapidement pour faire face à une concurrence accrue, il n'est pas étonnant de constater l'intérêt porté à l'étude du processus décisionnel. La présente section vise donc à présenter l'état de la connaissance sur le sujet.

Dans un premier temps une définition des concepts centraux de ce travail de recherche est donnée. Ainsi, une définition des termes processus, décision et stratégique est fourni. Les principales caractéristiques des travaux s'inscrivant dans le courant des théories classiques et ceux s'inscrivant dans les théories de processus sont ensuite présentés.

1.1 DÉFINITIONS DU PROCESSUS DE DÉCISION STRATÉGIQUE

Qu'est-ce qu'on entend par processus? Van de Ven (1992 :169) pense que le terme « processus » peut être compris de trois façons différentes : 1) comme une relation causale logique dans une théorie de variance ; 2) comme une catégorie de concepts qui réfèrent aux actions des individus ou des organisations ; et 3) comme une séquence d'événements qui décrit comment les changements se déroulent dans le temps. La signification du terme « processus » est comprise différemment selon le courant de recherche dans laquelle on s'inscrit, à savoir : classique ou processuel.

Le concept de « décision » fait davantage consensus dans les écrits. Ainsi, la décision la plus couramment utilisée est celle de Mintzberg, Raisinghani et Théorêt (1976). Pour ces auteurs, une décision c'est « *un engagement dans l'action (habituellement un engagement en terme de ressources)* ». C'est donc dire que décider c'est produire un changement. Plusieurs auteurs désignent le

changement comme étant une différence observable empiriquement dans la forme, la qualité ou l'état des situations (Dufour et Lamothe, 1999; French et Bell, 1999; Van de Ven et Poole, 1995). On peut être encore plus précis quant à l'ampleur et à la profondeur du changement.

Ainsi, Mintzberg et al. (1976) définissent la décision stratégique comme étant quelque chose d'important en termes d'actions prises et de ressources engagées. Cette définition est intéressante, mais le terme « important » est sujet à de multiples interprétations. Tandis que Hafsi, Séguin et Toulouse (2000) définissent le changement stratégique de la façon suivante :

« On peut dire qu'un changement est stratégique lorsqu'il modifie la performance de l'organisation en modifiant soit le contenu (objectifs, appréciation de l'environnement de même que la nature et la disponibilité des ressources et du savoir-faire), soit le processus (structures, systèmes, culture et valeurs) et qu'il est perçu comme une rupture par les personnes clés de l'organisation (p. 605-606). »

De façon similaire, d'autres auteurs utilisent également le terme « transformation organisationnelle » pour parler d'un changement stratégique (French et Bell, 1999 ; Rondeau, Jacob et Luc, 2002), où presque tout de l'organisation est changée : structure, philosophie de gestion, système de récompense, organisation du travail, mission, valeurs et culture (French et Bell, 1999).

1.2 THÉORIES CLASSIQUES

Traditionnellement, les auteurs inscrivent les différentes approches de la décision le long d'un continuum. La première extrémité regroupe les théoriciens classiques de la décision, tandis que l'autre extrémité regroupe les théories de processus. Les caractéristiques inhérentes aux théories classiques sont présentées ci-dessous.

1.2.1 Principales caractéristiques

1.2.1.1 Méthodologie utilisée dans les études empiriques

Dans un premier temps, les études empiriques de l'approche classique cherchent à définir le processus qui illustre la progression de toutes les décisions, que ce soit des décisions au sujet du design d'un produit ou celles qui concernent la gestion d'un projet (Meckhilef & Le Cardinal, 2005). En utilisant la définition de Van de Ven (1992), les travaux empiriques de l'approche classique conçoivent le « processus » comme une relation causale logique dans une théorie de variance. Pour arriver à déterminer ces relations de cause à effet, différentes méthodes quantitatives visant à corrélérer plusieurs facteurs entre eux sont utilisées. Une fois les liens établis, les auteurs de l'approche classique utilisent un langage informatique, représenté par des logigrammes et des arbres de décisions, plus ou moins complexes, pour décrire les phénomènes du processus décisionnel.

1.2.1.2 La prise de décision comme un processus planifié a priori

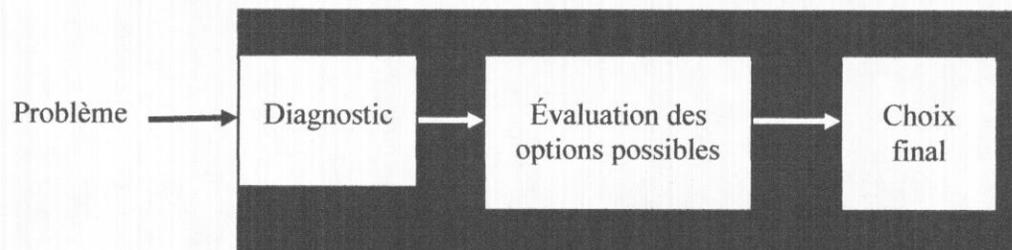
Un des éléments centraux de l'approche classique est la notion de phase. Selon cette approche, les décisions progressent à travers une séquence linéaire et irréversible de phases (Cyert et March, 1963; Dufour et Lamothe, 1999; Eisenhardt et Zbaracki, 1992; Mintzberg et al., 1976; Langley, Mintzberg, Pitcher, Posada & St-Macary, 1995; Mekilef et Le Cardinal, 2005; Mintzberg et Waters, 1985; Mintzberg, 1990; Van de Ven et Poole, 1995). Les phases ne sont donc pas interchangeable et doivent toutes être réalisées dans l'ordre défini. Les modèles convergent vers trois grandes phases : 1) diagnostic de la situation, 2) examen des solutions ou des alternatives possibles et 3) choix de la bonne solution. En bref, c'est une approche traditionnelle de résolution de problème.

Le processus décisionnel commence dès lors qu'il y a un problème (Cyert et March, 1963) pour lequel une intention ou un objectif précis est défini (Eisenhardt et Zbaracki, 1992; Mekhilef et Le Cardinal, 2005; Mintzberg et al., 1976; Mintzberg et Waters, 1985; Pinfield, 1986). Dans ce contexte, la phase diagnostic revêt un caractère particulièrement important. En effet, l'exhaustivité et la rigueur de l'exercice diagnostic sont directement garantes de la qualité de la décision qui sera prise en influençant à la fois l'analyse des alternatives et le choix final. La phase

diagnostic consiste à prendre connaissance des données disponibles dans l'environnement (interne ou externe) de l'organisation. Le résultat de la phase diagnostic est une compréhension plus juste des causes du problème.

La deuxième phase se caractérise par l'évaluation objective et rationnelle des différentes possibilités, en fonction de l'objectif préalablement établi. En effet, la phase diagnostic aura permis de cerner aussi bien des forces que des lacunes, lacunes auxquelles il faudra remédier. À ce moment-ci, plusieurs scénarios de résolution de problèmes peuvent paraître pertinents, mais un examen rigoureux de ceux-ci permet d'arriver au seul choix qui représente la meilleure option. Selon les premiers travaux de l'approche classique, les décideurs disposent de toute l'information. Actuellement, il est plutôt admis que les décideurs tentent d'optimiser leur choix en fonction des informations qui ne sont que partiellement disponibles. La figure 1.1 résume les trois principales phases du processus décisionnel.

Figure 1.1 : Le processus décisionnel selon une approche classique



Cyert et March (1963) ajoutent une quatrième phase, l'apprentissage organisationnel. Le but de cette dernière étant de faire l'évaluation des phases précédentes afin de permettre à l'organisation d'adapter ses objectifs, ses règles et ses méthodes de résolution de problèmes.

Mekhilef et Le Cardinal (2005) intègrent, quant à eux, quatre nouvelles idées au modèle des phases. Dans un premier temps, la reconnaissance du problème et la formulation de l'objectif font partie intégrante du processus décisionnel. Par ailleurs, les auteurs ajoutent que la négociation des objectifs peut être nécessaire, bien que non essentielle, avant d'entreprendre la phase d'analyse de l'information ou toute autre phase subséquente. Une fois la décision prise, Mekhilef et Le

Cardinal (2005) ajoutent deux nouvelles phases : la capitalisation et la transmission de l'information. La capitalisation consiste à consigner par écrit les résultats produits à chacune des phases précédentes, tandis que celle de transmission de l'information consiste à transmettre les résultats du processus décisionnel, les critères de décision et les stratégies de résolution, aux personnes qui sont chargées de l'application de la décision.

Mais, de façon générale, peu importe le nombre de phases, les décisions dans les théories classiques suivent une séquence logique et prédéfinie, qui a un début et une fin bien circonscrite. Cet aspect est le dénominateur commun le plus souvent retrouvé dans les travaux.

1.2.1.3 Indépendance du contexte

En ce qui a trait au rôle des éléments contextuels, Cyert et March (1963) prétendent que le facteur temps ainsi que l'environnement dans lequel s'inscrit la décision n'ont aucune importance sur son issue. En effet, les autres décisions, enjeux, problèmes, solutions, participants ou opportunités n'ont pas d'influence sur la décision en question. Ainsi les décideurs peuvent arrêter et reprendre exactement à la même phase du processus de décision sans aucune conséquence.

Mintzberg et al. (1976) apportent toutefois une nuance à cette idée d'indépendance du contexte et de la variable temps. En effet, leurs travaux ont mis en évidence l'influence de six facteurs dynamiques sur les décisions : les interruptions, les retards dans l'échéancier initialement prévu, les délais d'attente d'une action précédente, les délais associés aux opportunités, les cycles de compréhension et les échecs. Ces facteurs peuvent ramener à une phase antérieure, retarder, arrêter ou même accélérer le processus décisionnel.

1.2.1.4 Importance du décideur unique

De façon générale, les acteurs jouent un rôle crucial dans le processus décisionnel décrit dans les travaux de la conception classique. Comme le résumant bien Mekhilef et Le Cardinal (2005), les acteurs prennent les décisions et sans eux, il n'y aurait pas d'interaction. Ces mêmes auteurs circonscrivent les acteurs à ceux qui ont le pouvoir de décider. Les autres sont considérés comme des exécutants

chargés de mettre en application les décisions. Tandis que Mintzberg (1990) et Mintzberg et Waters (1985) sont plutôt d'avis que le processus décisionnel se doit d'être rigoureusement contrôlé et, en l'occurrence, il n'y a qu'une seule personne qui décide, le président directeur général. Quant à March et Cyert (1963), ils ne confèrent pas autant d'importance à la centralisation et au contrôle des décisions. Ils assument néanmoins que la phase recherche d'informations et l'interprétation des données de l'environnement sont biaisées par le vécu respectif des acteurs (formation, expérience, buts dans l'organisation).

1.2.2 Critiques de l'approche classique

L'approche classique connaît, depuis plusieurs dizaines d'années un vaste engouement, autant des théoriciens que des praticiens. La simplicité d'un modèle unidirectionnel qui encadre l'action et permet d'en arriver à une solution précise est responsable, en bonne partie, de cette grande popularité.

Cependant, les travaux réalisés par plusieurs auteurs (Butel et Watkins, 2000; Langley, 1997; Eisenhardt et Zbaracki, 1992; Langley, Mintzberg, Pitcher, Posada et St-Macary, 1995; Mintzberg et Waters, 1985; Pettigrew, 1992; Quinn, 1989; Van de Ven, 1992) tendent à démontrer qu'il est illusoire de prétendre que l'approche classique puisse être le reflet de la réalité de toutes les décisions prises dans les organisations. Selon les résultats de recherche obtenus par Pinfield (1986) l'approche classique est inapplicable dans les cas où il y a désaccord sur les buts. Ainsi, si le processus décisionnel ne peut être limité qu'aux participants qui sont du même avis, la décision est susceptible d'être contestée et d'altérer la rationalité de cette dernière (Pinfield, 1986).

Pinfield (1986) reproche également à l'approche classique son côté rigide, qui ne tient pas compte des changements individuels (ex. rôle de l'affect) et environnementaux (internes et externes) qui peuvent se produire en cours de processus décisionnel.

Finalement, Crozier et Friedberg (1977) expriment une mise en garde contre les dangers d'employer un mode de raisonnement décisionnel basé uniquement sur la raison et les modèles mathématiques d'aide à la décision :

On ne peut employer uniquement le mode de raisonnement décisionnel rationnel longtemps, sous peine de s'égarer tout à fait dans l'abstraction. En effet, un tel mode de raisonnement privilégie l'action sur la compréhension, transforme constamment tous les éléments de compréhension qui lui sont fournis en éléments de calcul et, pour y parvenir, les décompose et les dépossède de leur dimension systémique de manière à pouvoir leur assigner des valeurs objectives et les réordonner ensuite en fonction d'un meilleur agencement de moyens. Les calculs ont beau être impeccables, si les données sur lesquelles on travaille reposent sur une analyse insuffisante, le résultat peut être désastreux (p. 265)

1.3 THÉORIES DE PROCESSUS

Depuis quelques années, on voit émerger une alternative aux théories classiques. En effet, les théories de processus visent à comprendre comment les décisions évoluent (Van de Ven, 1992) en considérant différents éléments contextuels comme le temps, les événements imprévus et les changements qui peuvent se produire chez les participants (Pinfield, 1986). Ces modèles s'intéressent donc à l'ordonnancement temporel, à l'interaction dynamique entre individus et organisations (Langley, 1997) et ont identifié des configurations dans le processus, (Pettigrew, 1992) puisque les étapes ne sont pas prédéfinies à l'avance. Contrairement à la théorie classique, il n'y a pas dépendance du chemin parcouru d'une étape à une autre (Pettigrew, 1992). Ainsi, on ne peut pas présumer que ce qui s'est produit à une phase aura nécessairement un impact sur la phase suivante.

1.3.1 Principales caractéristiques

1.3.1.1 Méthodologie de recherche

Dans un premier temps les théories de processus se distinguent par le fait que les auteurs étudient le processus décisionnel de façon essentiellement inductive. *A posteriori*, on s'intéresse donc à décrire les « patterns » décisionnels. D'autre part, la définition proposée par Mintzberg et al. (1976), à savoir qu'une décision est un engagement dans l'action, est également utilisée par la majorité des auteurs.

Certains auteurs commencent toutefois à remettre en question le concept même de décision. Ainsi, Pinfield (1986) est le premier à soulever les difficultés que soulèvent la définition de Mintzberg et al. (1976) au niveau de la recherche :

There are, however, limits to an application of the structured perspective. If the Mintzberg, Raisinghani, and Théorêt (1976) definition of decision had been strictly applied, the event sequence described in this study would not necessarily have been identified as a decision process, because it did not result in a commitment to action (p. 382).

C'est ce qui a amené Langley, Mintzberg, Pitcher, Posada et St-Macary (1995) à proposer de traiter la décision non pas comme le concept au centre de la méthodologie, ni même la destination ultime, mais bien comme un événement qui vient ponctuer le flux des enjeux. L'enjeu devient donc la nouvelle unité d'analyse. Selon Langley et al. (1995) les enjeux sont les éléments qui sont à l'ordre du jour des réunions et peuvent donc être retracés en utilisant les comptes-rendus formels. Les auteurs se gardent toutefois de proposer une définition définitive, celle-ci est davantage avancée à titre de piste d'exploration.

1.3.1.2 Le contexte vu comme des événements discrets

Une des principales caractéristiques des théories de processus est la prise en compte des différents éléments du contexte (Butel et Watkins, 2000; Eisenhardt et Zbaracki, 1992; Langley et al 1995; Mintzberg et Waters, 1985; Pettigrew, 1992; Pinfield, 1986; Quinn, 1989; Van de Ven & Poole, 1995).

Comme mentionné précédemment, les travaux de Mintzberg et al. (1976) ont mis en évidence l'effet de certaines variables du contexte sur la décision. Ils avaient alors constaté que différents facteurs pouvaient ramener les décisions à une phase antérieure, retarder, arrêter ou accélérer le processus décisionnel. Selon Mintzberg et Waters (1985) l'environnement influence les choix stratégiques de l'organisation de deux façons. Dans un premier temps, l'organisation peut se faire imposer un choix. C'est le cas lorsqu'un individu ou un groupe externe à l'organisation, mais qui détient néanmoins beaucoup d'influence (ex.: actionnaire majoritaire) sur celle-ci, peut imposer son choix. L'autre situation est celle où l'environnement impose

des contraintes qui limitent considérablement les choix possibles; par exemple, lorsque le comportement du consommateur crée une pression très forte sur l'organisation pour changer. Finalement, Quinn (1989) arrive à une conclusion similaire, à l'effet que des événements imprévus peuvent précipiter certaines décisions.

1.3.1.3 Le contexte vu comme des interrelations

À partir des résultats empiriques de travaux antérieurs réalisés par différents auteurs, Langley et al. (1995) proposent une catégorisation très intéressante des éléments contextuels. Ainsi, selon Langley et al. (1995), il existe trois types de liens entre les enjeux : séquentiels, latéraux et précurseurs.

Ainsi, il y a des interconnexions séquentielles entre les décisions sur un même enjeu (voir figure 1.2) : 1) une décision majeure implique une série de sous-décisions mineures (imbrication); 2) une série de décisions mineures font « boule de neige » pour arriver à une décision majeure; 3) la même décision revient à répétition.

Il y a aussi des interconnexions latérales entre les enjeux : 1) les enjeux compétitionnent pour les mêmes ressources (financière, managériale et politique); 2) les enjeux sont liés parce qu'ils baignent dans le même contexte (gens, culture, structure, stratégie).

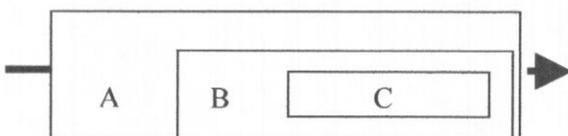
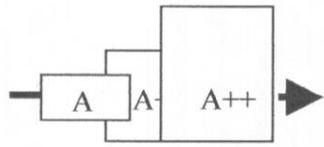
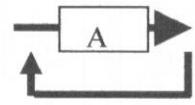
Finalement, une décision sur un enjeu peut avoir un impact sur les décisions futures ou sur les autres enjeux parce que :

- 1) une décision peut bloquer d'autres décisions ou faire en sorte que certains résultats soient plus probables;
- 2) une décision peut évoquer de nouveaux problèmes ou de nouvelles occasions;
- 3) une décision peut rendre d'autres enjeux non pertinents, obsolètes ou simplement repoussés;
- 4) une décision peut provoquer une cascade de décisions;
- 5) un ensemble d'enjeux peut être regroupé sous un seul chapeau et être décidé ainsi;

- 6) les décisions antérieures provoquent des apprentissages qui influenceront les décisions à venir.

Figure 1.2 : Interconnexions séquentielles entre les décisions

(Tiré de Langley et al., 1995)

| Liens | Description |
|---------------------------|--|
| Imbrication | <p>Une décision majeure (A) une série de sous décisions mineures (B et C).</p>  |
| « Boule de neige » | <p>Une série de décisions mineures font boule de neige pour en arriver à une décision majeure.</p>  |
| Récurrent | <p>La même décision revient à répétition.</p>  |

1.3.1.4 Des acteurs qui misent sur l'acceptation plutôt qu'une décision parfaite

En comparaison avec les théories classiques, la place qu'occupent les acteurs dans les théories de processus est très différente. Les études ont questionné la tendance à la centralisation excessive des décisions rencontrées dans les théories classiques.

D'abord Pinfield (1986) a remarqué que la rationalité et l'acceptation de la décision finale étaient tributaires du degré de consensus chez les parties prenantes du processus décisionnel. Selon Pinfield (1986), une décision contestée fait apparaître des comportements opportunistes chez les acteurs où des solutions

ont tendance à être attachées à des problèmes et à des choix impertinents. Selon Quinn (1989), les gestionnaires rencontrés dans le cadre de son étude se sont montrés sensibles aux relations de pouvoir et ils tentaient d'améliorer délibérément cette dimension à l'intérieur du processus décisionnel. Ainsi, les gestionnaires reportent régulièrement leurs décisions ou les expriment de façon très vague de façon à encourager une participation étendue, et ce, jusqu'au premier niveau de l'organisation, afin d'obtenir plus d'informations de la part des spécialistes ou encore pour construire un consensus autour de la décision.

Dans un rapport sur la gouvernance et la gestion du changement dans le système de santé au Canada, publié dans le cadre de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, les propositions de Denis (2002) plaident en faveur de 1) une vision collective du leadership organisationnel; 2) un partage des rôles de leadership entre les acteurs en position d'en assumer; 3) une communication et une validation de la décision avec la base de l'organisation et enfin 4) un équilibre entre les préférences des acteurs au sein de l'organisation et les pressions de l'environnement.

Ces auteurs proposent donc un rôle opposé aux théories classiques où la rationalité et la qualité de la décision sont primordiales, tandis que les théories de processus sont prêtes à accepter certains écueils pour favoriser l'acceptation des décisions, et de surcroît, l'implantation de celle-ci.

Les théories classiques et de processus présentent donc des conceptions différentes en ce qui a trait à la définition utilisée, aux méthodologies employées (quantitative vs qualitative), à la progression du processus décisionnel (séquentielle vs non séquentielle), à l'importance du contexte (négligeable vs déterminante), au rôle des acteurs (centralisation vs participation étendue) et des résultats visés (qualité et rationalité vs acceptation et facilité d'implantation). Le tableau 1.1 résume les principales différences des deux théories.

Tableau 1.1 : Résumé des principales caractéristiques des théories classiques et de processus

| Caractéristiques | Théories classiques | Théories de processus |
|--|---|---|
| Définition du processus décisionnel (Van de Ven, 1992) | Relation causale logique dans une théorie de variance | Séquence d'événements qui décrit comment les changements se déroulent dans le temps |
| Méthodologie | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitative • Modélisation (logigrammes et arbres de décisions) | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitative • Décrire les configurations des processus décisionnels |
| Progression du processus décisionnel | Séquences linéaires, irréversibles et non interchangeables de phases | <ul style="list-style-type: none"> • Non linéaire • Pas d'étapes prédéfinies • Pas de dépendance du chemin parcouru entre les étapes |
| Importance du contexte (temps, acteurs, autres décisions, enjeux) | Négligeable | Interactions dynamiques entre le contexte et la progression du processus décisionnel |
| Implication des acteurs | Limitée à ceux qui ont le pouvoir de décider | Participation étendue est privilégiée |
| Résultats visés | Rationalité et qualité des décisions | Acceptation des parties prenantes et implantation plus facile des décisions |

Bien que les travaux se soient accumulés pour enrichir la connaissance sur le processus décisionnel, d'autres pistes restent à explorer avant d'avoir un portrait complet sur le sujet. Une de ces pistes est présentée à la section suivante.

SECTION 2 : PROBLÉMATIQUE

La section un présentait un bref état actuel de la connaissance sur le processus décisionnel. Les résultats des travaux des théoriciens classiques et de processus ont ainsi été explorés. Cette recension des écrits a permis de constater qu'il subsiste plusieurs zones d'inconnus. La section deux vise maintenant à clarifier quelles sont les questions non répondues qui méritent notre attention. Notre question de recherche est d'abord présentée, à la suite de quoi, nous expliquons les raisons qui ont mené au choix d'un cadre d'analyse inspiré de Bolman et Deal (2003).

2.1 QUESTION DE RECHERCHE

Ainsi, la section précédente, fait état d'une connaissance somme toute primaire sur l'influence des facteurs contextuels tels que le temps, les acteurs et les imprévus sur le processus décisionnel. Dans le présent travail, nous enrichissons les connaissances sur le processus décisionnel en tentant de répondre à la question : *Comment évolue le processus décisionnel stratégique dans le temps?* Nous cherchons donc à comprendre les événements, les activités et les choix qui peuvent influencer le processus décisionnel.

2.2 CHOIX DU CADRE D'ANALYSE

Traditionnellement, les travaux ayant utilisé une méthodologie qualitative n'ont pas utilisé de cadre conceptuel pour donner un sens à leurs données. Mais devant la complexité du processus décisionnel, cette approche peut conduire à échapper des détails qui, à première vue peuvent paraître anodin. Nous pensons que ces informations sont mieux comprises en utilisant un cadre théorique qui permet de faire ressortir les données à analyser et d'être en mesure de leur attribuer un sens se référant à ce cadre. C'est l'approche que nous utilisons pour comprendre le processus décisionnel stratégique.

Plusieurs modèles existent pour comprendre les comportements organisationnels complexes (Bolman et Deal, 2003; Galbraith, 1995; Morgan, 1999; Van de Ven et Poole, 1995) comme le processus décisionnel. Chacun de ces auteurs proposent

des modèles à multiples facettes dont, chacune prise isolément, offre un point de vue partiel sur le comportement organisationnel à l'étude. L'ensemble des facettes permet donc d'en arriver à une perspective globale.

Ainsi, Morgan (1999) suggère qu'on peut comprendre l'organisation à partir d'une typologie à huit composantes qu'il associe à autant de métaphores pour illustrer son point de vue. Par exemple, l'organisation peut être vue comme une machine composées de pièces inter reliées ou encore, elle peut être vue comme un organisme qui s'adapte à un environnement en constante évolution. Morgan (1999) a développé son modèle de façon à apporter un éclairage sur le fonctionnement de l'organisation. Cependant, il ne s'est pas attardé à expliquer un processus en particulier, comme la prise de décision, ce qui rend son modèle moins intéressant dans la présente étude.

Dans le même sens, Van de Ven et Poole (1995) proposent un modèle à quatre composantes (cycle de vie, évolutionniste, dialectique et théologique) qui regroupent près d'une vingtaine de théories. Chaque théorie présente différent cycle de changement, mécanismes qui génèrent les changements, unités d'analyses et manière de changer qui leur sont propres. Compte tenu que le modèle de Van de Ven et Poole (1995) est plus spécifiquement adapté pour comprendre les changements organisationnels, il nous apparaît moins approprié pour comprendre le processus décisionnel.

Galbraith (1995) propose également un modèle pour prendre des décisions dans une optique de restructuration. Il suggère ainsi d'étudier la stratégie, la structure, les processus latéraux de communications, le système de reconnaissance et les pratiques ressources humaines. Encore une fois, en raison des spécificités de ce modèle conçu pour faciliter la réflexion lors de réorganisation, il nous apparaît trop limitatif pour répondre à notre question de recherche.

Bolman et Deal (2003) suggèrent quant à eux, un modèle synthétisant et intégrant les principales théories et travaux empiriques pour décrire le fonctionnement de l'organisation. Pour ce faire, plusieurs champs théoriques sont explorés dans un souci de simplicité, sans toutefois tomber dans une simplification excessive.

Ainsi, la parcimonie et la simplicité sont les deux principaux atouts du modèle de Bolman et Deal (2003) qui permettent de donner du sens à des comportements organisationnels complexes.

Notre cadre d'analyse s'inspire donc de celui proposé par Bolman et Deal (2003) pour tenter de comprendre comment évolue un processus décisionnel stratégique dans le temps. Plusieurs travaux de chercheurs et de théoriciens viennent également ajouter ou corroborer certains éléments du modèle de Bolman et Deal (2003). La prochaine section explique les détails du cadre d'analyse privilégié.

SECTION 3 : CADRE D'ANALYSE DU PROCESSUS DE DÉCISIONS STRATÉGIQUES

Lorsqu'on regarde les décisions qui se prennent dans les organisations, on constate que différents d'imprévus viennent ponctuer le processus. Des coalitions se forment et se défont au gré des enjeux, des données jusque-là inutilisées prennent une signification déterminante, et ainsi de suite. Pour donner du sens à tous ces événements qui se produisent tout au long du processus décisionnel, Bolman et Deal (2003) considèrent qu'il faut adopter une perspective holistique. Rappelons que ces auteurs proposent un modèle à quatre lectures pour comprendre le fonctionnement de l'organisation : structurelle, politique, humaine et symbolique.

C'est le modèle de Bolman et Deal (2003) qui a largement inspiré le cadre d'analyse utilisé pour la présente recherche. Le processus décisionnel à l'étude est donc décortiqué pour tenter de comprendre la nature des activités, des choix ou des événements, en déterminant s'ils sont à caractère structurel, politique, humain ou symbolique. On cherche donc à comprendre comment le processus décisionnel est influencé par :

- 1) des mécanismes d'organisation (lecture structurelle);
- 2) des jeux de pouvoir (lecture politique);
- 3) l'engagement des acteurs (lecture humaine);
- 4) la culture organisationnelle (lecture symbolique).

Les prochaines pages sont consacrées à l'explication des différentes facettes de la grille d'analyse inspirée du modèle de Bolman et Deal (2003).

3.1 LE CARACTÈRE STRUCTUREL DU PROCESSUS DÉCISIONNEL

Faire une lecture structurelle c'est croire que le processus décisionnel : 1) est guidé par les objectifs poursuivis par l'organisation, 2) soumis à des mécanismes qui permettent d'organiser la prise de décision de façon efficiente, ce qui devrait permettre 3) d'atteindre les objectifs organisationnels. Chacun de ces trois éléments est repris dans les lignes qui suivent.

3.1.1 Les objectifs poursuivis par l'organisation, principal intrant à considérer

Selon Bolman et Deal (2003), la principale prémisse à la base de la lecture structurelle est que l'organisation existe pour accomplir des buts et pour ce faire, elle mise sur l'efficacité du système pour atteindre le niveau de performance désiré. Dans l'optique d'un processus décisionnel, la lecture structurelle cherche donc à voir dans quelle mesure le processus décisionnel prend en considération l'ensemble des éléments qui structurent l'activité organisationnelle. Selon Bolman et Deal (2003), les outils proposés dans la lecture structurelle sont particulièrement appropriés dans les situations où la qualité des décisions est cruciale et dans un contexte de fonctionnement dit «*top down*».

3.1.2 Les moyens qui permettent d'organiser le processus décisionnel

Lorsqu'on étudie le processus décisionnel à travers la lecture structurelle, le principal moyen à considérer pour organiser le processus décisionnel c'est la **structure organisationnelle**. La structure ou l'organisation du travail, réfère aux **orientations, règles, procédures, encadrements** ou **politiques** pour diviser, répartir, coordonner le travail (French & Bell, 1999; Mintzberg, 1990; Roy et Audet, 2003), guider l'accomplissement des tâches, contrôler la réalisation des tâches, mesurer la performance et tenir les dirigeants informés (Hafsi, 1985). La structure organisationnelle est élaborée dans une optique d'efficacité et d'optimisation du système.

Juxtaposés à la structure organisationnelle, différents moyens de **planification, d'organisation et d'exécution du travail** peuvent être employés. Dans un premier temps, l'élaboration d'un **organigramme des tâches** à exécuter permet de décrire en détail le travail qui doit être fait pour produire un livrable (Genest et Nguyen, 2002). L'organigramme des tâches est présenté sous forme graphique et illustre chacune des divisions et subdivisions du travail à effectuer. Ultimement, l'organigramme des tâches permet d'élaborer des **descriptifs de tâches** qui spécifient le résultat précis à atteindre, les méthodes utilisées pour y arriver et les informations nécessaires pour exécuter les tâches (Genest et Nguyen, 2002). Aussi, une **charte de responsabilités** est un outil utile pour communiquer les responsabilités des différents intervenants et présenter l'ordonnancement des

activités ou des tâches à réaliser (Genest et Nguyen, 2002). Une fois les tâches identifiées et les responsabilités réparties, l'élaboration d'un **budget** permet d'évaluer les coûts globaux pour produire le livrable en fonction de la quantité, de la qualité requise et du coût des ressources (Genest et Nguyen, 2002). Le **calendrier d'exécution** pour produire le livrable permet quant à lui de représenter sur un tableau (ex. diagramme de Gantt) la durée d'exécution des tâches, les délais, les jalons d'avancement (points de contrôle) et les dépendances chronologiques (Genest et Nguyen, 2002).

Les **techniques et méthodes conventionnelles de communication** (réunions, ordre du jour, courrier électronique, comptes-rendus de réunion, etc.) permettent, quant à elles, d'assurer une coordination adéquate des différents acteurs impliqués dans la production du livrable et avec les interfaces externes (ex. : mandataire, public, etc.). Selon Eisenhardt (1999), les preneurs de décisions stratégiques les plus efficaces tiennent des **réunions planifiées** de façon régulière et y assistent religieusement, ils utilisent des **indicateurs de performance** pour prendre des décisions et ils répertorient les **informations pertinentes** de l'environnement externe.

Finalement, l'utilisation du **processus classique de résolution de problèmes** permet également d'y voir plus clair et d'en arriver à identifier et mettre en œuvre des pistes de solutions. Galbraith (2002) définit cinq étapes aux processus décisionnel:

1. **Diagnostic de l'état de la situation.** Il s'agit à proprement dit de la cueillette d'informations qui nous permet d'avoir un portrait représentatif de l'état actuel de la situation. Cette étape consiste donc à prendre en compte l'ensemble des facteurs qui influencent le problème directement ou indirectement.
2. **Recherche et proposition de scénarios** permettant d'apporter de résoudre le problème et d'atteindre la situation désirée. Il suffit de répondre à la question : «*Comment ce problème pourrait-il être résolu ?*»
3. **Évaluation et expérimentation des différents scénarios.** Pour accomplir cette étape, on peut se demander : «*Quelle est la meilleure solution ?*» Cette question amène la prise en compte des différents leviers et

contraintes qui déterminent la faisabilité (technique, sociale, monétaire, etc.) des différentes solutions. Dans certaines situations où il apparaît difficile d'évaluer objectivement les scénarios, l'expérimentation de une ou plusieurs options permet habituellement d'enrichir l'analyse et de réduire l'ambiguïté. Il faut alors être en mesure de faire un bilan approprié des apprentissages découlant de l'expérimentation et de procéder au choix final.

4. **Choix du scénario décisionnel.** Parmi les scénarios évalués quel est celui qui semble le plus optimal pour répondre à la situation ?
5. **Création d'un plan d'implantation** ou «Quel est le meilleur moyen d'implanter la solution ?» Cette question implique de connaître l'objectif souhaité par la mise en oeuvre de la solution et d'être en mesure de le définir en terme de résultats et d'activités concrètes à réaliser pour y arriver.

3.1.3 Les résultats visés

L'atteinte des objectifs préalablement fixés est le principal résultat auquel on peut s'attendre, dans la mesure où les moyens sont adaptés en fonction du contexte dans lequel ils sont utilisés.

Cependant, l'utilisation des moyens d'organisation du processus décisionnel ne garantit toutefois pas l'efficacité de ceux-ci. En effet, l'utilisation inadéquate des moyens de l'approche structurelle peut se traduire par de la **l'inefficacité** et de la **désorganisation face aux changements** (Bolman et Deal, 2003).

3.2 LE CARACTÈRE POLITIQUE DU PROCESSUS DÉCISIONNEL

Regarder le processus décisionnel selon une perspective politique c'est postuler que : 1) les coalitions d'individus et les jeux de pouvoir sont un intrant important à considérer et 2) qu'une lecture juste des forces en présence, conjuguée à des actions qui permettent de naviguer avec succès à l'intérieur de cet environnement vont permettre d'en arriver à 3) de la collaboration et des compromis. Les intrants, les moyens et les résultats visés par une lecture politique sont expliqués ci-dessous.

3.2.1 Les jeux de pouvoir, principal intrant à considérer

La lecture politique postule que les organisations évoluent dans un environnement pluraliste, que les intérêts des parties en présence déterminent en partie les décisions qu'ils prennent. Dans un contexte de prise de décision, les éléments inclus dans la lecture politique cherchent donc à voir dans quelle mesure le processus décisionnel prend en compte l'ensemble des éléments qui permettent de comprendre et de manœuvrer à travers les **différents intérêts des parties et leurs positionnements**. Selon Bolman et Deal (2003), les outils proposés dans la lecture politique sont particulièrement recommandés dans un environnement où : 1) il y a un niveau élevé d'ambiguïté et d'incertitude, 2) il y a prédominance de conflits et 3) les ressources sont rares.

3.2.2 Les moyens qui permettent de prendre en compte les jeux de pouvoirs

Lorsqu'on étudie le processus décisionnel dans l'optique de la lecture politique, le principal élément à prendre en considération est les **coalitions d'individus et de groupes** avec des **intérêts**, des **croyances** et des **perceptions** divergentes qui luttent pour l'obtention des mêmes ressources (Bolman et Deal, 2003). Les coalitions cherchent à dominer, c'est-à-dire à augmenter leur marge de manœuvre et de restreindre la liberté des autres (Crozier et Friedberg, 1977). Ce combat pour la possession des ressources rares entraîne inévitablement des conflits et des tensions entre les acteurs (Bolman et Deal, 2003; Crozier et Friedberg, 1977; Dufour et Lamothe, 1999; Eisenhardt et Zbaracki, 1992; Mintzberg, 1990; Morgan, 1999).

Ces coalitions peuvent se former à des **niveaux intra ou supra-organisationnel**. Ainsi, Denis, Lamothe et Langley (2001) observent que des coalitions peuvent se former à des **niveaux stratégique** (entre les membres de la direction), **organisationnel** (entre les membres de l'équipe de direction et des acteurs internes) et **environnemental** (entre les membres de l'équipe de direction et des organisations provenant de l'environnement externe).

Plusieurs techniques et outils permettent d'y voir plus clair quant aux jeux de pouvoirs à l'œuvre. D'ailleurs, selon Eisenhardt et Zbaracki (1992), la mise en œuvre de changements efficaces ne peut se faire sans une compréhension des jeux de pouvoirs entre les différentes factions et d'être en mesure de naviguer au sein de cet environnement.

La construction d'un **sociogramme** est un outil utile pour mettre en évidence les jeux d'alliances, les oppositions, les rejets et les perspectives de coopération entre acteurs (Labregere, 2005). Il faut d'abord **identifier les acteurs** concernés. Selon Crozier et Friedberg (1977), pour comprendre une relation de pouvoir, il faut ensuite être en mesure de répondre à deux questions :

- *Quelles sont les **ressources dont chaque partenaire dispose**, c'est-à-dire, quels sont les atouts qui, dans une situation donnée, lui permettent d'élargir sa marge de liberté ?*
- *Quels sont les critères qui définissent la pertinence de ces ressources et leur caractère plus ou moins mobilisable, c'est-à-dire quel est **l'enjeu de la relation** et quelles sont les **contraintes structurelles** dans lesquelles elle s'inscrit ? (p. 63)*

Le sociogramme permet ainsi de **qualifier les relations** entre les acteurs et d'évaluer où sont les zones de **coopération**, d'**alliance durable**, de **tension**, de **conflit** ou celles qui sont **neutres** (Labregere, 2005).

Une fois que les jeux de pouvoir sont bien compris et qualifiés, il est possible **d'élaborer une stratégie politique** dans le but d'accroître son pouvoir, c'est-à-dire diversifier ses atouts et minimiser les risques de pertes potentielles de façon à restreindre encore davantage la marge de liberté des autres (Crozier et Friedberg, 1977). Les sources de pouvoir sont très diverses. Parmi les sources de pouvoir les plus fréquemment citées on parle de la **maîtrise de compétences** et d'**informations rares**, l'**autorité hiérarchique** (pouvoir de récompense et de coercition) et l'**ascendance exercée sur les autres**. Chaque individu, chaque groupe, détient des atouts qui lui sont propres et peut utiliser différentes sources de pouvoir de façon à s'imposer face aux autres.

La composition des équipes de travail est également une façon de prendre en compte la pluralité des parties. Eisenhardt (1999) suggère plusieurs moyens pour assurer une confrontation positive des différents points de vue. Tout d'abord une **composition diversifiée des équipes**, que ce soit au niveau de l'âge, du genre, du cheminement de carrière ou de l'expérience. Il n'est toutefois pas recommandé de mélanger les différents niveaux hiérarchiques qui risquent de compromettre la cohésion en raison des écarts de statuts (Eisenhardt, 1999; Genest et Nguyen, 2002). Denis (2002), dont une part importante des travaux porte sur le système de santé canadien, souligne également l'importance d'assurer une **représentation** des pôles cliniques et administratifs dans la formulation des projets de changement. Pour Denis, Lamothe et Langley (2001), il s'agit même d'une capacité de changement déterminante où il faut par contre s'assurer que la représentation mène à une **différentiation**, une **spécialisation** et une **complémentarité**.

Finalement, différentes **tactiques** peuvent également être utilisées pour tenir compte des positionnements des acteurs en présence. Parmi les principales tactiques, on compte le **marchandage de pouvoir**, la **négociation de compromis**, et la **création de nouvelles alliances**. Dans le choix des tactiques politiques à mettre en œuvre, le **temps** est un facteur important à considérer (Crozier et Friedberg, 1977). En effet, le choix des tactiques politiques peut être complètement différent entre un horizon d'un mois versus un an. Cela laisse de la place à faire des pertes stratégiques, c'est-à-dire permettre d'augmenter le pouvoir des acteurs sur une période plus longue.

3.2.3 Les résultats visés

Un processus décisionnel qui prend en compte, de façon adéquate, la pluralité des positions et qui fait usage des outils politiques est caractérisé par de la **collaboration** et des **compromis**. Ainsi, les acteurs, malgré leurs orientations divergentes, unissent leurs efforts dans une même direction (Bolman et Deal, 2003; Crozier et Friedberg, 1977; Mintzberg, 1990; Mintzberg, Raisinghani et Theoret, 1976).

Au contraire, un processus décisionnel qui ne tient pas compte, ou qui ne le fait pas correctement, des divergences et des enjeux de pouvoir, risque de voir éclater des **conflits** qui risque de mener tout droit à l'**anarchie** (Bolman et Deal, 2003; Crozier et Friedberg, 1977).

3.3 LE CARACTÈRE HUMAIN DU PROCESSUS DÉCISIONNEL

Considérer le processus décisionnel selon une perspective humaine c'est énoncer comme postulat que : 1) l'engagement des acteurs est un intrant déterminant et que 2) des moyens pour susciter la participation des acteurs, la prévention et la gestion des conflits sont susceptibles de 3) favoriser la satisfaction et l'expression des idées des parties prenantes. Ces trois éléments sont expliqués en détail dans les lignes qui suivent.

3.3.1 L'engagement des acteurs, principal intrant à considérer

Selon Bolman et Deal (2003), la lecture humaine cherche à comprendre le fonctionnement de l'organisation à travers l'arrimage des besoins individuels et organisationnels. Appliquée plus précisément à un processus décisionnel, la lecture humaine cherche donc à voir dans quelle mesure le processus décisionnel prend en compte les **besoins des acteurs** et leurs talents propres. Selon Bolman et Deal (2003), la lecture humaine devrait être considérée lorsque l'engagement et la motivation des individus sont une condition essentielle de succès et dans un contexte de fonctionnement dit «*top down*».

3.3.2 Les moyens qui permettent de susciter la participation des acteurs, de prévenir et gérer les conflits

Deux éléments sont à prendre en considération pour comprendre le processus décisionnel à travers la lunette de la lecture humaine. Le premier concerne l'ensemble des **besoins que peut avoir un acteur** organisationnel. Il peut s'agir aussi bien des **motivations intrinsèques, d'intérêts personnels, de désir d'accomplissement** que d'**être reconnu** à sa juste valeur.

Le **climat organisationnel** constitue le deuxième élément. French et Bell (1999) utilisent la définition du climat proposé par Burke et Litwin (1994) dans leur modèle des changements organisationnels «*Organizational climate is defined as people's perceptions and attitudes about the organization – whether it is a good or bad place to work, friendly or unfriendly, hard-working or easy-going, and so forth (p. 76).*» Quatre facteurs sont généralement réputés être de bons indicateurs du climat de travail :

1. la perception d'avoir du **soutien** de l'organisation, du supérieur immédiat et des collègues (Bishop, Scott et Burroughs, 2000; Eisenberger, Huntington, Hutchison et Sowa, 1986; Ghoshall et Bartlett, 1996; Rhoades et Eisenberger, 2002);
2. la perception de **confiance** à l'égard de l'organisation, du supérieur immédiat et des collègues (Mayer, Davis, Schoorman, 1995; McAllister, 1995);
3. la perception de **justice organisationnelle** (Colquitt, 2001; Ghoshall et Bartlett, 1996);
4. le niveau d'appropriation ou d'habilitation accordé aux individus (Forrester, 2000; Kirkman et Rosen, 1999).

Selon une lecture humaine, un certain nombre de leviers permettent d'assurer la satisfaction des besoins des acteurs et un climat de travail favorable, mais c'est principalement par l'implication adéquate des individus et par la prévention et la gestion des conflits qu'il est possible d'y arriver.

Selon Galbraith (2002), la **participation** signifie «*involving people in the organization beyond the executive team in identifying options and making decisions.*» French et Bell (1999) abondent dans le même sens, et la participation exclut que la prise de décision soit réservée à un petit nombre d'élus. Cependant, selon Galbraith (2002), certains **types** de décisions précises ne sont pas propices à une participation élargie, comme c'est le cas pour le choix d'une stratégie où il est préférable que la participation soit restreinte aux membres de la haute direction. Pareillement, certains **contextes** ne se prêtent pas à la prise de décision participative. Ainsi, la participation n'est pas appropriée dans le cas où les options possibles sont relativement claires (Galbraith, 2002). Dans un tel cas, la

participation, en plus d'être consommatrice de temps et d'énergie ne contribuerait pas à améliorer le résultat. L'auteur recommande plutôt de faire participer lors de la phase de planification de l'implantation.

D'ailleurs, selon French et Bell, 1999 et Galbraith, 2002, la prise de décision participative peut survenir à **une ou plusieurs étapes** du processus de résolution de problème :

1. Diagnostic de l'état de la situation;
2. Recherche et proposition de scénarios;
3. Évaluation et expérimentation des scénarios;
4. Choix du scénario décisionnel;
5. Création d'un plan d'implantation.

Par ailleurs, afin d'appuyer adéquatement le processus de participation, il est souhaitable de favoriser les interactions entre les membres très tôt dans la démarche participative. En effet, Eisenhardt (1999) a démontré qu'un degré de familiarité et de complicité élevées provoque plus facilement des conversations franches qui sont moins contraintes par les formalités de politesse, ce qui permet évidemment de bénéficier d'une plus grande diversité de point de vue.

La participation seule n'est pas une panacée pour susciter la mobilisation des individus. Elle doit être encadrée et supportée. Ainsi, qui dit travail d'équipe et participation dit aussi conflits. Bien gérer, les conflits sont générateurs d'innovation, améliorent la qualité et l'efficacité des décisions (Eisenhardt, 1999). A contrario, des conflits non résolus ou qui prennent une tangente non constructive peuvent toutefois créer des torts irrémediables. Dans ce cas, il est utile d'être en mesure de les prévenir et de savoir **déceler les symptômes annonciateurs**. Par exemple, des **jeux politiques intenses** qui perdurent indûment, **l'absence de décisions** et une **démotivation des troupes** sont quelques-uns des symptômes auxquels il faut prêter une attention particulière (Denis, Langley et Lozeau, 1991; Mintzberg et al., 1976; Bartlett et Ghoshal, 1994; Eisenhardt, 1999). Sans recommander la répression des jeux politiques, Eisenhardt (1999) a mis en évidence qu'il peut être contre-productif de laisser les conflits interpersonnels et les jeux politiques qui occasionnent des pertes de temps

considérables prendre le dessus. Une **résolution efficace des conflits** s'avère donc nécessaire.

Bolman et Deal (2003) et Eisenhardt (1999) recommande également différents moyens qui permettent de prévenir et de résoudre les conflits. Dans un premier temps, il s'agit de **définir des règles à la participation** de façon à régir le comportement des individus dans le sens souhaité. Ensuite, ils recommandent de mettre l'emphase sur les **buts communs** afin d'éviter d'accentuer les différences susceptibles de faire avorter le processus participatif.

Bien qu'il soit souhaitable d'en arriver à une décision par consensus, Eisenhardt (1999) précise que cela ne doit pas se faire au détriment de la motivation des individus et de ce que plusieurs conviennent d'appeler la fenêtre d'opportunité, c'est-à-dire la période critique pour réaliser un changement (Rondeau, 2002). Il peut donc s'avérer utile, voire même nécessaire, de **mettre un terme à d'interminables débats en prenant une décision** de façon à préserver le momentum (Eisenhardt, 1999). Il peut être difficile de déterminer à quel moment un arbitrage doit trancher le débat. Afin d'aider à trouver le moment approprié, Eisenhardt (1999) suggère d'observer combien de temps il a fallu, dans les décisions stratégiques précédentes, de préférence celles qui ont connu du succès, pour en arriver à un choix. A cet égard, les décideurs qui connaissent le moins de succès hésitent entre 1) retarder la décision dans l'espoir de développer un consensus et d'enrichir la collecte de donnée et 2) prendre une décision trop hâtive.

Finalement, un manque d'habileté interpersonnelle peut être générateur de conflits contre-productif. Un manque de compétences pour résoudre les conflits peut également être un frein sérieux à leurs saines résolutions. Il en va de même pour les individus qui ont une tendance à la déresponsabilisation à l'égard des conflits. Il peut ainsi être nécessaire de **responsabiliser** les individus à l'égard de leurs actions et de **développer** des habiletés telles que l'écoute et le respect des autres de façon à prévenir et à résoudre les conflits le temps venu.

3.3.3 Les résultats visés

Des individus **satisfaits** et motivés qui mettent leurs compétences et leurs énergies au service de l'organisation, voilà ce qu'on peut attendre d'un processus décisionnel qui prend en considération, de façon appropriée, les besoins et attentes des acteurs (Bolman et Deal, 2003). Ghoshal et Bartlett (1995) décrivent les organisations qui tirent profit d'employés mobilisés de la façon suivante :

"... employees come to meetings on time, work toward agreement on defined agendas, and do not question in the corridors the decisions they agreed to in the conference room. Above all, they deliver on their promises and commitments. For example, every management meeting at Intel must have a clear agenda and must close with decisions, action plans, responsibilities, and deadlines."

Ainsi, les enjeux sont débattus et **tous ont la chance de manifester leurs idées**, mais une fois qu'une décision est prise, les organisations, qui comptent sur des employés **mobilisés, s'engagent collectivement** (Bolman et Deal, 2003; Ghoshal et Bartlett, 1995).

Cependant, des **frustrations** peuvent se manifester dans les cas où la prise en compte des besoins individuels et des attentes fixées serait insuffisante ou inadéquate (Bolman et Deal, 2003).

3.4 LECTURE SYMBOLIQUE

Faire une lecture symbolique c'est présumer que le processus décisionnel est influencé : 1) par la culture organisationnelle et que 2) la légitimité des initiatives de changement de même que le leadership transformationnel sont des moyens qui permettent de favoriser 3) une cohésion sociale et l'adhésion aux décisions prises. Chacun de ces trois éléments est repris dans les lignes qui suivent.

3.4.1 La culture organisationnelle, principal intrant à considérer

La lecture symbolique du modèle de Bolman et Deal (2003) cherchent à comprendre le fonctionnement de l'organisation à travers le sens donné aux actions des individus. Par sens, Ghoshal et Bartlett (1996) désignent l'habileté à susciter un engagement des individus en liant leur contribution directement à un ensemble plus large. Appliquée plus spécifiquement à un processus décisionnel, la lecture symbolique cherche donc à voir dans quelle mesure le processus décisionnel prend en considération les manifestations de la **culture organisationnelle**. Selon Bolman et Deal (2003), les outils proposés dans la lecture symbolique sont particulièrement recommandés dans les situations qui requièrent une culture forte pour avoir du succès, c'est-à-dire lorsque: 1) l'engagement et la mobilisation sont essentielles, 2) il y a un niveau élevé d'ambiguïté et d'incertitude, 3) il y a prédominance de conflits et 4) les ressources sont rares.

3.4.2 Les moyens qui permettent de prendre en compte la culture organisationnelle

Lorsqu'on étudie le processus décisionnel sous la lunette symbolique, le principal élément à prendre en considération est la **culture organisationnelle**. Selon Bolman et Deal (2003), la culture c'est ce qui cimente l'organisation. La culture organisationnelle se définit par un ensemble de **valeurs** et de **croyances communes** aux membres de l'organisation qui influencent la façon dont ils perçoivent, pensent et agissent (Bolman et Deal, 2003; French et Bell, 1999; O'Reilly et Chatman, 1996). Selon French et Bell (1999), une **croyance** est: *«a proposition about how the world works that the individual accepts as true; it is a cognitive fact for the person.»* Tandis qu'une **valeur** est une croyance fondamentale qui détermine ce qui est désirable de ce qui ne l'est pas (Bolman et Deal, 2003; French et Bell, 1999).

Certains moyens permettent de prendre en considération la culture organisationnelle, il s'agit de : 1) la légitimité associée aux initiateurs du changement, et à 2) la construction symbolique.

Dans un premier temps, pour être perçu comme légitimes, les initiateurs du changement doivent avoir une forte volonté de conduire le changement (Abé, 2000) tout faisant en sorte que le changement soit dans la ligne de pensée de l'organisation et qu'il y est cohérence avec la culture en place. De cette façon, les initiateurs sont en mesure de créer un climat de confiance chez les personnes qui sont visées par le changement.

Dans un deuxième temps, le charisme associé aux leaders est un autre facteur tout aussi important que le précédent. Le **charisme** ou le leadership transformationnel est le pouvoir conféré à un individu en raison de sa capacité à utiliser les symboles, les mythes, les histoires et l'humour pour inspirer, de façon à transcender les intérêts individuels au profit d'un intérêt supérieur commun (Bolman et Deal, 2003; French et Bell, 1999). Dans le cas d'un processus décisionnel menant à une transformation majeure de l'organisation, les **symboles** dont il faut faire usage sont ceux qui évoquent les **résultats provoqués par la transformation** (Abé, 2000). D'autre part, le charisme évoque indubitablement la **maîtrise des techniques d'art** oratoire, comme l'explication, l'argumentation, la rationalisation ou encore, la justification (Abé (2000). Évidemment, si les actions ne suivent pas le discours, l'effet sera nul (Abé, 2000; Bartlett et Ghoshal, 1994; Bolman et Deal, 2003). Finalement, devant l'influence que peuvent avoir les leaders transformationnels ou charismatiques, il est facile de comprendre pourquoi il est primordial que ces individus détiennent un fort **sens de l'éthique et de la morale** afin d'éviter d'utiliser leur pouvoir de façon machiavélique (Tucker et Russel, 2004).

3.4.3 Les résultats visés

Un processus décisionnel qui prend en compte la culture organisationnelle et qui fait convenablement usage des moyens symboliques est caractérisé par une **cohésion sociale** qui permet de s'aligner sur **l'objectif final** et une **adhésion** par rapport aux décisions prises. Selon Friedman et Goes (2001), une **cohésion sociale** forte se caractérise par un consensus autour des valeurs et permet de maintenir l'orientation sur l'objectif final malgré les pressions politiques des différentes parties prenantes. Cette cohésion entretient également chez les individus, la conviction que les décisions prises sont les bonnes pour

l'organisation et la communauté (Friedman et Goes, 2001). Tandis qu'une adhésion forte aux décisions prises, se traduit par l'absence de contestation, de protestation ou de conflit (Abé, 2000).

A l'inverse, un processus décisionnel qui ne tient pas compte de la culture organisationnelle se traduit par **l'absence de cohésion sociale** qui se manifeste notamment par une prédominance des jeux politiques ou des compromis significatifs qui remettent en question la cohérence de la décision avec la stratégie organisationnelle et le contexte externe à l'organisation (Denis, 2002).

3.5 SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

Ainsi, en regardant le processus décisionnel à travers des lectures structurelle, politique, humaine et symbolique nous formulons les propositions de recherche suivante :

1. Le processus décisionnel est influencé par des mécanismes d'organisation;
2. Le processus décisionnel est influencé par des jeux de pouvoir;
3. Le processus décisionnel est influencé par l'engagement des acteurs;
4. Le processus décisionnel est influencé par l'identification des acteurs;
5. L'utilisation d'une grille d'analyse holistique permet d'apporter un éclairage nouveau sur la façon dont se prennent les décisions.

La prochaine section nous en apprend davantage sur la méthodologie employée pour apporter des réponses à ces questions.

Tableau 3.1 : Grille synthèse du cadre d'analyse

| | En quoi le processus décisionnel est-il influencé par des mécanismes d'organisation? | En quoi le processus décisionnel est-il influencé par des jeux de pouvoir? | En quoi le processus décisionnel est-il influencé par l'engagement des acteurs? | En quoi le processus décisionnel est-il influencé par la culture organisationnelle? |
|------------------------|--|--|---|---|
| Moyens | 1. Structure organisationnelle qui se définit par des : <ul style="list-style-type: none"> • Orientations • Règles • Procédures • Encadrements • Politiques 2. Planification, organisation et exécution du travail <ul style="list-style-type: none"> • Organigramme des tâches • Descriptifs de tâches • Charte de responsabilités • Budget • Calendrier d'exécution 3. Techniques de communication pour coordonner les actions et gérer les interfaces: <ul style="list-style-type: none"> • Réunions planifiées • Ordre du jour • Courrier électronique • Comptes-rendus de réunions • Information de l'environnement externe 4. Processus de résolution de problème : <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de l'état de la situation • Recherche et proposition de scénarios • Évaluation et expérimentation des scénarios proposés • Choix du scénario décisionnel • Création d'un plan d'implantation | 1. Coalitions d'individus ou de groupes qui présentent des divergences au niveau de l'expression des : <ul style="list-style-type: none"> • Intérêts • Croyances • Perceptions 2. Jeux de pouvoir (positionnements) à différents niveaux: <ul style="list-style-type: none"> • Stratégique • Organisationnel • Environnemental 3. Sociogramme des jeux de pouvoir pour identifier les acteurs <ul style="list-style-type: none"> • Ressources ou atouts dont dispose chaque acteur • Enjeux des relations • Contraintes des relations • Qualification des relations (coopération, alliance durable, tension, conflit, neutralité) 4. Élaboration d'une stratégie politique : <ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise des compétences • Accès à de l'information rare • Autorité hiérarchique • Ascendance (influence sur les autres) 5. Composition des équipes de travail <ul style="list-style-type: none"> • Diversification - représentativité • Différentiation • Spécialisation • Complémentarité 6. Tactiques <ul style="list-style-type: none"> • Marchandage • Négociation • Création de nouvelles alliances • Utilisation du temps | 1. Besoins des acteurs (motivations intrinsèques, intérêts personnels, désir d'accomplissement, besoin de reconnaissance, etc.) 2. Climat organisationnel qui s'observe par une perception de : <ul style="list-style-type: none"> • Soutien • Confiance • Justice 3. Participation, favorisant l'implication des acteurs à une ou plusieurs étapes du processus de résolution de problème : <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de l'état de la situation • Recherche et proposition de scénarios • Évaluation et expérimentation des scénarios • Choix du scénario décisionnel • Création d'un plan d'implantation • Prévention et gestion des conflits : <ul style="list-style-type: none"> • Déceler les symptômes annonciateurs (ex: prédominance des jeux politiques, absences de décisions, démotivations) • Définir les règles de participation • Mettre l'accent sur des buts communs • Arbitrer devant l'impossibilité d'obtenir un consensus • Habilitier et responsabiliser les individus à adopter les bons comportements | 1. Culture organisationnelle qui s'exprime à travers l'identification à des : <ul style="list-style-type: none"> • Croyances communes • Valeurs communes 2. Légitimité des initiatives de changement au niveau de la perception : <ul style="list-style-type: none"> • Volonté réelle de changer • Ressources suffisantes (humaine, financière, matérielle) • Capacité de réaliser le changement 3. Charisme ou leadership transformationnel qui se traduit par : <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des symboles faisant état des résultats du changement • Maîtrise des techniques d'art oratoire • Sens profond de l'éthique et de la morale |
| Résultats visés | 1. Atteinte des objectifs préalablement fixés OU 2. Symptômes de dysfonctionnement = inefficacité et désorganisation face aux changements | 1. Collaboration 2. Compromis OU 3. Symptômes de dysfonctionnement : conflits et anarchie | 1. Satisfaction 2. Expression des idées 3. Mobilisation et engagement collectif OU 4. Symptômes de dysfonctionnement : frustrations | 1. Cohésion sociale qui permet de s'aligner sur l'objectif final 2. Adhésion par rapport aux décisions OU 3. Symptômes de dysfonctionnement : absence de cohésion |

SECTION 4 : MÉTHODOLOGIE

Les sections précédentes ont mis en perspective le centre d'intérêt de la présente recherche. Une recension des écrits sur le processus décisionnel a ainsi été présentée, à la suite de quoi, la problématique entourant l'état des connaissances a été discutée. Finalement, la section trois a permis d'expliquer les indicateurs qui permettent d'analyser les données recueillies. Il importe maintenant de préciser la méthodologie utilisée afin de procéder à l'étude du processus décisionnel stratégique dans le temps.

4.1 OBJET D'ÉTUDE

L'analyse porte sur le processus de décisions stratégiques adopté par le comité de régie du CHUM au sujet de la mise en place d'une nouvelle formule de gestion des soins appelée la gestion par programmes-clientèles. Le processus est étudié depuis ses débuts en 2002 jusqu'à l'adoption du « livre vert » au printemps 2005. Les intrants apportés par le conseil d'administration, le comité de pilotage et ses sous-comités, sont considérés dans ce qu'on qualifie de processus décisionnel. Cependant, ces interfaces ne sont pas le centre de notre intérêt et seules les parties qui sont en lien avec le processus décisionnel du comité de régie dans la période mentionnée ci-haut ont été prises en compte.

4.2 CHOIX DE L'ÉTUDE DE CAS

Dans cette recherche, nous présentons l'évolution du processus décisionnel du comité de régie du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) au sujet de la mise en œuvre de la gestion par programmes-clientèles. La présente recherche retrace donc, à travers l'écriture d'un cas, la chronologie des événements, des activités et des choix qui ont eu un impact sur le processus décisionnel débuté en 2002 et ayant mené à l'adoption d'une proposition, appelée « livre vert », au printemps 2005. Comme le suggère Langley (1997), la stratégie narrative a été privilégiée de façon à permettre une reconstitution des faits qui soit le plus fidèle à la réalité vécue par les acteurs concernées.

Le choix de la méthode de l'étude de cas a été guidé par notre question de recherche. Tel qu'en font mention Eisenhardt et Zbaracki (1992), cette méthode est utilisée dans la très grande majorité des études portant sur le processus décisionnel. C'est aussi la méthode que suggère Yin (2003) pour répondre aux questions de recherche qui s'intéressent davantage à comprendre le « comment » et le « pourquoi » plutôt que le « quoi » des phénomènes.

4.3 COLLECTE D'INFORMATIONS

L'information au sujet du processus décisionnel a été recueillie de deux sources : les documents internes du CHUM et des entrevues semi structurées. Cette stratégie a ainsi permis d'assurer une meilleure validité de construit en diversifiant nos sources d'informations (Yin, 2003).

4.3.1 Les documents internes

Les comptes-rendus des réunions du comité de régie ont été le point de départ de la collecte d'informations. Comme d'autres entités (comité de pilotage et sous-groupes de travail) fournissaient des intrants (ex. : proposition ou documents de travail) au comité de régie, ces documents ont également été considérés.

Plus de 500 documents internes au CHUM ont été consultés. Ce qui a permis d'écrire un premier cas. Lors de l'écriture, nous avons pris soin de mettre en évidence les points marquants du processus décisionnel que nous avons présenté en phase. Comme le mentionnent Denis, Lamothe et Langley (2001) : « *phases are defined so that there is continuity in the context and actions being pursued within them, but discontinuities at their frontiers (p. 815.)* » Dans notre cas, les frontières de ces phases correspondaient souvent à des décisions prises ou à des événements qui avaient un impact significatif sur le cours des événements.

4.3.2 La grille d'entrevue

La grille d'entrevue (voir Annexe A), construite principalement à partir du cadre d'analyse, a été enrichie de questions s'adressant plus spécifiquement à la validation et à l'enrichissement du cas. Les questions ont été formulées de façon à

permettre aux répondants d'approfondir leur point de vue et ainsi permettre de traduire toute la richesse et la complexité du processus décisionnel étudié.

4.3.3 Les entrevues

Chaque répondant qui acceptait de participer à une entrevue devait au préalable prendre connaissance d'un cas préliminaire rédigé à partir des informations disponibles dans la documentation et des observations réalisées par le chercheur auprès du comité de régie et de la grille de questions transmise avec l'invitation. Le cas préliminaire permettait ainsi de limiter les effets du temps qui auraient pu entraîner des difficultés et des distorsions mnésiques chez les participants et conséquemment altérer la validité des données de l'étude.

Les membres du comité de régie qui ont joué un rôle clé dans le processus décisionnel, c'est-à-dire qui ont participé à titre de membre à au moins deux comités qui avaient pour mandat de fournir des recommandations ou de prendre des décisions relatives à l'implantation de la gestion par programmes-clientèles (comité de pilotage et ses différents sous-comités), ont été invités à prendre part à l'étude. Dix répondants, des directeurs et des chefs de départements, ont ainsi été invités et huit d'entre eux ont accepté l'invitation. Les entrevues étaient enregistrées et duraient environ 1 h 30 min.

Le cas a été enrichi des ajouts, corrections et nuances apportés par les participants, mais en gardant toujours un souci de représenter la diversité des points de vue. Une deuxième version du cas a donc été retransmise aux répondants de façon à ce qu'ils puissent valider l'information présentée et au besoin, y apporter des commentaires. Peu de commentaires ont été reçus et ceux-ci concernaient des corrections mineures. Le cas sera ensuite analysé en utilisant les quatre lectures du modèle de Bolman et Deal (2003) et en utilisant les phases identifiées dans le cas.

4.4 ANALYSE DES DONNÉES

Pour réaliser l'analyse des données, les paragraphes et encadrés du cas ont d'abord été numérotés. À l'intérieur de chacun des paragraphes, on a ensuite cherché à comprendre si les actions qui se déroulent ont un caractère structurel,

politique, humain ou symbolique. Un tableau à cinq colonnes (une pour chacune des lectures) a été créé pour consigner le résultat de la qualification des paragraphes. L'analyse des résultats s'est faite en fonction des indicateurs se retrouvant à l'intérieur de chacune des lectures. Ainsi, en reprenant la grille synthèse du cadre d'analyse (voir tableau 3.1), nous étions en mesure de voir de quelle façon le processus décisionnel est influencé par des mécanismes d'organisation, des jeux de pouvoir, l'engagement des parties prenantes et la culture organisationnelle. Finalement, les indicateurs inclus dans la catégorie « résultats visés » permettent de poser un jugement, à savoir si les moyens utilisés dans le processus décisionnel l'ont été de façon appropriée.

Maintenant que la méthodologie a été expliquée, il ne reste plus qu'à présenter le processus décisionnel stratégique adopté par le comité de régie du CHUM dans l'implantation de la gestion par programmes-clientèles.

SECTION 5 : ÉVOLUTION D'UN PROCESSUS DÉCISIONNEL STRATÉGIQUE : LE CAS DU CHUM

Suivre un processus décisionnel stratégique dans le temps, non pas dans une optique de linéarité et de séquence prédéfinie de phases, mais bien en montrant tous les événements émergents, voilà le but de cette étude. Pour ce faire, le processus décisionnel stratégique suivi par le comité de régie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) dans la mise en œuvre de la gestion par programmes-clientèles (GPPC) a été scruté sur une période de trois ans. La présente section présente donc les informations obtenues par le biais de documents internes et d'entrevues réalisées auprès de quelques acteurs clés du processus décisionnel.

5.1 MISE EN CONTEXTE

Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) est issu de la fusion, le 1^{er} octobre 1996, de trois hôpitaux¹ : Notre-Dame, Saint-Luc et Hôtel-Dieu de Montréal. La mission du CHUM comprend cinq rôles : les soins et services cliniques, l'enseignement universitaire, la recherche, la promotion de la santé et l'évaluation des nouvelles technologies et des modes d'intervention en santé. Plus de 10 000 employés et 1000 médecins et chirurgiens travaillent au CHUM, ce qui en fait un centre hospitalier d'importance pour l'est du Canada.

Paragraphe 1
Création du CHUM

Depuis sa création, plusieurs directeurs, dont certains par intérim, se sont succédés à la direction générale, plus souvent qu'autrement pour de courts mandats ne dépassant guère deux ans. Pendant cette période, les efforts sont concentrés à la création d'une organisation à partir des trois organisations en place. Plusieurs changements ont néanmoins été lancés. Les grands projets d'envergure ne se sont pas concrétisés (ex. : CHUM 2006, centre ambulatoire, etc.) mais les initiatives locales se sont réalisées (ex. : concentration de l'obstétrique à Saint-Luc).

Paragraphe 2
Historique changements

¹ A moins d'indication contraire, toutes les informations incluses dans ce cas sont issues de documents internes (comptes-rendus de réunions, rapports annuel, journal interne, etc.) du CHUM.

5.2 LE DÉBUT D'UNE NOUVELLE ÈRE

5.2.1 Un nouveau directeur général entre en fonction

Le 2 avril 2002, dans ce contexte tumultueux où les revirements de situation font partie du quotidien, un nouveau directeur général entre en fonction. Médecin spécialisé en néphrologie, en physiologie rénale et en transplantation rénale, le nouveau directeur général a pratiqué ces spécialités à l'Université McGill jusqu'en 1990. Depuis, il a occupé les postes de chef du Service de néphrologie et de directeur des services professionnels au Centre hospitalier de la région de l'Outaouais. Il a ensuite été nommé directeur des Services professionnels au Centre de santé de l'Université McGill. Il a également fait partie de plusieurs comités autant sur la scène provinciale que nationale.

Paragraphe 3
Nomination DG

5.2.2 Les six premiers mois à la tête du CHUM

En tant que nouveau directeur général, il souhaite donner au CHUM une orientation qui va au-delà de la construction d'un nouvel établissement et de la gestion quotidienne des opérations. Il consacre d'abord ses énergies à comprendre la culture organisationnelle en place. Ainsi, par le biais de rencontres informelles avec les acteurs stratégiques du processus décisionnel, il en profite pour « tester » l'ouverture de ceux-ci à de nouvelles idées. Ces rencontres lui permettent également de vérifier ses appuis et d'anticiper les résistances, relativement à la nouvelle orientation qu'il souhaite donner. Plus il comprend la dynamique interne du CHUM et plus il a la certitude que la « gestion par programmes-clientèles (GPPC) » doit devenir le mode d'organisation des soins à privilégier afin de favoriser l'intégration des trois cultures d'établissement et pour donner un nouveau souffle à l'organisation.

Paragraphe 4
Diagnostic DG

5.2.3 Qu'est-ce qu'on entend par GPPC?

En matière d'organisation des soins, un programme-clientèle peut se définir comme un ensemble d'activités intégrées et coordonnées, destinées à une clientèle particulière, visant des résultats spécifiques pour lequel sont consenties des

ressources humaines, matérielles et financières (Association des hôpitaux du Québec, 2000).

Paragraphe 5
Définition GPPC

Les principes directeurs de ce mode d'organisation par programmes-clientèles, s'articulent autour de la gestion par processus. Cette logique exige : 1) la mise en place d'une organisation du travail centrée sur les résultats; 2) la mise en commun des expertises pour produire ces résultats (interdisciplinarité); 3) la décentralisation; et 4) l'apprentissage organisationnel (amélioration continue) (Luc & Rondeau, 2002). La gestion par programmes-clientèles est une forme d'organisation horizontale où l'accent est mis sur la responsabilisation, la polyvalence et des évaluations fondées sur des objectifs de performance directement liés aux processus (Ostrof, 2000). La GPPC amène donc une redéfinition complète des rôles des professionnels de la santé, incluant une pratique plus interdisciplinaire, davantage de collaboration, un niveau élevé de décision, plus d'autonomie (Schweikhart & Smith-Daniels, 1996; Luc & Rondeau, 2000), une plus grande imputabilité pour les soins prodigués (qui suppose d'accepter d'être jugé sur le résultat obtenu plutôt que sur l'obéissance ou le temps de travail fourni), l'accroissement des habiletés et responsabilités, l'adoption d'une vision élargie de leur rôle (Schweikhart & Smith-Daniels, 1996; Brilman, 2000, Luc & Rondeau, 2000).

Paragraphe 6
Impacts GPPC

5.2.4 Choix de la GPPC

Le 17 septembre 2002, le directeur général obtient l'aval unanime du conseil d'administration pour mettre en place la nouvelle structure de gouvernance qui comprend la création de nouvelles directions, la création du poste de directeur général adjoint et la mise en œuvre de la GPPC.

Paragraphe 7
Approbation nouvelle gouvernance CA

À l'automne 2002, les discussions se tiennent au sein du comité de régie concernant ce nouveau mode de gestion. Le comité de régie constitue l'ultime instance avant le Conseil d'administration. Il joue un rôle de partage, de diffusion et de coordination de l'information entre les divers niveaux de l'organisation. Le comité est également responsable d'élaborer et de modifier les politiques organisationnelles. C'est la direction générale qui prend les décisions stratégiques et réalise les arbitrages. Le conseil d'administration, quant à lui, approuve les orientations stratégiques.

Composition du comité de régie :

- Directrice des communications;
- Directeur de l'enseignement;
- Directrice de la gestion de l'information et de la qualité performance;
- Directrice de l'hôtellerie;
- Directeur de la planification stratégique et services techniques;
- Directeur de la recherche;
- Directeur des ressources humaines;
- Directeur des ressources financières;
- Directeur des ressources technologiques;
- Directeur des services hospitaliers;
- Directeur des services professionnels;
- Directrice des soins infirmiers;
- Présidente du comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Directeur général.

Paragraphe 8
Structure décisionnelle CA, CR et DG

Paragraphe 9
Composition CR 2002

En décembre 2002, la GPPC se concrétise encore davantage alors que la nouvelle orientation est communiquée à l'ensemble de la communauté du CHUM par l'entremise d'une édition spéciale du journal interne. Les principaux concepts du modèle organisationnel sont également présentés.

Paragraphe 10
Communication employée nouvelle
gouvernance

5.2.5 Bilan d'une première année de mandat

Au terme de sa première année, le directeur général définit ses priorités de la façon suivante :

- *Proposer une nouvelle gouvernance qui comporte, entre autres, la gestion par programmes-clientèles;*
- *Rallier l'équipe de gestion à l'objectif d'optimisation budgétaire;*
- *Améliorer la gestion de l'urgence;*
- *Poursuivre le travail amorcé en vue de la relocalisation du CHUM;*
- *Gérer les risques et la sécurité du patient;*
- *Assurer une meilleure complémentarité avec le Centre universitaire de santé McGill;*
- *Ajouter un volet « marketing » afin d'assurer une meilleure visibilité du CHUM auprès de ses différents partenaires externes;*
- *Communiquer directement avec le personnel plutôt que par personne interposée (Rapport annuel 2002-2003).*

Paragraphe 11
Axes d'amélioration DG

L'implantation de la gestion par programmes-clientèles (GPPC) est donc la principale priorité du directeur général, même si dans la réalité il apparaît, aux yeux de certains acteurs, que d'autres projets sont plus prioritaires (ex. : la relocalisation du CHUM, l'amélioration des urgences et l'optimisation budgétaire) :

Le principal défi de l'an I de mon mandat comme directeur général était de donner une nouvelle direction à l'établissement et de proposer une gouvernance qui comporterait, entre autres, la gestion par programmes-clientèles (Rapport annuel, 2002-2003).

Paragraphe 12
Priorités DG

5.2.6 Un changement de culture et des enjeux à prévoir

Cette nouvelle orientation de l'organisation des soins représente un changement d'importance. Cette période est caractérisée par des cultures d'établissement fortes, par un fonctionnement en silo et des cloisonnements entre les corps médicaux, chirurgicaux, professionnels et soins infirmiers. Bien que certains sous-groupes du CHUM appliquent déjà une approche multidisciplinaire, celle-ci doit être étendue à l'ensemble de l'organisation. Les utilisateurs doivent maintenant travailler de façon plus concertée, et ce, dans l'intérêt du patient et le rayonnement du CHUM.

Paragraphe 13
Culture CHUM avant DG

Par ailleurs, cette transformation organisationnelle s'annonce difficile. Certes, le directeur général peut compter sur des appuis non négligeables pour conduire la GPPC. En effet, les chefs de départements et le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) se sont montrés ouverts. Par contre, les directions cliniques et administratives ne sont pas nécessairement emballées. Elles doivent en effet partager leur pouvoir avec des acteurs médicaux qui sont appelés à occuper une place plus importante dans la gestion des ressources du CHUM. Or, selon les directions cliniques et administratives, les expériences passées ont mis en lumière une attitude déresponsabilisante de la part des médecins et une tendance à se comporter comme des « représentants syndicaux » et non comme des

gestionnaires. Par ailleurs, pour ces mêmes directions cliniques, la GPPC signifie une décentralisation massive de leurs ressources vers les programmes et une réorientation vers des rôles-conseils fort différents de leurs rôles actuels dans la gestion des activités. Le directeur général doit d'ailleurs accepter la démission de sa directrice des soins infirmiers en signe de protestation contre l'implantation de la GPPC.

Paragraphe 14
Positionnement acteurs

En outre, pour certains, il n'y a rien de stimulant à changer pour un modèle organisationnel qui n'a pas encore fait ses preuves, qui comporte une bonne dose d'inconnus et qui nécessite pratiquement un acte de foi. Le modèle actuel, bien qu'imparfait, peut au moins tabler sur l'expérience de gestionnaires chevronnés. De plus, dans un contexte de rareté des ressources, tous n'entrevoient pas d'un très bon œil la poursuite de cet objectif. Il faudra faire plus avec moins et la mise en place de la GPPC nécessitera une réallocation de ressources pourtant jugées essentielles à la bonne marche des activités cliniques et médicales actuelles, d'autant plus que les priorités avancées pour le CHUM n'apparaissent pas très intégrées aux yeux des acteurs. Enfin, le directeur général mentionne à plusieurs reprises au cours de l'année 2002 qu'à ses yeux, la GPPC constitue une préparation en vue du déménagement dans le futur CHUM. Selon lui, il faut s'exercer dès maintenant à travailler comme si le CHUM fonctionnait sur un seul site, détruire les cloisons inutiles et améliorer les capacités de collaboration.

Paragraphe 15
Les + et les – de la GPPC

5.2.7 L'arrivée d'un nouveau directeur général adjoint

Afin d'aider le directeur général dans cette tâche, un directeur général adjoint entre en poste en février 2003. Ce nouvel acteur ne connaît pas le système de santé, car, jusqu'à tout récemment, il a œuvré à titre de chef principal de l'implantation de nouveaux produits et de gestion de projets clients dans une entreprise de télécommunications. C'est surtout son attitude, orientée vers le service à la clientèle, qui a été remarquée par le directeur général et les directions cliniques et administratives impliquées dans la sélection. Le directeur général lui confie donc les mandats de gérer les activités cliniques, d'assumer les

responsabilités de directeur délégué à l'Hôpital Notre-Dame et de gérer différents projets d'amélioration, dont la transformation relative à la GPPC. Traditionnellement, le milieu de la santé a tendance à se montrer moins ouvert aux acteurs issus du secteur privé. Pour le CHUM, la première directrice générale nommée en poste était ingénieure et il semble que le milieu l'a rejeté rapidement. Un défi supplémentaire s'annonce pour le nouveau directeur adjoint.

Paragraphe 16
Nomination DGA

5.2.8 Réflexion stratégique du comité de régie élargi

Le lac à l'épaule du 16 janvier 2003 marque le début officiel de la réflexion stratégique entreprise à la suite de la décision d'implanter la GPPC. Pour l'occasion, le comité de régie est élargi afin de permettre aux acteurs médicaux de prendre part aux discussions sur un projet qui a beaucoup d'impacts potentiels sur leur pratique.

Les acteurs suivants s'ajoutent aux membres réguliers du comité de régie :

- Directeur général adjoint;
- Chef du Département d'obstétrique-gynécologie;
- Chef du Département de radiologie;
- Chef du Département de médecine générale;
- Chef du Département de psychiatrie;
- Chef du Département de médecine;
- Chef du Département de chirurgie.

Paragraphe 17
Réflexion GPPC CR élargi

Paragraphe 18
Acteurs ajoutés pour CR élargi

La rencontre vise à partager les perceptions et les préoccupations des acteurs stratégiques, à présenter les notions de la GPPC, à identifier les principaux enjeux de la transformation et à présenter un diagnostic organisationnel sommaire réalisé auprès de membres de la direction. L'accueil réservé à la GPPC est favorable, mais la légitimité du projet n'est pas acquise et il y a encore du travail à réaliser afin d'obtenir l'appui des participants. Certains enjeux importants ressortent, et parmi ceux-ci, on s'interroge sur *l'infrastructure décisionnelle* de la GPPC, sur *l'identification des programmes-clientèles*, le *pilotage de la transformation* et la *prise en compte des divers groupes d'intérêts*.

Paragraphe 19
Buts réunion CR élargi

La réflexion entamée se poursuit au lac à l'épaule suivant. Le comité de régie est encore une fois élargi aux acteurs médicaux. Cette deuxième rencontre en moins d'un mois sur la GPPC, vise à réfléchir sur certains enjeux afin d'enclencher rapidement les *étapes de mise en œuvre* de la transformation. La *composition du*

comité de pilotage et la discussion sur son *mandat* sont également à l'ordre du jour.

Paragraphe 20
2^{ième} CR élargi

On progresse. Le consensus s'élargit et on atteint une « masse critique » de supporteurs. De surcroît, on reconnaît de plus en plus la légitimité de la GPPC et on confirme le caractère irréversible de la transformation. La direction à prendre se clarifie et, finalement, on a une idée plus précise des contraintes, insatisfactions et enjeux politiques à prévoir. On précise les *critères de sélection* des membres de l'équipe de pilotage :

- Être issu du secteur médical ou paramédical et posséder une fine compréhension du contexte;
- Avoir une préoccupation pour la clientèle;
- Être tourné vers l'externe;
- Avoir une vision d'avenir au sujet de l'organisation des soins;
- Avoir des disponibilités suffisantes;
- Être capable de prendre des décisions;
- Posséder des compétences et qualités complémentaires avec les autres membres de l'équipe.

Paragraphe 21
Bilan 2^{ième} CR élargi

Le directeur général adjoint demande également à ce que les membres du comité de pilotage ne soient pas nécessairement des directeurs ou des chefs de département. La direction des communications, la direction de la planification stratégique et des services techniques et la direction des ressources technologiques ne sont toutefois pas soumises à cette contrainte.

Paragraphe 22
Demande DGA composition CP

Bien qu'il y ait des progrès réalisés entre les deux réunions, des questions ou des préoccupations sont toujours en suspens et nécessitent une attention particulière. D'abord, des clarifications concernant l'orientation de la transformation sont requises afin de renforcer la légitimité de la GPPC. Des précisions quant à

l'objectif visé par la GPPC sont essentielles à la saine gouvernance et à la mobilisation des ressources. Il en va de même pour l'établissement de jalons et de préalables nécessaires au passage d'une étape à l'autre de la transformation. Enfin, le modèle de mise en œuvre a également besoin de clarification et des lieux doivent être créés afin de faciliter les échanges d'idées et d'opinions.

Paragraphe 23
Progrès

Ces deux lac à l'épaule contribuent à « mettre sur les rails le processus de transformation » et à faire progresser la réflexion des membres du comité de régie.

Paragraphe 24
Résultats 2 CR élargi

5.3 CRÉATION ET DÉMARRAGE DU COMITÉ DE PILOTAGE DE LA GPPC

La première rencontre du comité de pilotage se tient le 3 avril 2003. Les principaux départements et services ainsi que des gestionnaires sont mobilisés autour de ce projet. Étant donné la nature des enjeux et contrairement à la consigne de départ, la plupart des acteurs médicaux sont représentés par le chef du département.

Paragraphe 25
1^{er} CP

Selon certains, cette composition a l'avantage de représenter une coupe diagonale de l'organisation et de susciter un engouement à tous les niveaux. Ainsi, les membres ont non seulement pour mandat de mettre à profit leur créativité pour façonner le CHUM de demain, mais ils doivent également tenir informés leurs directions respectives de l'évolution des travaux du comité de pilotage. Un défi qui apparaît mobilisant pour certains.

Composition du comité de pilotage :

- Directrice des communications;
- Chef du Département de chirurgie;
- Chef du Département d'ophtalmologie;
- Chef du Département de médecine;
- Membre du Département de psychiatrie;
- Chef du Département de radiologie;
- Directrice adjointe – Direction de la recherche;
- Directeur des ressources technologiques;
- Adjointe au suivi des clientèles – Direction des soins infirmiers;
- Adjoint formation et développement organisationnel;
- Directeur de la planification stratégique et des services techniques;
- Chef du Service d'audiologie orthophonie;
- Chef du Service de médecine familiale – Département de médecine générale;
- Chef du Service de nutrition clinique et de distribution alimentaire;
- Chef adjointe du département de pharmacie;
- Directeur général adjoint;
- Directeur général.

Paragraphe 27
Avantages composition CP

Paragraphe 26
Acteurs CP

Pour d'autres, un comité à plusieurs niveaux hiérarchiques est une embûche sérieuse à des discussions ouvertes. En effet, devant une divergence d'opinion sur des enjeux plus controversés, les personnes de niveau inférieur sont plus susceptibles d'être influencées par le statut hiérarchique. D'autres pensent, quant à eux, qu'il y a beaucoup trop d'acteurs au comité de pilotage, ce qui risque d'encourager les jeux politiques et de rendre le consensus plus difficile à obtenir.

Paragraphe 28
Inconvénients composition CP

Le comité de pilotage se rapporte directement au comité de régie et la présidence du comité est assumée par le directeur général adjoint. Ce comité a pour mandat de :

« ...faciliter le processus de transformation, de proposer les contours des programmes et de minimiser l'improvisation durant l'implantation de la gestion par programmes-clientèles (Compte-rendu du comité de pilotage du 3 avril 2003). »

Paragraphe 29
Mandat CP

Finalement, les membres du comité s'entendent pour produire les livrables suivants :

- *Une proposition de « squelette » des programmes-clientèles;*
- *Un modèle de coordination des ressources et des principes de gestion des programmes;*
- *Les requis pour devenir des cogestionnaires;*
- *Un modèle d'interrelation entre les programmes et les chefs de département;*
- *Le rôle des directions et services (compte-rendu du comité de pilotage du 3 avril 2003).*

Paragraphe 30
Livrables CP

Après la première rencontre, le directeur général décide de se retirer du comité de pilotage de façon à pouvoir mieux arbitrer le temps venu. Par ailleurs, le chef du département de chirurgie délègue un urologue de son équipe.

Paragraphe 31
Changement composition CP

5.4 DÉPÔT DU PLAN D'ORIENTATION AU COMITÉ DE PILOTAGE : VÉRITABLE DÉBUT DES GRANDS DÉBATS D'IDÉES SUR LA GPPC

1^{er} mai 2003, à la quatrième rencontre du comité de pilotage, le président rappelle l'importance de la prise de décisions par consensus et les membres conviennent que s'ils ne sont pas totalement en accord, mais capable de vivre avec la décision, on pourra aller de l'avant. Dans le cas contraire, on juge que les discussions devront se poursuivre.

Paragraphe 32
Décisions par consensus

Un sous-groupe de cinq membres présente un document d'orientation, l'échéancier, ainsi que les sujets à traiter au comité de pilotage de la GPPC. À partir de ce moment, les discussions de fond prennent véritablement leur envol. Ainsi, une première proposition sur l'identification des programmes, les rôles des directions et services transversaux, la gestion intra et inter programmes voit le jour. À ce stade, on s'interroge particulièrement sur le nombre de programmes. Après discussions, les membres du comité de pilotage décident toutefois d'opter pour une proposition à 13 programmes.

Paragraphe 33
Premières propositions

5.4.1 Identification des programmes et pilotage de la transformation

Lors du comité de régie du 19 juin 2003, le comité de pilotage présente l'état d'avancement des travaux relatifs à la GPPC. On décrit les objectifs principaux et le mandat, le sommaire des travaux et un aperçu de l'échéancier global.

Paragraphe 34
Rendre compte CP au CR

Le document déposé traite principalement de *l'identification des programmes*. La première section du document présente les balises qui guident le comité de pilotage dans l'identification et le choix des programmes. Les critères de sélection, au nombre de neuf, permettent d'assurer une cohérence dans la sélection des programmes (voir Annexe B). Un premier découpage des programmes est également proposé (voir Annexe C).

Paragraphe 35
Première ébauche livre blanc CR

Les membres du comité de régie réagissent par rapport à *l'identification* et à la cohérence de certains ensembles où cohabitent la médecine et la chirurgie et au sujet de services qui possèdent moins de liens apparents (ex. désintoxication et gériatrie).

Paragraphe 36
Réactions CR

Moyennant certains ajustements, l'essentiel des propositions du comité de pilotage est accepté :

- Revoir la *composition* de certains programmes;
- Réviser le *nombre exact de programmes à instaurer lors de l'implantation*;
- Avoir un argumentaire bien bâti afin d'*expliquer la démarche et les réflexions du comité de pilotage menant à l'identification des programmes*.

Paragraphe 37
Modifications demandées CR

Enfin, comme le travail n'est pas complètement terminé et en prévision de l'arrivée des vacances d'été, l'échéancier de la consultation est repoussé à janvier 2004, ce qui donne au comité de pilotage jusqu'à la mi-décembre pour compléter son travail et obtenir l'approbation finale du comité de régie.

Paragraphe 38
Report échéanciers consultation

Jusque-là, tout semble se dérouler sans anicroche. Certes, des inquiétudes sont soulevées quant à l'adhésion des chirurgiens, mais comme le représentant désigné participe au comité de façon intermittente, cette préoccupation est plus ou moins abordée. L'absence de réaction des chirurgiens apparaît néanmoins étonnante à certains. Les plus optimistes interprètent le silence des chirurgiens comme un cautionnement du projet et se réjouissent à l'idée de ne pas être confrontés aux difficultés fréquemment rencontrées dans la mise en œuvre de la GPPC au sein d'autres centres hospitaliers. Les plus pessimistes s'attendent toutefois à une

réaction tardive et attribuent ce silence à des lacunes structurelles. En effet, les chefs de services du département de chirurgie se réunissent sur une base occasionnelle, et n'ont probablement pas encore eu l'opportunité de discuter de la GPPC. Pour certains, les absences répétées du représentant du département de chirurgie constituent un symptôme d'un malaise plus profond. Peut-être cela signifie-t-il que les membres du département de chirurgie ont le sentiment d'être peu écoutés et peu considérés, que la chirurgie n'a plus la « cote », est menacée de survie et de se faire « avaler » par la médecine.

Paragraphe 39
Interrogations silence chirurgiens

Certaines craintes sont également soulevées par rapport à l'organisation des services transversaux. Mais les mises en garde de la seule porte-parole des professionnels au comité de pilotage trouvent peu d'écho. Il faut noter qu'elle est cadre de premier niveau et qu'il lui est parfois difficile de faire contrepoids à des membres de la haute direction.

Paragraphe 40
Craintes des professionnels

5.4.2 Restructuration du comité de régie

En octobre 2003, le troisième lac à l'épaule du comité de régie a lieu. La présentation et la discussion d'un diagnostic sur les modes de fonctionnement du comité de régie retiennent l'attention. Le résultat des entrevues individuelles, réalisées auprès des membres du comité de régie, révèle certaines insatisfactions.

Paragraphe 41
3^{ième} LAE CR

En novembre 2003, le directeur général décide de formaliser l'élargissement du comité de régie. En effet, depuis le mois de janvier, certains acteurs clés du secteur médical sont invités à se joindre au comité de régie à l'occasion de diverses rencontres importantes. On parle alors de rencontre du « comité de régie élargi ». À compter de janvier 2004, ces acteurs sont partie intégrante du comité de régie et s'ajoutent aux 14 autres membres.

Paragraphe 43
Formalisation CR élargi

Ces acteurs accueillent très bien l'idée d'être plus actifs quant aux décisions prises au CHUM. Ils y voient une opportunité de pouvoir influencer l'attribution des budgets octroyés à leurs activités. Chez les autres membres du comité de régie, cette décision n'est pas reçue aussi chaleureusement. Certains ont l'impression qu'en donnant plus de pouvoir aux acteurs cliniques sur les ressources budgétaires, ces derniers « bousilleront » l'équilibre budgétaire déjà difficile à maintenir. De plus, une autre inquiétude à l'effet que les chefs de département, élu par leurs pairs pour un mandat à durée déterminée, seront uniquement en mode de représentation, c'est-à-dire qu'ils ne défendront que leurs intérêts. Une fois les arbitrages venus, ils ne supporteront pas les décisions qui vont à contresens de leurs intérêts.

Paragraphe 44
Réactions CR élargi

Paragraphe 42
Composition CR 01-04

Composition du comité de régie en janvier 2004 :

- Chef du Département d'obstétrique-gynécologie;
- Chef du Département de radiologie;
- Chef du Département de médecine générale;
- Chef du Département de psychiatrie;
- Chef du Département de médecine;
- Chef du Département de chirurgie;
- Directrice des communications;
- Directeur de l'enseignement;
- Directrice de la gestion de l'information et de la qualité-performance;
- Directrice de l'hôtellerie;
- Directeur de la planification stratégique et services techniques;
- Directeur de la recherche;
- Directeur des ressources humaines;
- Directeur des ressources financières;
- Directeur des ressources technologiques;
- Directeur des services hospitaliers;
- Directeur des services professionnels;
- Directrice des soins infirmiers;
- Présidente du comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Directeur général;
- Directeur général adjoint.

5.4.3 Acceptation du rapport final sur la GPPC en vue de la consultation interne

Initialement prévu pour la mi-octobre 2003, le rapport final sur la GPPC est présenté les 20 novembre et 11 décembre 2003 au comité de régie. Ces deux rencontres ont respectivement pour but :

- *Dans un premier temps, d'obtenir un accord de principe sur la globalité du projet de GPPC et de solliciter les commentaires et propositions de modifications qui devront être transmises, par écrit, au président du comité, au plus tard le 11 décembre;*
- *Dans un deuxième temps, le rapport bonifié sera déposé au comité de régie qui devra donner son autorisation pour procéder à la consultation interne élargie (Compte-rendu du comité de régie, 20 novembre 2003).*

Paragraphe 45
Rapport final consultation GPPC

À la rencontre du 20 novembre 2003, le président du comité de pilotage dépose un document présentant la démarche envisagée pour la consultation interne. À cette réunion, les absences suivantes sont constatées :

- Chef du Département de médecine générale;
- Directeur de la recherche;
- Présidente du comité exécutif du CMDP.

Paragraphe 46
CR 20-11-03

Depuis la présentation au comité de régie du 19 juin précédent, des éléments contextuels ont été ajoutés pour guider l'assemblage des programmes :

- *L'intégration et le développement de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;*
- *Le rôle critique de l'urgence;*
- *Le développement de liens efficaces avec les établissements partenaires avec qui nous interagissons en amont et en aval des processus de soins;*
- *Le respect des grands enjeux de l'organisation relatifs à :*
 - *La formation des RUIS (réseaux universitaires intégrés de santé)*
 - *La complémentarité des CHU (centres hospitaliers universitaires)*
 - *La réalisation des projets de transition vers le CHUM 2010 (Document de travail sur « Les programmes-clientèles : un projet mobilisateur pour le CHUM! », 18 novembre 2003).*

Paragraphe 47
Évolution assemblage

Les *critères de sélection des programmes*, jugés non négociables au départ, évoluent. En effet, ils sont maintenant regroupés à l'intérieur de quatre catégories (voir Annexe B).

Paragraphe 48
Évolution critères décisionnels

En ce qui a trait à l'*identification* des 13 programmes-clientèles, il y a peu de changements depuis juin 2003, à l'exception d'une seule modification : l'infectiologie fait désormais partie des services transversaux.

Paragraphe 49
Identification programmes

Quant aux *services transversaux*, leur rôle est maintenant défini. Ainsi, il est prévu que les services transversaux seront au service des programmes et qu'au moins une partie des activités demeureront centralisées. Le rôle des services transversaux est donc défini par une relation de type « client/fournisseur » avec les programmes.

Paragraphe 50
Rôles services transversaux

Le rôle des *directions cliniques et de soutien* est appelé à changer sous une gouverne GPPC. Les ressources seront redistribuées de façon massive dans les programmes et les directions seront appelées à jouer un rôle orienté vers l'accompagnement et le conseil. Ce changement ne fait pas l'unanimité chez les acteurs concernés au comité de régie. Certains y voient là une perte de pouvoir alors que d'autres y voient une occasion d'améliorer l'orientation client.

Paragraphe 51
Rôles directions cliniques et soutien

Finalement, les *départements* seront appelés à se départir de leurs responsabilités opérationnelles et administratives actuelles pour se concentrer principalement sur deux rôles, soient d'élaborer des règles liées à la prestation de soins et à l'utilisation des ressources et d'assumer la responsabilité de la pratique professionnelle et du contrat d'affiliation universitaire (promouvoir les activités d'enseignement et de recherche). Comme les tâches administratives sont généralement jugées peu stimulantes par les acteurs cliniques, cela ne constitue

donc pas une perte significative pour eux, mais plutôt une opportunité pour se recentrer sur leurs activités cliniques.

Paragraphe 52
Rôles départements

En mode GPPC, les services transversaux, les directions cliniques et les départements seront appelés à adopter une gestion matricielle, c'est-à-dire en support à la structure programme sans réel pouvoir sur l'attribution des ressources, à quelques exceptions près (ex. : radiologie, laboratoires, etc.). Ce concept est loin de faire consensus. Alors que certains considèrent la gestion matricielle comme une condition *sine qua non* de la GPPC, pour d'autres, ce n'est qu'un mal nécessaire.

Paragraphe 53
Gestion matricielle

Plusieurs questions sont également formulées par les membres du comité de régie, notamment en ce qui a trait aux *rôles et responsabilités des cogestionnaires, des chefs de départements, des chefs de programmes, à l'autonomie budgétaire des programmes-clientèles et aux relations avec les partenaires externes*. Certaines modifications sont demandées au comité de pilotage avant de lancer le processus de consultation interne, prévu pour le 29 janvier. Le comité de régie formule les demandes suivantes :

- Mieux mettre en évidence les raisons du choix de la GPPC;
- Ajouter une liste détaillée des services cliniques à la description de chacun des 13 programmes-clientèles;
- Ajuster la composition des programmes et la terminologie employée;
- Identifier les aspects non négociables du projet de GPPC tels les principes directeurs, les valeurs et l'irréversibilité de la transformation;
- Penser à une procédure d'arbitrage et à des mécanismes de règlements de conflits.

Paragraphe 54
Questions/demandes CR

La version du document « Les programmes-clientèles : un projet mobilisateur pour le CHUM! » du 15 décembre 2003 est finalement acceptée le 18 décembre 2003 au comité de régie. Il est à noter que les membres suivants sont absents :

- Directeur de la recherche;
- Directeur des ressources technologiques;
- Directrice de la gestion de l'information et de la qualité-performance et adjointe au directeur général;
- Présidente du comité exécutif du CMDP;
- Chef du Département de chirurgie.

Paragraphe 55
Approbation consultation

Pour certains, cette version constitue la proposition la plus réaliste pour le CHUM, il ne s'agit donc pas d'un modèle idéal. En effet, les membres des comités de pilotage et de régie ont pris en considération les préoccupations anticipées des différents acteurs. Par contre, au goût de d'autres, cette proposition ne fait que « ménager les susceptibilités de tout le monde » pour éviter de soulever l'opposition. En fait, la proposition pourrait être, selon eux, plus agressive et moins édulcorée.

Paragraphe 56
Compromis proposition

5.5 DIFFUSION DU « LIVRE BLANC » ET CONSULTATION INTERNE

La consultation interne s'amorce, tel que prévu, le 29 janvier 2004. Pour l'occasion, la proposition du comité de pilotage intitulé « Les programmes-clientèles : Un projet mobilisateur pour le CHUM! », et nommée communément « le livre blanc », est dévoilée à la séance d'information destinée aux cadres, chefs de départements et services médicaux. Plus de 250 personnes assistent à l'activité.

Paragraphe 57
Début consultation

En plus de présenter le contenu même de la transformation, le comité de pilotage, par l'entremise du livre blanc, invite les divers groupes d'intérêts et même les individus, à faire connaître, par écrit, aux membres du comité de pilotage, leurs

commentaires constructifs et ce, avant le 31 mars 2004. Différents outils (mémoire ou fiche) sont prévus à cet effet dans le « livre blanc ».

Paragraphe 58
Mécanismes consultation

Pour certains, la diffusion du « livre blanc » marque le vrai début de la GPPC et aurait dû être faite beaucoup plus tôt. En effet, devant l'absence de proposition concrète, il était difficile de susciter des débats, les gens ne se sentant pas concernés. Pour d'autres, au contraire, il aurait été difficile de réaliser l'exercice plus rapidement. La GPPC est une transformation majeure pour le CHUM et il est important de laisser la chance aux gens de se l'approprier et d'évoluer à travers les discussions. De plus, plusieurs parties prenantes sont impliquées sur d'autres projets et sont déjà surchargées de travail.

Paragraphe 59
Moment consultation

Par ailleurs, bien que le processus soit jugé unanimement très démocratique, le projet de la GPPC accuse selon certains, un important retard au niveau de la communication avec la communauté CHUM. On parle de la GPPC depuis l'automne 2002; or, très peu d'information a transpiré du comité de pilotage. Certaines personnes remarquent que dans la « culture CHUM », les communications officielles se font seulement lorsque la décision finale est prise. Ce mode de fonctionnement tacite cherche à minimiser l'incertitude et à ne pas créer d'attentes ne pouvant être comblées.

Paragraphe 60
État des communications

Bien qu'il soit informé de façon régulière, le comité de régie reçoit surtout une information faisant état de l'avancement des travaux et des activités en cours. Toutefois, cette information fait rarement mention des enjeux ou des problématiques qui font l'objet de vives discussions. Les cadres du CHUM sont sollicités par le biais de rencontres d'une journée et la direction générale s'attend à ce qu'ils diffusent l'information auprès de leurs troupes. Mais l'information se transmet de façon bien inégale et on constate peu de discussions autour de la GPPC à l'extérieur des activités du comité de pilotage.

Paragraphe 61
Transmissions informations

5.5.1 Mobilisation du comité de régie dans la consultation interne

La réunion du comité de régie du 19 février 2004 permet de traiter des enjeux relatifs à la consultation en cours. On y discute, entre autres, de l'importance de mobiliser le personnel pour faire progresser le débat sur la GPPC. À cet égard, on indique que la rencontre des cadres du 25 mars suivant doit constituer, non pas un point de départ des discussions sur la GPPC, mais un point marquant de l'irréversibilité de la transformation. D'ici là, on souhaite que les membres du comité de régie provoquent des occasions et mettent sur pied des forums d'échanges afin d'inciter les individus et les groupes d'intérêt à prendre part activement aux discussions concernant la GPPC.

Paragraphe 62
Discussion enjeux consultation

Par la même occasion, le directeur général adjoint rappelle aux membres du comité de régie qu'ils doivent faire connaître leur plan d'action et le type d'activités prévues pour initier le processus de consultation dans la communauté CHUM. Les membres échangent sur leurs expériences de consultation au sein de leurs équipes. À cet égard, la présidente du CMDP mentionne qu'elle constate une indifférence de la part des médecins, liée, selon elle, à l'instabilité entourant la construction du CHUM 2010.

Paragraphe 63
DG consultation

La question du CHUM 2010 ressort à plusieurs reprises au cours des discussions. Les gens attendent depuis longtemps et ont vécu plusieurs déceptions quant à la relocalisation du nouvel édifice. C'est à ce point central et profondément inscrit dans la culture, que si ce projet devait avorter complètement, pour une raison ou une autre, des voix s'élèveraient pour proposer une défusion du CHUM.

Paragraphe 64
CHUM 2010

5.5.2 Mobilisation des cadres dans la consultation interne

D'autres activités de sensibilisation sur le thème principal de la GPPC se tiennent au printemps 2004. Ainsi, le 25 mars, 300 personnes participent à la journée des cadres. Ils ont l'occasion de s'exprimer à travers différents ateliers qui se terminent par une plénière. Une série de rencontres d'information sur le thème de la GPPC se tient les 23, 26 et 30 mars à l'intention des membres du personnel, du corps médical et des bénévoles. Les trois sites du CHUM (Notre-Dame, Hôtel-Dieu et Saint-Luc) sont sollicités, à raison de trois présentations par site, afin d'atteindre tous les quarts de travail. Plus de 250 personnes participent à ces rencontres d'information. Finalement, plusieurs articles sur la GPPC sont publiés dans le journal interne du CHUM. On informe principalement les lecteurs sur le déroulement de la consultation.

Paragraphe 65
Sensibilisation

La première réponse de la communauté CHUM est plutôt tiède. En effet, il s'écoule plusieurs semaines avant de recevoir des mémoires et des fiches. Il semble particulièrement difficile d'intéresser les médecins. Une première explication semble venir du ton négatif perçu dans le « livre blanc » pour décrire la légitimité du changement et identifier les programmes, ce qui irrite plus d'une personne et pourrait même expliquer un retrait de la part du corps médical. En effet, la formulation du « livre blanc » renvoie l'image que, malgré leur bonne foi et leur dévouement, le personnel n'arrive pas à prodiguer des soins de qualité et à satisfaire la clientèle. Cette absence de reconnaissance semble produire un effet démobilisant face à la GPPC.

Paragraphe 66
Lenteur commentaires

Par ailleurs, l'exécutif du CMDP tarde à accepter une présentation de la GPPC à ses membres. Quelques membres du comité de pilotage usent de leurs contacts auprès de membres de l'exécutif pour obtenir une réponse favorable. Lors d'une assemblée générale spéciale du CMDP le 5 avril, la GPPC est présentée à la soixantaine de membres présents. La présentation est plutôt mal reçue. Plusieurs la jugent trop complexe et trop théorique.

| |
|--------------------------|
| Paragraphe 67 AG CMDP |
|--------------------------|

5.5.3 Ajustements à la structure de pilotage

Pendant ce temps, le comité de pilotage se prépare à recevoir et à traiter les commentaires au sujet du livre blanc en mettant sur pied un sous-comité chargé d'analyser les propositions (SCAP). Au 26 février 2004, le comité est composé des neuf personnes indiquées dans l'encadré adjacent.

| |
|--------------------------------|
| Paragraphe 68 Création SCAP |
|--------------------------------|

Le SCAP décide, dès la première rencontre, de s'adjoindre des membres du comité de régie afin d'assurer un bon lien entre le comité de pilotage et le comité de régie, d'assurer l'adhésion des joueurs clés et d'éviter que les mêmes débats ne fassent surface dans les deux comités. La recommandation est

acceptée au comité de régie du 18 mars. Ainsi, quatre nouvelles personnes se joignent au SCAP. D'ailleurs ces directeurs ont clairement exprimé au directeur général adjoint leurs souhaits d'être sur le SCAP. Ils souhaitent ainsi éviter d'être « écartés » du processus décisionnel.

| |
|---|
| Paragraphe 70 Influence composition SCAP |
|---|

| |
|-----------------------------------|
| Paragraphe 69 Composition SCAP |
|-----------------------------------|

| |
|--|
| <p>Composition du sous-comité d'analyse des propositions au 26 février 2004 :</p> |
|--|

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Directeur général adjoint; • Conseiller senior en développement organisationnel; • Chef du département de médecine; • Chef du département de chirurgie; • Adjointe au suivi des clientèles - Direction des soins infirmiers; • Chef du Service d'audiologie-orthophonie; • Chef du Service de nutrition clinique et de distribution alimentaire; • Membre du Département de psychiatrie; • Directrice des communications. |
|---|

| |
|--|
| <p>Au 18 mars 2004, les acteurs suivants s'ajoutent de façon permanente au sous-comité d'analyse des propositions :</p> |
|--|

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Directrice des soins infirmiers; • Directeur des services hospitaliers; • Directeur des services professionnels; |
|--|

Le 8 avril 2004, constatant que les directions, services et départements sont très sollicités, le comité de pilotage décide d'étendre la période de consultation jusqu'au 20 mai afin de permettre à d'autres groupes de se manifester. Le comité de régie en est informé lors de la réunion du 13 mai. À cette même réunion, les membres du comité de régie approuvent intégralement les recommandations du comité de pilotage à l'effet de :

- Retourner dans la communauté CHUM pour présenter la proposition finale - octobre 2004;

- Définir sommairement les ressources attribuées à chaque programme-clientèle (planification macro) – décembre 2004 à mai 2005;
- Sélectionner les cogestionnaires et définir la planification micro des premiers programmes déployés – juin 2005 à novembre 2005;
- Amorcer les premiers programmes – janvier 2006.

Paragraphe 71
CR 13 mai 2004

5.6 DEUX ENJEUX DE TAILLE

Au 20 mai, date butoir de la période de consultation, on dénombre 34 mémoires et fiches. C'est beaucoup plus que ce qui a été initialement anticipé et les propositions faites sont diversifiées. Un travail d'analyse, de négociation et d'intégration s'amorce.

Paragraphe 72
Bilan consultation

5.6.1 Les services transversaux

La section 4 du « livre blanc » concernant la gestion matricielle, suscite beaucoup de discussions chez les groupes de professionnels. Plus d'une dizaine de mémoires sont déposés de la part des différents services, du syndicat, du conseil multidisciplinaire et de la direction des soins hospitaliers dès le début du mois d'avril 2004. Ils réagissent principalement à ce passage du « livre blanc » :

En ce qui concerne notre centre hospitalier, nous proposons qu'il y ait, d'une part, une structure de contribution et, d'autre part, une structure d'identification. La structure de contribution représente les programmes-clientèles de notre hôpital. Elle est centrée sur l'efficacité opérationnelle, elle gère les résultats et les ressources. La structure d'identification, quant à elle, représente les départements, les spécialités et les services transversaux du CHUM. Elle a généralement comme objectif de favoriser l'appartenance fonctionnelle ou disciplinaire, elle s'attarde à gérer la continuité professionnelle (formation continue), la qualité de l'acte et l'équité et elle favorise généralement l'intégration (Les programmes-clientèles : un projet mobilisateur pour le CHUM!, version du 7 janvier 2004, p. 38).

Paragraphe 73
Professionnels et livre blanc

Les professionnels expriment leur crainte de se voir déployés à travers divers programmes et souhaitent plutôt conserver une structure centralisée. Ils mettent de l'avant des arguments comme l'efficacité, l'importance de l'identité professionnelle, la prise en compte de la pénurie de main-d'œuvre, la nécessité de préserver une mobilité professionnelle, l'importance du développement des compétences, la poursuite des activités de recherche et d'enseignement. Ainsi, tour à tour, ils formulent leurs propositions de façon concertée.

Paragraphe 74
Craintes professionnels

5.6.2 Le département de chirurgie : regroupé ou réparti dans tous les programmes ?

Le 21 mai, la direction générale reçoit le positionnement du département de chirurgie. Le département est défavorable à la décentralisation et demande à avoir un *programme de chirurgie*, ce qui va à l'encontre du principe d'une plus grande collaboration entre les médecins et chirurgiens :

... Quant au principe de décentralisation des spécialistes chirurgicaux, le département s'objecte catégoriquement à éclater ses membres dans les treize programmes-clientèles proposés (Document confidentiel produit dans le cadre de la consultation sur la GPPC, 21 mai 2004).

Paragraphe 75
Chirurgie positionnement

Le département de chirurgie exprime plusieurs craintes :

... Ainsi, d'une façon unanime, les membres du département expriment leurs craintes face à l'éclatement des ressources chirurgicales à travers divers programmes-clientèles car, ils appréhendent la perte de leur sentiment d'appartenance au département de chirurgie, l'épuisement des effectifs chirurgicaux déjà restreints entrevu par la hausse assurée de la charge de travail découlant de l'implication à la gestion et aux rencontres cliniques interdisciplinaires (Document confidentiel produit dans le cadre de la consultation sur la GPPC, 21 mai 2004).

Paragraphe 76
Chirurgie craintes

Certains sont surpris de cette prise de position. En effet, le chef du département de chirurgie a initialement donné son aval au « livre blanc ». C'est un revirement de situation alors qu'il apparaît que pour certains, la collaboration médico-

chirurgicale n'a pas été remise en question jusqu'à maintenant. Pour d'autres, cet événement était tout à fait prévisible. Il y a d'abord eu les absences répétées du représentant de la chirurgie au comité de pilotage pour protester contre le refus du comité de consentir un programme spécifique pour l'urologie ou à défaut, pour la chirurgie. Finalement, les pressions exercées par les membres du département de chirurgie ont obligé le chef de département à choisir son *groupe d'appartenance* plutôt que ses engagements de gestionnaire. D'autres, au contraire, ne voient dans la position du département de chirurgie que l'expression d'un manque de légitimité de la GPPC. En effet, ils considèrent que plusieurs regroupements sont « douteux » et donnent l'impression qu'il y a eu des « tractations » politiques pour « forcer » des regroupements « non naturels ». De plus, des programmes de chirurgie existent déjà dans d'autres centres hospitaliers ayant récemment implanté la GPPC. Alors, pourquoi pas le faire au CHUM ?

Paragraphe 77
Réaction p/r chirurgie

Le mémoire du département de chirurgie fait l'objet de discussions à la rencontre du SCAP du 28 juin. Comme le chef du département de chirurgie est absent à cette réunion, les membres du SCAP décident plutôt de convoquer une rencontre privée impliquant le directeur général adjoint et le directeur des services professionnels pour tenter de résoudre rapidement l'impasse. En attendant, les membres du SCAP ne réussissent toutefois pas à traiter d'autres questions dont, notamment, celle des services transversaux. Les discussions sur ce point sont donc reportées en septembre.

Paragraphe 78
Discussion positionnement chirurgie

Entre-temps, le directeur général adjoint présente les résultats de la consultation et l'état d'avancement du SCAP lors du lac à l'épaule du comité de régie du 30 juin. Il exprime sa préoccupation par rapport à l'absence de commentaires en provenance du CMDP et la proposition de créer un *programme regroupé de chirurgie*. Il compte soumettre, au comité de régie du mois d'octobre, pour considération et décision, les recommandations du SCAP, préalablement approuvées par le comité de pilotage.

Paragraphe 79
LAE CR 30-06-04

À la fin de l'été, la rencontre privée entre le directeur général adjoint, le directeur des services professionnels et le chef du département de chirurgie débouche sur une proposition acceptable. Le chef de département de chirurgie discute de cette proposition avec quelques collègues chirurgiens qui s'opposent à tout changement quant au contenu déposé dans le mémoire. « L'entente » est alors sérieusement questionnée sans toutefois être abandonnée.

Paragraphe 80
Rencontre privée chirurgie

En septembre, les activités du SCAP reprennent par la mise en place d'audiences publiques. Les audiences publiques permettent, aux groupes qui en ont fait la demande, d'expliquer leurs propositions et d'avoir l'opportunité d'être entendu par le SCAP. Cinq groupes d'intérêts s'expriment dans le cadre de ces audiences publiques : le Service d'hématologie et d'oncologie médicale, l'UHRESS avec le Service de liaison VIH/Sida et les départements de microbiologie et de médecine générale, le Conseil multidisciplinaire, le Syndicat des professionnelles et des professionnels des affaires sociales du Québec (SPPASQ) et la Direction des services hospitaliers. Un deuxième enjeu de taille se concrétise autour de l'organisation des services transversaux. Bien que tous les mémoires en fassent mention, il semble que les parties prenantes ont réellement saisi l'ampleur de la problématique en lien avec les services transversaux après l'une des audiences publiques. En effet, la direction des soins hospitaliers, par l'entremise de son directeur et de son adjointe, exprime alors le souhait d'obtenir le même type de compromis que celui qui pourrait être accordé au département de chirurgie.

Paragraphe 81
Professionnels audiences publiques

À ce moment, les membres du comité de régie réalisent qu'il y a non pas un, mais deux enjeux de taille : la prise de position du département de chirurgie et l'organisation des services transversaux. En outre, le fait qu'un directeur, membre du comité de régie, utilise la voix des audiences publiques pour faire valoir son

point de vue, laisse quelques sceptiques. Cela donne l'impression qu'il n'adhère pas lui-même à la GPPC.

Paragraphe 82
Réactions CR

Pendant cette même période, les membres du SCAP invitent des membres du département de chirurgie à une audience privée afin d'expliquer leur position. À l'issue de cette audience, deux options s'ouvrent au SCAP : 1) continuer les travaux en poursuivant la vision préalablement établie tout en tentant de rallier le département de chirurgie ou 2) accepter de créer un programme de chirurgie.

Paragraphe 83
Audience privée chirurgie

Les valeurs et les principes directeurs de la GPPC sont donc remis en question. Pour certains le modèle pur de la GPPC ne sera pas accepté dans sa forme initiale. À défaut de compromis pour accommoder les chirurgiens, la GPPC risque de mourir de sa belle mort. En outre, plusieurs personnes ont l'impression que les discussions reculent d'un an.

Paragraphe 84
Point critique GPPC

Les membres conviennent finalement :

- *de conserver le lien médico-chirurgical, le concept de la GPPC et les assemblages naturels, en mettant l'accent dans un premier temps sur ce dernier point;*
- *de repenser les services transversaux;*
- *par conséquent, de constituer un groupe de travail sur la GPPC composé de la directrice des soins infirmiers, du directeur des services professionnels, du directeur des services hospitaliers, du chef du Département de médecine, du chef du Département de chirurgie ainsi que du directeur général adjoint dans le but de revoir les treize programmes-clientèles tenant compte des assemblages naturels et des principes directeurs. » (Compte-rendu du SCAP du 30 septembre 2004)*

Paragraphe 85
Décisions SCAP

Ce groupe a pour mandat d'essayer de trouver « une voix de passage » dans le découpage des programmes permettant de rallier les principaux acteurs de façon équitable.

Paragraphe 86
Mandat sous-groupe SCAP

En corollaire, le directeur général adjoint procède à des rencontres individuelles. Il laisse entendre aux intéressés qu'il est à leur avantage de se responsabiliser plutôt que devoir vivre avec une solution imposée. Dans cette perspective, le directeur des services hospitaliers, de concert avec son adjointe, examinent sept ou huit scénarios viables pour les professionnels. Ces scénarios sont ensuite présentés aux chefs de service afin d'en sélectionner qu'un seul.

Paragraphe 87
Coercition DGA

De son côté, le chef du département de chirurgie espère sa participation aux diverses rencontres visant à clarifier le statut de la chirurgie, considérant qu'il en a assez de « répéter toujours la même ritournelle. »

Paragraphe 88
Participation chirurgie

Pendant ce temps, diverses tractations politiques se déroulent où chaque groupe tente de mettre à profit son influence pour sortir de cette tourmente. Aux yeux de plusieurs toutefois, l'exercice n'est pas considéré plus politique qu'il se doit. En effet, par le passé on considérait une décision comme « politisée » lorsque des récriminations se rendaient jusqu'au conseil d'administration. Ce qui n'est pas le cas présentement.

Paragraphe 89
Perception jeux politiques

A la réunion du 18 octobre 2004, devant la difficulté d'en arriver à une décision, les membres du SCAP envisagent la possibilité de recourir à l'arbitrage.

Paragraphe 90
Impasse

À la mi-décembre, une réunion conjointe entre le SCAP et le comité de pilotage est tenue afin de discuter des scénarios de découpages envisagés et pour écouter la nouvelle proposition de la direction des services hospitaliers sur l'organisation des services transversaux. Il ressort principalement ce qui suit :

- *Le représentant des professionnels d'un programme serait un chef de services professionnels, lequel ferait le pont entre le cogestionnaire du programme et les professionnels;*
- *Les chefs de services professionnels seraient un des chefs de services existants. De par leur expérience, ces personnes sont jugées les mieux placées. Il serait plus facile aux professionnels de s'identifier à eux. Les professionnels seraient plus à l'aise avec des personnes ayant sensiblement la même réalité qu'eux. (Compte-rendu de la réunion conjointe du SCAP et du comité de pilotage, 16 décembre 2003).*

Paragraphe 91
Professionnels proposition

Il est à noter que ce modèle ne considère pas le chef de service des professionnels comme un troisième cogestionnaire de programme, mais bien comme un cadre au même titre que les autres cadres du programme. Par contre, ce chef des services professionnels aurait la responsabilité de gérer les budgets relatifs aux ressources humaines sous sa responsabilité et les autres dépenses afférentes.

Paragraphe 92
Professionnels spécificité

Cette proposition est bien reçue et le comité de pilotage est d'avis qu'elle doit être soumise au comité de régie pour approbation. Le 13 janvier, le comité de pilotage, conjointement avec le sous-comité d'analyse des propositions, décident de soumettre la proposition sur *l'organisation des services transversaux* et de présenter les deux meilleurs scénarios *d'identification des programmes* en prévision d'un arbitrage le 27 janvier prochain lors du lac à l'épaule du comité de régie (voir Annexe D).

Paragraphe 93
Recommandations CP

Plus de six mois supplémentaires sont nécessaires pour compléter la phase de consultation et d'analyse des propositions. Pour certains, au cours de cette période,

les débats s'étirent indûment en longueur et ne mobilisent que sporadiquement même les acteurs centraux à cette décision. Selon certains, « ...heureusement qu'il y a d'autres projets plus intéressants (...) Pour être mobilisé, il faut être interpellé régulièrement, sentir qu'on est indispensable, sentir que ça améliorera les résultats ». D'autres considèrent que ce sont les porteurs du changement qui ont failli à la tâche. Pour le directeur général adjoint toutefois, il faut éviter qu'une décision prise trop hâtivement soit à nouveau remise en question. Il juge préférable de s'assurer de l'adhésion complète des membres. La prolongation de l'échéancier permet également de réaliser des analyses supplémentaires afin de mieux comprendre les positions des acteurs et d'objectiver les faits.

| |
|--|
| Paragraphe 94 Rythme transformation |
|--|

5.7 ARBITRAGE DÉCISIF ET DÉBUT DE L'IMPLANTATION

Le lac à l'épaule du 27 janvier 2005 permet finalement de mettre un terme à la phase de consultation interne amorcée un an plus tôt :

- Implanter la proposition numéro deux sur le découpage des programmes. Ainsi, la chirurgie cardiaque est intégrée au regroupement « cardio »; le bloc opératoire, la salle de réveil, la chirurgie d'un jour et la pré-admission sont regroupés à l'intérieur des services transversaux et; les autres services chirurgicaux forment un regroupement distinct.
- Décentraliser les services transversaux pour les professionnels dédiés à temps plein dans les regroupements clientèles et les rattacher sous la direction d'un chef des professionnels dans les programmes. Le lien d'appartenance avec le secteur professionnel est néanmoins préservé pour les activités d'enseignement, de recherche, de formation, de dotation et de qualité de l'acte;
- Centraliser les professionnels des services transversaux qui ont des activités dans plusieurs programmes-clientèles au sein de leur discipline;
- Raffiner la structure des services transversaux avant de la diffuser à un plus large auditoire;

- Dissoudre le comité de pilotage dès la mise à jour finale du « livre blanc » au comité de régie pour faire place à un comité d'implantation chargé d'opérationnaliser la mise en œuvre;
- Débuter la phase de mise en œuvre en janvier 2006, après avoir réalisé les phases de sensibilisation, de planification macro et micro des premiers regroupements.

Paragraphe 95
Décision finale

Le directeur général adjoint profite de l'occasion pour présenter l'organigramme de la gouverne des regroupements clientèles. La création d'une direction des regroupements clientèles constitue le principal changement alors qu'à l'origine, les regroupements devaient relevés directement du directeur général adjoint. Cette modification vise à favoriser l'autonomie des regroupements clientèles et à faciliter les concertations et la collaboration entre les groupes et les services transversaux.

Paragraphe 96
Ajustements structurels

Les mois qui suivent permettent de mettre à jour le « livre blanc » sur la GPPC, désormais baptisée « La transformation vers la gestion par regroupements clientèles (GPRC) : une réalité pour le CHUM » Lors de la réunion du comité de régie du 7 avril 2005, les membres cautionnent le document.

Paragraphe 97
Cautionnement officiel

Comme le démontre le cas du CHUM, le processus décisionnel est une activité qui est loin d'être simple à réaliser et ce, particulièrement dans un contexte de transformation majeure où presque tout est appelé à changer. D'abord le CHUM compte sur une diversité de spécialistes souvent dans les domaines les plus sophistiqués de la science. Mais qui dit diversité dit aussi besoins différents et qui dans certains cas, peuvent être difficiles à comprendre ou être incompatibles entre eux. Les décideurs sont donc appelés à faire des choix difficiles ou des compromis significatifs. D'autre part, la pénurie de ressources (humaines, matérielles et financières) crée également un contexte favorable à toutes sortes d'enjeux

politiques. Or il peut être difficile de prévoir les actions ou les jeux des acteurs ou des groupes d'intérêts concernés. Les imprévus et les revirements de situation viennent donc teinter le quotidien des acteurs du processus décisionnel stratégique. L'analyse du cas à partir du cadre théorique proposé à la section trois, permettra de donner un sens à ces événements.

SECTION 6 : ANALYSE DES RÉSULTATS

Comme le suggère Bolman et Deal (2003), pour comprendre une situation complexe, il importe de se doter d'un cadre de référence permettant de faire ressortir la subtilité des événements qui se produisent tout en étant en mesure d'en donner un sens. C'est ce qui a amené ces auteurs à proposer un modèle qui permet de comprendre une même situation dans sa globalité, en utilisant quatre perspectives différentes : structurelle, politique, humaine et symbolique.

Bolman et Deal (2003) ont d'ailleurs inspiré le cadre d'analyse (voir section 3) utilisé pour étudier le processus décisionnel adopté par le comité de régie du CHUM dans la mise en place de la gestion par programmes-clientèles, décrit à la section précédente. Rappelons qu'à partir des informations fournies dans les documents internes et par le biais d'entrevues auprès d'acteurs clés, un cas a été rédigé. Ces acteurs ont d'ailleurs validé l'exactitude des faits présentés et ont permis d'apporter toutes les nuances nécessaires. Afin d'en faire une analyse de contenu rigoureuse, le cas a été subdivisé en paragraphes auxquels des numéros ont été attribués. Nous nous référerons donc à cette analyse partir de maintenant.

La présente section est donc divisée en quatre parties. Une analyse selon une lecture structurelle est d'abord présentée suivi des analyses selon des lectures politique, humaine et symbolique.

6.1 ANALYSE SELON UNE LECTURE STRUCTURELLE

Tel que mentionné dans le cadre d'analyse, l'organisation existe pour accomplir des objectifs de la façon la plus efficiente possible. L'analyse selon une lecture structurelle permet donc de comprendre en quoi le processus décisionnel est orienté vers la mise en place de mécanismes d'organisation.

6.1.1 Les moyens

Quatre moyens principaux permettent d'organiser le processus décisionnel :

- 1) la structure organisationnelle;
- 2) des outils de planification, d'organisation et d'exécution du travail;
- 3) des techniques de communication pour coordonner et gérer les interfaces;

4) l'utilisation d'un processus de résolution de problème.

Les exemples du cas se référant à chacun de ces moyens seront abordés dans les lignes qui suivent.

6.1.1.1 La structure organisationnelle

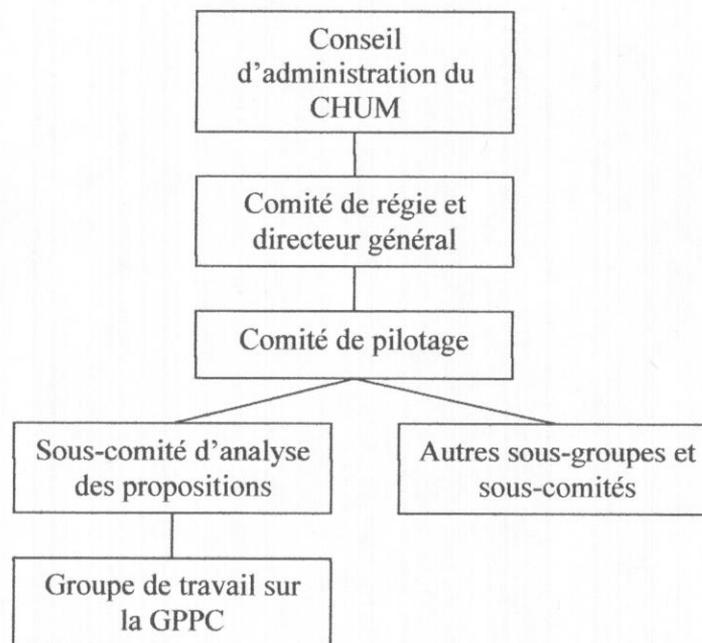
Dans un premier temps, le principal moyen à considérer pour organiser le processus décisionnel c'est la structure organisationnelle, laquelle se définit par un ensemble d'orientations, de règles, de procédures, d'encadrements et de politiques.

Dans le cas du processus décisionnel suivi par le comité de régie entre le printemps 2002 et le printemps 2005, on constate qu'un intrant important à la structure organisationnelle concerne l'orientation que prend le directeur général (paragraphe 4, 7 et 10) et les priorités qu'il exprime au terme de sa première année de mandat (paragraphe 11 et 12). Celles-ci donnent le ton à plusieurs actions pour organiser le processus décisionnel de mise en œuvre de la GPPC.

D'abord, la structure est ajustée pour refléter ces priorités (voir figure 6.1). Ainsi, un comité de pilotage relevant du comité de régie est d'abord créé (paragraphe 25). Ce comité de pilotage a par la suite constitué d'autres entités, notamment le sous-comité d'analyse des propositions au printemps 2004 (paragraphe 68). Ce dernier sous-comité a également mis sur pied une entité à l'automne 2004 (paragraphe 85) appelé « groupe de travail sur la GPPC » et qui se rapporte au sous-comité d'analyse des propositions. Le comité de régie s'est également restructuré en cours d'année 2003 pour laisser place à l'introduction de nouveaux joueurs issus du secteur médical, d'abord sur invitation, puis de façon formelle (paragraphe 43).

D'autre part, des balises et des critères décisionnels sont établis par le comité de pilotage pour tenter d'objectiver l'évaluation et guider l'identification des programmes (paragraphe 35). Ces règles évoluent au gré des enjeux qui se présentent et des réflexions qui mûrissent (paragraphe 48).

Figure 6.1 - Résumé de la structure organisationnelle



6.1.1.2 Planification, organisation et exécution

Deuxièmement, comme le suggèrent des auteurs comme Genest et Nguyen (2002), plusieurs outils de planification, d'organisation et d'exécution du travail agissent en support à la structure organisationnelle et favorisent l'efficacité et l'efficience du processus décisionnel. Ces outils sont : l'organigramme des tâches, les descriptifs de tâches, la charte des responsabilités, les budgets et le calendrier d'exécution.

Sans faire l'utilisation d'un organigramme des tâches, on constate que le comité de pilotage a un mandat bien défini (paragraphe 29) et une liste sommaire de biens livrables est élaborée dès le début du comité (paragraphe 30) de façon à faciliter la mise en œuvre de la GPPC. À l'intérieur d'un mois, les tâches à réaliser par le comité de pilotage sont également plus raffinées et plus précises (paragraphe 33). Les comités issus du comité de pilotage ont également des mandats assez clairs (paragraphe 68 et 86). Quant au comité de régie, il joue un rôle « *de partage, de diffusion et de coordination de l'information entre les divers niveaux de l'organisation* » en plus « *d'élaborer et de modifier les politiques organisationnelles* » (paragraphe 8). En ce qui a trait aux acteurs, à l'exception du directeur général adjoint qui a notamment comme mandat de mettre en œuvre la

GPPC (paragraphe 16), aucun descriptif de tâches formelles n'est utilisé à l'égard des autres personnes impliquées dans le projet.

D'autre part, un calendrier d'exécution est utilisé. Le comité de régie a d'abord statué sur les jalons de la mise en œuvre de la GPPC (paragraphe 23). Puis, une proposition d'échéancier apparaît dès le premier mois de travaux du comité de pilotage (paragraphe 33 et 34). Cependant, les échéanciers sont repoussés à quelques reprises occasionnant des retards (paragraphe 38, 45, 71 et 94) de plus de six mois pour compléter la phase de consultation de la communauté CHUM ainsi que l'analyse des propositions faites par les parties prenantes ayant déposé des mémoires et des fiches.

Finalement, bien que des mandats formels soient attribués aux comités de régie, de pilotage et ses entités, aucune charte des responsabilités, présentant sous forme de tableau les principales responsabilités et l'ordre des tâches à réaliser dans le cadre du processus décisionnel à l'étude, n'a semblé être utilisée. Il en va de même en ce qui a trait à l'utilisation d'un budget.

6.1.1.3 Techniques de communication employées pour coordonner les actions et gérer les interfaces

En ce qui a trait aux techniques de communication employées pour coordonner les actions et gérer les interfaces du processus décisionnel, les réunions tant du comité de régie, du comité de pilotage que du sous-comité d'analyse des propositions semblent se tenir sur une base régulière (paragraphe 17, 20, 25, 32, 34, 41, 45, 46, 55, 62, 78, 79, 85, 90, 91, 93, 95 et 97). Un ordre du jour est généralement utilisé et des traces écrites des discussions tenues sont consignées dans un compte-rendu. En 2003, le comité de pilotage vient, sur une base régulière, rendre des comptes au comité de régie sur les principales activités réalisées et le suivi des échéanciers (paragraphe 34, 46, 55). Ces rendre comptes sont toutefois moins fréquents en 2004 (paragraphe 62 et 79). Par ailleurs, le « groupe de travail sur la GPPC » a un fonctionnement un peu plus obscur en raison de l'absence d'ordre du jour et de compte rendu écrit formels.

Dans un autre ordre d'idée, l'emploi de communications écrites est une stratégie adoptée afin de transmettre des commentaires sur des propositions qui sont faites par le comité de pilotage au comité de régie (paragraphe 45) ou encore, dans le cadre de la consultation publique (paragraphe 58).

Quant aux informations issues de l'environnement externe, celles-ci n'ont pas semblé jouer un rôle important dans le processus décisionnel. En effet, ces informations ne sont pas utilisées dans le cadre du processus décisionnel.

En ce qui a trait aux indicateurs de performance, outre les activités réalisées et le suivi des échéanciers (paragraphe 34, 61) et certains enjeux relatifs au début de la consultation (paragraphe 62), aucun autre type d'indicateur n'a semblé intéresser le comité de régie.

6.1.1.4 Processus de résolution de problèmes

Concernant le processus de résolution problèmes, quatrième moyen pour favoriser une organisation efficiente du processus décisionnel, toutes les étapes sont utilisées, mais pas pour le même problème. Ainsi, l'étape diagnostic est surtout utilisée par le directeur général, à son arrivée en poste, pour poser un jugement sur l'organisation (paragraphe 4). Ce diagnostic se fait de façon informelle, au gré des rencontres fortuites. L'approbation, par le conseil d'administration, de la proposition du directeur général de mettre en œuvre la GPPC, est le principal extrant de ce diagnostic. Un deuxième diagnostic, cette fois formel, est réalisé pour comprendre le fonctionnement de l'organisation (paragraphe 19). Par la suite, un diagnostic sur les modes de fonctionnement du comité de régie a également été demandé par le directeur général (paragraphe 41). Ce dernier diagnostic a contribué à la restructuration du comité de régie qui s'est traduit par l'ajout de certains acteurs médicaux.

En ce qui a trait à l'étape « recherche et proposition de scénarios », au début du processus décisionnel, c'est le comité de pilotage qui a semblé en faire la plus grande utilisation pour en arriver à formuler une première proposition qui s'est traduite par la diffusion du « livre blanc » (paragraphe 29, 30, 33, 35, 45 et 91). Ensuite, le sous-comité d'analyse des propositions, puis le « groupe de travail sur

la GPPC » (paragraphe 78, 83 et 91) ainsi que des comités ad hoc prennent en quelque sorte le relais (paragraphe 80 et 87).

La troisième étape du processus de résolution de problème « évaluation et expérimentation des scénarios proposés » a été utilisée seulement pour le volet évaluation, l'expérimentation n'a pas été une stratégie retenue. En 2003 et 2005, le comité de régie a joué un rôle pour évaluer les scénarios proposés par le comité de pilotage et ses sous-entités (paragraphe 37, 54 et 95). En 2004, le sous-comité d'analyse des propositions a joué ce rôle, mais auprès des propositions faites par la communauté CHUM à la suite de la diffusion du « livre blanc » (paragraphe 68, 78, 85, 93).

Parmi les choix de scénarios décisionnels significatifs, quatrième étape du processus de résolution de problème, on compte :

- l'approbation de la GPPC par le conseil d'administration - septembre 2002 (paragraphe 7);
- la confirmation, par le directeur général, que les membres ajoutés au comité de régie élargi sont désormais des membres à part entière – novembre 2003 (paragraphe 43);
- l'acceptation, par le comité de régie, de la proposition qui a mené à la diffusion du « livre blanc » aussi appelé « Les programmes-clientèles : un projet mobilisateur pour le CHUM! » - décembre 2003 (paragraphe 55);
- le choix, par le comité de pilotage et le SCAP, de soumettre les meilleures propositions retenues en arbitrage au comité de régie – octobre 2004 et janvier 2005 (paragraphe 90 et 93);
- le choix d'une proposition finale par le comité de régie en vue de la concrétisation de l'implantation des programmes-clientèles - janvier 2005 (paragraphe 95);
- et enfin, l'acceptation par le comité de régie du « livre vert » aussi appelé « La transformation vers la gestion par regroupements clientèles (GPRC) : une réalité pour le CHUM. » — avril 2005 (paragraphe 97).

Ainsi, aucune décision marquante n'a été prise en 2004.

En ce qui a trait aux actions visant à créer un plan d'implantation, cinquième étape du processus de résolution de problème, on compte :

- l'annonce de la mise en œuvre de la GPPC à la communauté CHUM – décembre 2002 (paragraphe 10);
- la création d'un comité de pilotage pour implanter la transformation – avril 2003 (paragraphe 25);
- la création d'une direction des regroupements clientèles à la toute fin du processus décisionnel à l'étude – janvier 2005 (paragraphe 96).

Comme on peut le constater, plusieurs moyens de la lecture structurelle sont déployés pour organiser le processus décisionnel adopté par le comité de régie. Ainsi, 45% des paragraphes contiennent des éléments qui réfèrent à la lecture structurelle, ce qui correspond à 29% de toutes les cotes attribuées, toutes lectures confondues. L'utilisation des moyens de la lecture structurelle démontre une préoccupation afin de rendre efficiente l'organisation du processus décisionnel. L'appréciation de niveau global sera effectuée à la section suivante.

6.2 ANALYSE SELON UNE LECTURE POLITIQUE

Le cadre d'analyse suggère que l'organisation est composée d'intérêts divergents qui luttent pour l'accès aux mêmes ressources. Plusieurs moyens existent pour comprendre ces jeux de pouvoir et être en mesure de naviguer efficacement à l'intérieur de cet environnement. L'analyse selon une lecture politique permet donc de comprendre en quoi le processus décisionnel est orienté vers la mise en place de moyens favorisant la prise en compte des jeux politiques.

6.2.1 Les moyens

Tel que proposé dans le cadre d'analyse, les coalitions d'individus présentant des divergences au niveau des intérêts, valeurs, croyances ou perceptions est le premier élément à prendre en considération lorsqu'on utilise la lecture politique pour analyser un processus décisionnel. Les jeux de pouvoir, à différents niveaux (stratégique, organisationnel et environnemental), constituent le deuxième élément. Le sociogramme des jeux de pouvoir, les stratégies et tactiques

politiques et la composition des équipes de travail sont autant de moyens qui permettent d'en arriver à susciter la collaboration et des compromis dans le processus décisionnel. Des exemples du cas se référant aux deux éléments à prendre en considération de même que les quatre moyens qui permettent de le faire sont présentés dans les lignes qui suivent.

6.2.1.1 Les jeux de pouvoir et les coalitions d'individus ou de groupes présentant des divergences

En ce qui a trait aux coalitions d'individus et de groupes, avant l'arrivée du directeur général, le CHUM est caractérisé par son mode de fonctionnement en silo vertical qui se traduit plus particulièrement par des cloisonnements entre les corps médicaux, chirurgicaux, professionnels et soins infirmiers (paragraphe 13). Chaque groupe présente donc des intérêts, des croyances et des perceptions qui lui est propre et qui s'affronte.

Par la suite, lorsque la GPPC commence à faire partie des discussions du comité de régie, les directions administratives et les directions cliniques (représentant principalement les intérêts des soins infirmiers et des services professionnels) expriment des positions relativement semblables (paragraphe 14). Par contre, en cours de processus décisionnel, seule la direction des services hospitaliers exprime toujours des réserves par rapport à la mise en œuvre de la GPPC (paragraphe 40, 74 et 81).

En ce qui a trait aux autres acteurs, les représentants du secteur médical et le directeur général manifestent certaines convergences au niveau des points de vue sur la mise en œuvre de la GPPC, du moins au début (paragraphe 14). Le département de chirurgie s'est ensuite démarqué des autres chefs de départements en s'objectant catégoriquement à disperser ses membres dans les programmes-clientèles (paragraphe 75).

6.2.1.2 Le sociogramme des jeux de pouvoir

En ce qui a trait au sociogramme, il s'agit d'un moyen utile pour avoir une bonne compréhension de l'environnement politique dans lequel on se trouve en permettant d'identifier : les acteurs, les atouts dont chacun dispose, les enjeux, les

contraintes et d'en arriver à qualifier les relations. Seul le directeur général a semblé faire une analyse qui s'apparente à un sociogramme (paragraphe 4). Ainsi, en faisant son diagnostic informel, il a pu identifier ses appuis avant d'aller de l'avant avec la GPPC. Cette analyse de l'environnement politique n'a toutefois pas semblé être mise à jour au gré des événements qui se produisent. Pourtant, les enjeux politiques sont nombreux puisque la GPPC amène une redéfinition complète des rôles et relations entre les différentes professions (paragraphe 6). Ainsi, les principaux enjeux qui mobilisent l'attention tout au long du processus décisionnel sont :

- 1) La composition des programmes et le rôle des départements (paragraphe 19, 33, 35, 36, 37, 48, 49, 52, 54, 75, 76, 78, 79, 80, 85, 91 et 95);
- 2) le rôle des directions cliniques et l'organisation des services transversaux (paragraphe 33, 40, 50, 51, 53, 74, 81, 91 et 95);
- 3) L'infrastructure décisionnelle (paragraphe 19, 21, 44, 54, 70 et 95).

6.2.1.3 Composition des équipes de travail

D'abord, le directeur général invite, en 2003, certains acteurs du corps médical à prendre part aux réflexions sur les décisions stratégiques par le biais du comité de régie élargi (paragraphe 17, 18, 20 et 41). Le comité de régie était jusque là, principalement composé des directeurs des fonctions administratives (ressources humaines, financières, etc.) et cliniques (paragraphe 9). Les acteurs médicaux sont finalement introduits comme membres à part entière du comité de régie à la fin 2003 (paragraphe 42 et 43). Par cette décision, les acteurs du corps médical deviennent donc le groupe le mieux représenté au comité de régie, avec huit membres sur 21 (incluant le directeur des services professionnels et la présidente du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens). Les acteurs cliniques (infirmiers et professionnels), qui comptent pourtant généralement pour une forte proportion des effectifs d'un hôpital, ne représentent quant à eux que deux voix.

En ce qui concerne la composition des autres équipes de travail qui participent au processus décisionnel, plusieurs faits intéressants ressortent. D'abord, le directeur général adjoint a émis une consigne à l'effet que ce ne soit pas nécessairement des directeurs et des chefs de département qui fassent partie du comité de pilotage,

sauf en ce qui a trait à la direction des communications, la direction de la planification stratégique et services techniques et la direction des ressources technologiques (paragraphe 22). Tous ont respecté le mot d'ordre lancé sauf la plupart des acteurs médicaux qui sont représentés par leur chef de département respectif (paragraphe 25 et 27). Autre fait intéressant à noter, 50% des membres du comité de pilotage (en excluant le directeur général qui s'est retiré après la première rencontre) siègent également sur le comité de régie, dans sa forme restreinte ou élargie (paragraphe 9, 18 et 26). En ce qui concerne la représentativité au comité de pilotage, les acteurs administratifs, cliniques et médicaux sont représentés dans la même proportion (paragraphe 26). Finalement, en ce qui a trait à la diversification au sein du comité de pilotage, plusieurs niveaux hiérarchiques sont représentés : direction générale, directeurs, chefs de départements, chefs de service, adjoints et membres de département (paragraphe 26), ce qui peut avoir un impact sur la libre expression des idées (paragraphe 28). Le directeur général préfère toutefois se retirer du comité de pilotage afin d'être en mesure d'avoir le recul nécessaire pour procéder aux arbitrages le moment venu (paragraphe 31).

Concernant la composition du sous-comité d'analyse des propositions, les mêmes constats que ceux fait pour le comité de pilotage, doivent être fait. Cependant, à l'exception de trois membres, les directeurs cliniques sont toutefois représentés et font contrepoids aux chefs de départements de médecine et de chirurgie (paragraphe 69). Huit membres sur treize sont également membres du comité de régie (paragraphe 42). La même proportion de membres est également membre du comité de pilotage (paragraphe 26). Compte tenu des difficultés rencontrées concernant les enjeux du département de chirurgie et de l'organisation des services transversaux, le sous-comité d'analyse des propositions créé un groupe de travail sur la GPPC composé de six personnes (paragraphe 85). Toutes ces personnes font également partie du comité de régie (paragraphe 42).

Finalement, un seul acteur est présent à tous ces comités, il s'agit du directeur général adjoint (paragraphe 27, 42, 69 et 85).

6.2.1.4 Stratégies politiques

Les stratégies politiques réfèrent à la maîtrise des compétences, l'accès à l'information rare, l'utilisation de l'autorité hiérarchique et l'ascendance sur les autres. Dans un premier temps, si on regarde les stratégies utilisées par le directeur général adjoint, la seule stratégie politique qu'il a déployée est celle de l'autorité hiérarchique lorsque les professionnels protestent contre l'organisation des services transversaux (paragraphe 87). Le directeur général adjoint laisse entendre qu'il est préférable que la direction des services hospitaliers participe activement à la recherche de solution à défaut de quoi elle se verrait imposer une solution.

Quant aux autres acteurs du processus décisionnel, ils semblent exploiter leur compréhension fine du contexte organisationnel et des services sociaux pour proposer des solutions, pour amender des propositions ou négocier des compromis (paragraphe 87 et 91). Certains acteurs usent de leur pouvoir d'influence pour tenter d'intéresser le CMDP et ses membres (paragraphe 67) et pour dénouer les impasses relatives à l'organisation des services transversaux et à la proposition du département de chirurgie (paragraphe 89). En ce qui a trait aux autres stratégies politiques utilisées, comme l'accès à l'information rare, seules des hypothèses non vérifiables peuvent être formulées.

6.2.1.5 Tactiques

Le marchandage, la négociation, la création de nouvelles alliances et l'utilisation sont parmi les principales tactiques politiques. Des tactiques de négociation sont utilisées par le département de chirurgie et la direction des services hospitaliers. D'abord, le département de chirurgie attire l'attention en prenant position clairement contre la décentralisation de ses membres dans les 13 programmes-clientèles. Ce positionnement lui permet d'obtenir beaucoup d'attention et d'obtenir une rencontre privée avec le directeur général adjoint et le directeur des services professionnels (paragraphe 78 et 80) ainsi qu'une audience privée avec le sous-comité d'analyse des propositions (paragraphe 83). L'attention qui est accordée au département de chirurgie permet d'obtenir des compromis, notamment la création d'un regroupement distinct de la plupart des services chirurgicaux (paragraphe 95). La direction des services hospitaliers profite

également des négociations avec le département de chirurgie. Ainsi, en septembre 2004, lors des audiences publiques, la direction des services hospitaliers exige la parité avec le département de chirurgie (paragraphe 81). Elle veut ainsi obtenir le même type de compromis. En fin de compte, seuls les professionnels dédiés à temps plein sont décentralisés dans les services transversaux tout en gardant un rattachement à un chef des professionnels dans les programmes (paragraphe 95). Ce compromis permet de garder une main mise sur les activités d'enseignement, de recherche, de formation, de dotation et de qualité de l'acte, sans compter le maintien d'un lien d'appartenance avec le secteur professionnel (paragraphe 92 et 95).

En ce qui a trait aux alliances qui aient pu se former, la principale observée est celle entre les membres d'une même direction ou département. Ainsi, l'ensemble des services composant la direction des services hospitaliers a fait front commun dans ses revendications au sujet de la décentralisation des professionnels (paragraphe 73 et 74). La même tactique a été utilisée par le département de chirurgie (paragraphe 77).

Finalement, des tactiques comme le marchandage et l'utilisation du temps ne semblent pas avoir été utilisées.

Le processus décisionnel est donc fortement influencé par les jeux de pouvoir. De cette façon, les acteurs décisionnels en sont arrivés à faire certains compromis (paragraphe 56 et 95). Ainsi, 56% des paragraphes font état d'enjeux ou d'actions à caractère politique, ce qui représente 35% des cotes attribuées parmi les quatre lectures. À comparer aux autres lectures, la lecture politique est donc la dimension qui retient le plus l'attention dans le processus décisionnel.

6.3 ANALYSE SELON UNE LECTURE HUMAINE

Le cadre d'analyse présenté à la section trois suggère qu'un processus décisionnel qui tente de faire un arrimage entre les besoins organisationnels et les besoins des acteurs est susceptible de favoriser la satisfaction, l'expression des idées et l'engagement des parties prenantes. L'analyse selon une lecture humaine permet

donc de comprendre en quoi le processus décisionnel est orienté vers la mise en place de moyens favorisant l'atteinte de ces résultats.

6.3.1 Les moyens

Deux éléments sont à prendre en considération pour comprendre le processus décisionnel selon une lecture humaine. Le premier concerne les besoins des acteurs organisationnels qui se traduisent notamment par des motivations, des intérêts, un désir d'accomplissement et de reconnaissance. Le climat organisationnel (perception de soutien, confiance, justice, habilitation) est le deuxième élément à prendre en considération. Ainsi, des besoins satisfaits et un climat organisationnel favorable sont susceptibles de favoriser la satisfaction et l'engagement des acteurs. La participation des parties prenantes, la prévention et la gestion des conflits sont des moyens qui permettent d'en arriver à ce résultat et de favoriser l'expression des idées en cours de processus décisionnel. Des exemples du cas se référant aux besoins des acteurs, au climat organisationnel, au degré d'implication et à la prévention et la gestion des conflits sont présentés dans les lignes qui suivent.

6.3.1.1 Les besoins des acteurs et le climat organisationnel

Les besoins des acteurs et le climat organisationnel sont deux éléments à considérer pour s'assurer que le processus décisionnel favorise l'engagement des acteurs.

Bien que le processus décisionnel concernant la mise en œuvre de la GPPC soit perçu positivement par certains acteurs (paragraphe 27 et 44), puisqu'il leur donne l'opportunité d'être impliqués au niveau décisionnel et ainsi de contribuer à bâtir l'avenir du CHUM, des insatisfactions sont exprimées assez rapidement par les acteurs et traduisent leurs besoins.

D'abord, les insatisfactions vécues par les membres du département de chirurgie (sentiment d'être peu écoutés, peu considérés, qu'ils sont menacés de survie par les développements des techniques modernes en médecine) sont soulevées dès l'été 2003 (paragraphe 39). Ces besoins et attentes non répondus peuvent avoir eu un impact sur le climat organisationnel, surtout en ce qui a trait à la perception de

soutien et de confiance des membres du département de chirurgie à l'égard de l'organisation et de la direction.

Un sentiment de méfiance est également perçu du côté des professionnels, des infirmiers et des membres des fonctions administratives (ressources humaines, ressources financières, etc.) à l'égard des acteurs médicaux, lorsqu'il est question qu'ils soient membres à part entière du comité de régie. On remet en question leur degré de responsabilisation à l'égard de l'atteinte de l'équilibre budgétaire et leur capacité à faire la part des choses entre les attentes et les rôles de gestionnaires et celles exprimées par les membres qui les ont élus à ce poste (paragraphe 44).

Puis, le ton négatif perçu dans le « livre blanc » a provoqué un sentiment que la direction ne reconnaît pas le travail fait par le personnel et les médecins de l'hôpital (paragraphe 66). Ces insatisfactions se traduisent de façon encore plus formelle dans les documents produits dans le cadre de la consultation. Les professionnels et les chirurgiens expriment ainsi des craintes (paragraphe 74 et 76) quant à leur sentiment d'appartenance et leur identité professionnelle, la capacité à assurer la pérennité et le bon fonctionnement des activités malgré une pénurie de main-d'œuvre et la charge de travail élevé. Les professionnels envisagent également des difficultés en ce qui a trait au développement des compétences de ses membres sous un fonctionnement décentralisé, comme celui proposé par la GPPC (paragraphe 74). Certaines craintes des professionnels ont d'ailleurs été soulevées dès l'été 2003, mais il semble qu'elles n'aient pas trouvé d'écho (paragraphe 40).

Outre le contenu du projet GPPC qui soulève plusieurs appréhensions, le processus décisionnel adopté par le comité de régie et les instances qui doivent fournir des intrants (comités de pilotage et ses sous-comités) ne semble pas répondre aux besoins et attentes des individus. Dès l'automne 2003, à l'occasion d'un diagnostic sur les modes de fonctionnement du comité de régie, les membres expriment certaines insatisfactions (paragraphe 41). Puis, de multiples absences sont constatées tout au long du processus décisionnel et particulièrement à des moments où des choix importants sont sur le point de se faire (paragraphe 46, 55 et 88). Coïncidence ou non, la communauté CHUM « s'absente » aussi de la

GPPC, du moins dans les débuts de la consultation. Un désintéressement est alors constaté (paragraphe 59, 63 et 67). Finalement, les acteurs ne se sentent pas interpellés sur une base régulière, ils n'ont pas le sentiment d'être indispensables, ni même d'avoir un certain pouvoir d'influence pour améliorer les résultats (paragraphe 94). D'ailleurs, devant l'ampleur des enjeux avec lesquels composer, le processus apparaît quelque peu ardu pour les acteurs et ils ont l'impression que les discussions piétinent (paragraphe 94) ou reculent (paragraphe 84).

6.3.1.2 La participation des acteurs

Un premier levier qui permet de prendre en compte les besoins et attentes des acteurs ainsi que le climat organisationnel est la participation des parties prenantes.

L'analyse faite par la lecture structurelle révèle qu'à toutes les étapes du processus de résolution de problèmes une forme ou une autre de participation est constatée. Le directeur général a d'abord sollicité la participation des acteurs stratégiques par le biais de deux diagnostics sur l'organisation, l'un informel (paragraphe 4) et l'autre formel (paragraphe 19). Par la suite, les acteurs du comité de régie élargi ont l'opportunité de participer à l'orientation de la mise en œuvre de la GPPC (paragraphe 20). En fait, jusqu'à la création du comité de pilotage, la participation est essentiellement l'affaire du comité de régie élargi, ce qui représente 21 personnes. Le directeur général adjoint a ensuite voulu étendre cette participation au processus décisionnel à d'autres joueurs qui ne sont pas des directeurs ou des chefs de départements lors de la création du comité de pilotage. Ces intentions se sont concrétisées que partiellement. Ainsi, sept membres du comité de pilotage sur seize étaient également membre du comité de régie dans sa forme restreinte ou élargie (paragraphe 25 et 26). Entre avril 2003, moment de la création du comité de pilotage, et décembre 2004, moment de l'approbation du document de consultation publique, les membres du comité de régie ont participé à trois occasions (paragraphe 37, 54 et 62) à donner leur point de vue sur les propositions faites par le comité de pilotage ou pour orienter le processus de consultation.

La consultation publique a évidemment permis d'étendre la participation à l'ensemble de la communauté CHUM (paragraphe 58, 65, 72 et 81). Une fois les propositions de la communauté CHUM reçues, le processus de participation s'est à nouveau rétréci à quelques acteurs bien ciblés. En effet, le sous-comité d'analyse des propositions, composé de 13 personnes dont huit sont membres du comité de régie, a le mandat d'analyser les propositions reçues de la communauté CHUM (paragraphe 68). Pendant cette période (printemps 2004 à décembre 2004), le comité de pilotage est peu sollicité (paragraphe 91 et 93) alors que la participation du comité de régie n'est pas sollicitée.

6.3.1.3 La prévention et la gestion des conflits

Le deuxième levier utilisé pour prendre en compte les contraintes de la lecture humaine, à savoir, le climat organisationnel et les besoins et attentes des acteurs, est la prévention et la gestion des conflits.

D'abord, les règles de participation, pour le comité de pilotage, sont fixées dès les premières rencontres qui ont lieu au printemps 2003. Une prise de décision par consensus est ainsi privilégiée, ce qui implique que les discussions doivent se poursuivre jusqu'au point où tous les acteurs soient capables de vivre avec la décision prise (paragraphe 32). Ces règles de participation ont pu avoir deux impacts importants : 1) reporter les échéanciers pour tenter d'en arriver à ce consensus (paragraphe 38, 45 et 94) et 2) avoir recours à l'arbitrage par le comité de régie qu'à une seule reprise et ce, plus de 17 mois après le début des travaux du comité de pilotage (paragraphe 90 et 93).

L'accent sur les buts communs a également semblé être un moyen utilisé, mais surtout par le directeur général. En effet, celui-ci fait mention à plusieurs reprises, en cours d'année 2002, de l'importance de mettre en œuvre la GPPC afin de se préparer à l'intégration du CHUM 2010 (paragraphe 15), qui semble être un projet rassembleur (paragraphe 63 et 64).

D'autre part, le troisième outil pour prévenir et gérer les conflits concerne la prise de conscience ou la détection des symptômes annonciateurs de difficultés tels que

des jeux politiques intenses, l'absence de décision et une démotivation des troupes. Des prises de conscience ont eu lieu à six occasions (paragraphe 39, 59, 63, 66, 67 et 84). Ces prises de conscience n'ont toutefois pas semblé être des signes précurseurs d'actions ciblées pour corriger le tir, à l'exception du démarchage auprès du CECMDP afin de solliciter une rencontre d'information auprès de leurs membres (paragraphe 67).

Quant au recours à l'arbitrage, ce moyen a été utilisé qu'une seule fois. En octobre 2004 ce moyen est envisagé par le sous-comité d'analyse des propositions pour clore le débat (paragraphe 90), pour finalement se réaliser en janvier 2005 (paragraphe 95).

En ce qui a trait à l'habilitation et à la responsabilisation des individus, seul le volet responsabilisation a semblé être utilisé. En effet, devant l'impasse à dénouer, les enjeux relatifs au département de chirurgie et à l'organisation des services transversaux, le directeur général adjoint a procédé à des rencontres individuelles afin que certains acteurs se responsabilisent davantage à l'égard de la recherche de solution (paragraphe 87). Suite à cette action, le directeur des services hospitaliers et son adjointe ont entrepris de trouver des scénarios viables pour les professionnels (paragraphe 87).

Finalement, l'expérimentation et conséquemment, le bilan des apprentissages n'ont pas été des moyens mis de l'avant dans le processus décisionnel.

Ainsi, ce n'est pas parce qu'on fait participer les acteurs (38% des paragraphes réfèrent à la lecture humaine), que la satisfaction, l'expression des idées et l'engagement des parties prenantes s'en trouvent accrus. Finalement, les cotes attribuées au caractère humain représentent 24% de l'ensemble des cotes.

6.4 ANALYSE SELON UNE LECTURE SYMBOLIQUE

Selon Bolman et Deal (2003), les acteurs organisationnels sont à la recherche de sens à travers les actions qu'ils posent quotidiennement. Il en va de même pour les actions posées à l'intérieur d'un processus décisionnel où les acteurs ont besoin de

connaître leur contribution par rapport à un ensemble plus large. Ainsi, l'analyse selon une lecture symbolique permet donc de comprendre en quoi le processus décisionnel est porteur de sens, notamment compte tenu notamment de la prise en compte de la culture organisationnelle.

6.4.1 Les moyens

Dans la lecture symbolique, la culture organisationnelle est donc le principal élément à prendre en considération. C'est par sa culture que l'organisation se construit une identité. Pour y arriver, deux principaux moyens permettent de prendre en compte la culture organisationnelle dans un processus décisionnel :

- 1) la légitimité des initiatives de changement, et
- 2) le charisme ou le style de leadership transformationnel.

Des exemples issus du cas sont présentés dans les lignes qui suivent pour chacun de ces trois aspects.

6.4.1.1 La culture organisationnelle

La culture organisationnelle, c'est-à-dire les valeurs et croyances partagées par un ensemble d'acteurs, est intimement liée à la cohésion sociale. Le CHUM est caractérisé par une culture d'établissement (paragraphe 4 et 13), par des cultures propres à chaque grand ensemble de profession : les infirmiers, les professionnels et les médecins. Le travail en équipe multidisciplinaire y est plutôt marginal (paragraphe 13). D'après les principes directeurs à la base d'un mode d'organisation par programmes-clientèles (paragraphe 6) la culture CHUM n'est donc pas, à priori, nécessairement favorable ou alignée sur ce nouveau mode de gestion.

6.4.1.2 La légitimité des initiateurs de changement

Un premier levier pour prendre en compte la culture organisationnelle est celui de la légitimité associée aux initiateurs du changement. La légitimité de la GPPC est remise en question dès le début des discussions sur le sujet. Ainsi, les acteurs questionnent d'abord l'efficacité de ce mode d'organisation (paragraphe 15). La poursuite d'une multitude d'objectifs par le directeur général dans un contexte de rareté des ressources est aussi mise de l'avant (paragraphe 15). Au printemps 2003, malgré un consensus qui semble se construire (paragraphe 21), les acteurs

remettent en question le caractère irréversible de la transformation et s'interrogent sur les objectifs poursuivis par la GPPC (paragraphe 19 et 23). Par la suite, avec les positionnements de la direction des services hospitaliers (paragraphe 74 et 82) et du département de chirurgie (paragraphe 75, 76 et 77), la légitimité de la mise en œuvre de la GPPC est encore une fois remise en doute. Finalement, il semble qu'il n'ait pas été suffisant que le directeur général soit un médecin (paragraphe 3) et qu'il ait contribué à la légitimité de cette solution, c'est finalement pourquoi la légitimité est un enjeu présent tout au long du processus décisionnel.

6.4.1.3 Le charisme ou le style de leadership transformationnel

Un deuxième levier concerne le charisme ou le style de leadership transformationnel, défini par une capacité à rallier les intérêts individuels à un but collectif. Le comité de régie démontre une préoccupation pour s'assurer que les communications au sujet de la GPPC soient bien expliquées, avec des arguments solides à l'appui et surtout bien justifiés (paragraphe 37 et 54) dans le « livre blanc » diffusé début 2004. Plusieurs articles parues dans le journal interne sont venues soutenir le message du « livre blanc » (paragraphe 65). Outre le « livre blanc », deux séances d'information viennent compléter l'exercice de communication sur la GPPC au printemps 2004. Les cadres, chefs de départements et des services médicaux (paragraphe 57 et 65) peuvent ainsi assister à des séances d'information pour en apprendre davantage sur le choix de la GPPC comme mode d'organisation, la façon dont les réflexions ont été conduites pour en arriver à la proposition contenue dans le « livre blanc » et bien sûr, comprendre les implications de ce changement. Par contre, il semble que les arguments fournis pour justifier le choix de la GPPC n'aient pas réussi à créer une cohésion sociale et une adhésion à ce projet. En effet, tel que reflété dans la lecture humaine, les acteurs ont plutôt interprété les arguments fournis comme un manque de reconnaissance (paragraphe 66). Les cadres, chefs de départements et de services médicaux étaient ensuite invités à transmettre l'information et à mobiliser leurs troupes (paragraphe 61 et 63).

Le processus décisionnel est donc peu orienté vers la prise en compte de la culture organisationnelle. En effet, peu de leviers de la lecture symbolique sont utilisés,

ce qui se traduit par 19% des paragraphes qui réfère à cette lecture, ce qui représente 12% de l'ensemble des cotes attribuées.

Les analyses structurelle, politique, humaine et symbolique ont ainsi mis en lumière un ensemble de facteurs, pris en considération ou non, dans le processus décisionnel par différents moyens. Malgré les efforts déployés, certains moyens n'ont toutefois pas apporté les résultats escomptés. L'appréciation globale de l'ensemble de ces moyens est effectuée à la section suivante.

TABLEAU 6.1 - RÉSULTATS

| # paragraphe | Identification | Lecture rationnelle | Lecture politique | Lecture humaine | Lecture symbolique |
|-----------------|---|--|----------------------|--------------------|-----------------------|
| 1 | Création CHUM | Non-pertinent pour l'analyse du processus décisionnel | | | |
| 2 | Historique changements | | | | |
| 3 | Nomination DG | | | | √ |
| 4 | Diagnostic DG | √ | √ | √ | √ |
| 5 | Définition GPPC | Non-pertinent pour l'analyse du processus décisionnel | | | |
| 6 | Impacts GPPC | | √ | | √ |
| 7 | Approbation nouvelle structure | √ | | | |
| 8 | Structure décisionnelle CA, CR et DG | √ | | | |
| 9 | Composition CR 2002 | | √ | | |
| 10 | Communication employés nouvelle gouvernance | √ | | | |
| 11 | Axes d'amélioration DG | √ | | | |
| 12 | Priorités DG | √ | | | |
| 13 | Culture CHUM avant DG | | √ | | √ |
| 14 | Positionnement acteurs | | √ | | |
| 15 | Les + et les - de la GPPC | | | √ | √ |
| 16 | Nomination DGA | √ | | | |
| 17 | Réflexion GPPC CR élargi | √ | √ | | |
| 18 | Acteurs ajoutés au CR élargi | | √ | | |
| 19 | Buts CR élargi | √ | √ | √ | √ |
| 20 | 2 ^{ième} CR élargi | √ | √ | √ | |
| 21 | Bilan 2 ^{ième} CR élargi | | √ | | √ |
| 22 | Demande DGA composition CP | | √ | | |
| 23 | Progrès | √ | | | √ |
| 24 | Résultats 2 CR | | | | |

| # paragraphe | Identification | Lecture rationnelle | Lecture politique | Lecture humaine | Lecture symbolique |
|-----------------|---------------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| | élargi | | | | |
| 25 | 1 ^{er} CP | √ | √ | √ | |
| 26 | Acteurs CP | | √ | √ | |
| 27 | Avantages composition CP | | √ | √ | |
| 28 | Inconvénients composition CP | | √ | | |
| 29 | Mandat CP | √ | | | |
| 30 | Livrables CP | √ | | | |
| 31 | Changement composition CP | | √ | | |
| 32 | Décisions par consensus | √ | | √ | |
| 33 | Premières propositions | √ | √ | | |
| 34 | Rendre compte CP au CR | √ | | | |
| 35 | Première ébauche livre blanc CR | √ | √ | | |
| 36 | Réactions CR | | √ | | |
| 37 | Modifications demandées CR | √ | √ | √ | √ |
| 38 | Report échéanciers consultation | √ | | √ | |
| 39 | Interrogations silence chirurgiens | | | √ | |
| 40 | Craintes des professionnels | | √ | √ | |
| 41 | 3 ^{ième} LAE CR | √ | √ | √ | |
| 42 | Composition CR 01-04 | | √ | | |
| 43 | Formalisation CR élargi | √ | √ | | |
| 44 | Réactions CR élargi | | √ | √ | |
| 45 | Rapport final consultation GPPC | √ | √ | √ | |
| 46 | CR 20-11-03 | √ | √ | √ | |
| 47 | Évolution assemblage | | | | |
| 48 | Évolution critères décisionnels | √ | √ | | |
| 49 | Identification | | √ | | |

| # paragraphe | Identification | Lecture rationnelle | Lecture politique | Lecture humaine | Lecture symbolique |
|-----------------|---|--|----------------------|--------------------|-----------------------|
| | programmes | | | | |
| 50 | Rôles services transversaux | | √ | | |
| 51 | Rôles directions cliniques et soutiens | | √ | | |
| 52 | Rôles départements | | √ | | |
| 53 | Gestion matricielle | | √ | | |
| 54 | Questions/demandes CR | √ | √ | √ | √ |
| 55 | Approbation consultation | √ | | √ | |
| 56 | Compromis proposition | | √ | | |
| 57 | Début consultation | | | | √ |
| 58 | Mécanismes consultation | √ | | √ | |
| 59 | Moment consultation | | | √ | |
| 60 | État des communications | Non-pertinent pour l'analyse du processus décisionnel | | | |
| 61 | Transmissions informations | √ | | | √ |
| 62 | Discussion enjeux consultation | √ | | √ | |
| 63 | DG consultation | | | √ | √ |
| 64 | CHUM 2010 | | | √ | |
| 65 | Sensibilisation | | | √ | √ |
| 66 | Lenteur commentaires | | | √ | √ |
| 67 | AG CMDP | | √ | √ | |
| 68 | Création SCAP | √ | | √ | |
| 69 | Composition SCAP | | √ | | |
| 70 | Influence composition SCAP | | √ | | |
| 71 | CR 13 mai 2004 | √ | | | |
| 72 | Bilan consultation | | | √ | |
| 73 | Professionnels et livre blanc | | √ | | |
| 74 | Professionnels craintes | | √ | √ | |

| # paragraphe | Identification | Lecture rationnelle | Lecture politique | Lecture humaine | Lecture symbolique |
|-----------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| 75 | Chirurgie positionnement | | √ | | √ |
| 76 | Chirurgie craintes | | √ | √ | √ |
| 77 | Réactions p/r chirurgie | | √ | | √ |
| 78 | Discussion positionnement chirurgie | √ | √ | | |
| 79 | LAE CR 30-06-04 | √ | √ | | |
| 80 | Rencontre privée chirurgie | | √ | | |
| 81 | Professionnels audiences publiques | | √ | √ | |
| 82 | Réactions CR | | | | √ |
| 83 | Audience privée chirurgie | √ | √ | | |
| 84 | Point critique GPPC | | | √ | |
| 85 | Décisions SCAP | √ | √ | | |
| 86 | Mandat sous-groupe SCAP | √ | | | |
| 87 | Coercition DGA | | √ | √ | |
| 88 | Participation chirurgie | | | √ | |
| 89 | Perception jeux politique | | √ | | |
| 90 | Impasse | √ | | √ | |
| 91 | Professionnels proposition | √ | √ | | |
| 92 | Professionnels spécificité | | √ | | |
| 93 | Recommandations CP | √ | | | |
| 94 | Rythme transformation | √ | | √ | |
| 95 | Décision finale | √ | √ | √ | |
| 96 | Ajustements structurels | √ | | | |
| 97 | Cautionnement officiel | √ | | | |

SECTION 7 – DISCUSSION

Selon Bolman et Deal (2003), les quatre lectures du modèle d'analyse sont à la fois une fenêtre pour voir le paysage devant et des outils de navigation. Chaque outil y joue un rôle distinctif avec ses forces et ses limites. Ainsi, les auteurs prétendent que : « *The right tool makes a job easier, but the wrong one just gets in the way. One or two tools may suffice for simple jobs, but not for more complex undertakings (p. 13).* » C'est d'ailleurs ce qu'a permis de constater la section précédente. D'abord, une diversité de moyens est utilisée dans le cadre du processus décisionnel, ce qui traduit en quelque sorte la complexité de la tâche à laquelle les décideurs du CHUM sont confrontée. D'autre part, à quelques reprises, les moyens utilisés n'ont pas semblé donner les résultats escomptés. Regardons maintenant ce qui ressort de chacune des lectures.

7.1 L'ORGANISATION DU PROCESSUS DÉCISIONNEL

L'analyse selon une lecture structurelle permet de constater qu'il y a un effort substantiel de fait pour organiser le processus décisionnel. D'abord, des orientations et des priorités émises par le directeur général en 2002 donnent lieu à l'ajustement de la structure organisationnelle (création du comité de pilotage et réorganisation du comité de régie). Ensuite, des moyens pour planifier, organiser et exécuter le travail sont utilisés (les mandats des comités sont précisés, les descriptifs de tâche pour le directeur général adjoint qui intègre la mise en œuvre de la GPPC et le calendrier d'exécution). Afin de coordonner les actions et de gérer les interfaces plusieurs techniques de communication sont également employés (réunions planifiées, ordre du jour, compte rendu écrit, communication écrite). Par contre, ces moyens n'ont pas démontré leur efficacité dans un contexte politisé. En effet, plus les jeux politiques prennent de l'ampleur, plus les mécanismes d'organisation du processus décisionnel sont assouplis. Les échéanciers sont ainsi révisés à quelques reprises. Les critères décisionnels sont également révisés puis pratiquement mis de côté pendant les négociations avec le département de chirurgie et la direction des services hospitaliers. Le groupe de travail sur la GPPC, chargé de dénouer ces deux enjeux, semble opérer sous un mode plus informel, n'ayant pas recours aux mécanismes d'organisation du

processus décisionnel. En 2004, année où les activités politiques sont à leur sommet, peu de compte-rendu sont présentés au comité de régie. Finalement, malgré que les orientations ou encadrement émanant du directeur général aient fourni des résultats intéressants en 2002, celui-ci a été relativement absent à cet égard pour les années 2003 et 2004. Ainsi, il peut être souhaitable d'assouplir les règles pour en arriver à des compromis. Par contre, cela peut aussi avoir pour conséquence de remettre en question la pertinence d'utiliser de tels moyens structurants, puisque les acteurs apprennent que les jeux politiques priment sur tout.

Par ailleurs, il apparaît étonnant, pour une organisation préoccupée par l'optimisation budgétaire, de constater l'absence de budget et que relativement peu d'indicateurs de performance ne soient utilisés. Pourtant ces moyens auraient pu être d'une aide utile afin de circonscrire l'envergure des travaux effectués par les différents comités et de mettre un terme à d'interminables débats.

La lecture structurelle permet également de faire ressortir le rôle ambigu joué par le comité de régie à mesure que progresse la mise en œuvre de cette transformation. Très présent au début du processus décisionnel pour participer aux discussions et commenter les propositions soumises par le comité de pilotage, le comité de régie est pratiquement absent du processus décisionnel au cours de l'année 2004. Pourtant, comme le démontre l'analyse politique, les enjeux sont très nombreux et suffisamment importants pour avoir ralenti de plusieurs mois le processus de mise en œuvre de la GPPC. Le comité de régie aurait ainsi pu jouer un rôle d'avant-plan. C'est toutefois le comité de pilotage et plus particulièrement le sous-comité d'analyse qui a assumé ce rôle pendant cette période.

7.2 LES JEUX POLITIQUES, PIERRE ANGULAIRE DU PROCESSUS DÉCISIONNEL

En deuxième lieu, l'analyse selon une lecture politique démontre l'ampleur des jeux politiques, omniprésents tout au long du processus décisionnel. Les moyens qui semblent avoir eu le plus d'impact sur l'issue du processus décisionnel sont la

composition des équipes de travail, la négociation et la création de nouvelles alliances.

En ce qui concerne la composition des différents comités et sous-comités, on constate quelques faits intéressants. On constate d'abord, une préoccupation pour la représentativité des pôles cliniques, administratifs et médicaux. Selon Denis, Lamothe et Langley (2001) il est souhaitable d'en arriver à une telle représentativité pour favoriser l'adhésion des acteurs clés dans le changement. Malgré cette représentativité équilibrée, le département de chirurgie semble toutefois jouir d'une situation privilégiée. Premièrement, le département de chirurgie démontre peu d'intérêt pour la transformation impliquant la mise en œuvre de la GPPC y allant d'une participation aléatoire aux différents comités sur lequel leur participation est requise, et ce, même en pleine négociation de compromis. Pourtant, des inquiétudes sur « l'enjeu chirurgie » sont soulevées assez rapidement dans le processus décisionnel. Toutefois, aucune action n'a semblé être posée auprès de ce groupe pour tenter de prévenir les difficultés vécues et qui ont bien failli remettre en question la mise en œuvre de la GPPC. Des actions ont commencé à être posées au moment où le département de chirurgie se positionne clairement contre la mise en œuvre de la GPPC. Le problème a donc été ignoré, comme si le fait de procéder ainsi était pour le faire disparaître. D'ailleurs, le département de chirurgie a fait connaître sa position tardivement par rapport à ce mode d'organisation, déposant même leur mémoire au-delà de la date de tombée de la consultation interne. Malgré ces accroc, la direction générale a déployé toutes sortes de moyens pour tenter d'accommoder le département de chirurgie et d'en arriver à un compromis acceptable.

Concernant la diversité des équipes, plus particulièrement celles du comité de pilotage et du sous-comité d'analyse des propositions, elle apparaît problématique si l'on se fie aux propos d'Eisenhardt (1999) et Genest et Nguyen (2002). En effet, la multitude de niveaux hiérarchiques présente au sein d'un même comité a pu compromettre la cohésion du groupe en raison des différences de statuts. Des enjeux comme l'organisation des services transversaux et l'inconfort des professionnels à cet égard seraient peut-être ressortis plus tôt dans le processus

décisionnel et auraient ainsi pu permettre de prévenir certaines difficultés rencontrées.

L'autre problème observé avec la composition des équipes de travail a trait à la complémentarité. Dix personnes se trouvent ainsi au cœur du processus décisionnel en étant membres du comité de régie et d'au moins deux autres comités ou sous-comités. Cet enchevêtrement dans la composition des comités et sous-comités rend caduque l'existence du comité de régie puisque les décisions stratégiques sont prises à des niveaux inférieurs par ces acteurs « privilégiés ». Ce qui explique pourquoi le comité de régie a joué un rôle plus effacé en 2004.

D'autre part, bien que les jeux de pouvoir et les coalitions soient identifiés dès le début du processus décisionnel, les acteurs décisionnels, particulièrement la direction générale, ne semblent toutefois pas tirer profit de cette connaissance. Ainsi plusieurs stratégies et tactiques politiques sont utilisées par les acteurs décisionnels, mais la direction semble être à la remorque de ceux-ci. En effet, c'est en réaction aux actions politiques posées par ces acteurs que la direction générale réagit, ce qui limite l'étendue des options possibles pour résoudre les problèmes. D'ailleurs, cette attitude aurait pu être coûteuse puisque la mise en œuvre de la GPPC a failli atteindre un point de non-retour à l'automne 2004.

7.3 LE PARADOXE HUMAIN

La lecture humaine a quant à elle mis en évidence l'existence d'un paradoxe. Ainsi, bien qu'une grande importance soit accordée à la prise de décision par consensus et à des mécanismes participatifs, ce qui exprime une certaine préoccupation à l'égard des besoins et attentes des acteurs, ces moyens n'ont pas semblé produire les effets escomptés, c'est-à-dire, susciter la satisfaction, l'expression des idées et l'engagement des parties prenantes.

D'abord, l'omniprésence des jeux politiques et plus particulièrement ceux impliquant le département de chirurgie sont probablement un facteur ayant contribué à cette situation. En effet, la tolérance à l'égard de l'attitude non collaborative du département de chirurgie et toutes les actions qui ont été

déployées pour tenter de les accommoder, donnent l'impression que ce groupe est plus important que d'autres acteurs qui détiennent une expertise tout aussi critique que la leur dans un centre hospitalier. Ainsi, en voulant rallier un groupe d'acteurs, on peut contribuer à démobiliser les autres acteurs impliqués et ainsi provoquer un sentiment d'iniquité et de non-reconnaissance parmi ceux qui participent activement et selon les règles établies au processus décisionnel.

Le climat de travail est également influencé par la stratégie participative choisie. D'abord, l'annonce du choix de la GPPC à la communauté CHUM s'est fait à la fin 2002, c'est-à-dire, avant même que le comité de régie ait amorcé formellement les réflexions. Le directeur général assume ainsi seul le choix de cette stratégie, ce qui peut avoir eu un effet démobilisant pour les membres du comité de régie. Par la suite, il a fallu plus d'un an avant de retourner à la communauté CHUM avec une proposition plus précise sur le mode d'organisation par GPPC. Entre temps, relativement peu d'activités de communication ont été déployées afin de permettre au comité de pilotage de figurer la proposition à soumettre. Par contre, comme c'est bien connu, à défaut d'avoir de l'information formelle, les acteurs ont tendance à spéculer sur des scénarios et à entretenir des rumeurs pour tenter de calmer l'incertitude occasionnée par l'annonce d'une décision aussi importante que celle de restructurer l'organisation des soins. Puisque le processus décisionnel n'apporte pas de réponse à cet égard pendant l'année 2003, cette situation peut avoir concouru à miner le climat de travail.

D'autre part, comme le leadership concernant la mise en œuvre de la GPPC est assumé essentiellement par la direction générale, on peut se questionner sur la pertinence d'avoir étendu la participation à l'ensemble de la communauté CHUM aussi tôt dans le processus décisionnel. En effet, comme le suggère Galbraith (2002), pour le choix d'une stratégie et dans le cas où les options sont relativement claires, il est préférable de restreindre la participation aux membres de la haute direction. Une participation plus étendue peut alors être mise en œuvre à la phase de planification de l'implantation.

L'analyse humaine permet également de faire ressortir les failles relatives à la prévention et à la gestion des conflits. D'abord le choix d'un processus décisionnel

par consensus est certes un mode de fonctionnement souhaitable, mais il peut devenir lourd de conséquences s'il n'est pas appuyé par un mécanisme d'arbitrage en cas de conflits. Dans un environnement aussi politisé que celui observé dans le cadre du processus décisionnel du CHUM, le consensus est difficile à obtenir. Or, de maintenir cette règle à tout prix peut remettre en question l'atteinte même des objectifs que l'organisation s'est fixés, c'est-à-dire mettre en œuvre la GPPC. Le recours à l'arbitrage est ainsi un moyen qui aurait pu être exploité davantage dans le cadre du processus décisionnel adopté. D'autre part, à l'exception de l'année 2002, où on constate que le directeur général semble mettre l'accent sur les buts communs, ce moyen semble être abandonné en 2003 et 2004. Finalement, la détection des symptômes annonciateurs est également un moyen utilisé, mais il n'a toutefois pas mené à poser des gestes concrets afin de prévenir les difficultés rencontrées.

7.4 INSUFFLER UN SENS AUX ACTEURS DU PROCESSUS DÉCISIONNEL

L'analyse selon une lecture symbolique, démontre que des moyens, tels la légitimité des initiatives de changement et le leadership transformationnel, ne sont que peu utilisés pour influencer le processus de décision dans le respect de la culture organisationnelle.

En ce qui a trait au leadership de la mise en œuvre de la GPPC, tel que mentionné, c'est principalement la direction générale qui assume ce rôle. C'est d'abord le directeur général, médecin de formation, qui prend le leadership du changement en donnant une direction et en exprimant ses priorités. En 2003 et 2004, il semble toutefois déléguer cette responsabilité au directeur général adjoint qui est présent sur toutes les tribunes : comité de régie, comité de pilotage, sous-comité d'analyse des propositions, groupe de travail sur la GPPC. On peut toutefois se demander quel est l'impact de ce changement de leadership sur la légitimité octroyée à la GPPC et aux initiateurs de cette solution puisque le directeur général adjoint n'est pas issu du secteur de la santé. Le directeur général adjoint se voit donc ainsi plus limité dans le choix des stratégies qu'il peut déployer pour influencer positivement les acteurs dans le sens du changement. Finalement, de par la nature

des enjeux qui sont soulevés par une transformation aussi importante et puisque la culture n'est pas favorable à la GPPC, la présence d'un leader charismatique aurait probablement été souhaitable pour inspirer et susciter une cohésion sociale et favoriser l'adhésion des acteurs au changement.

En outre, l'analyse révèle que plusieurs communications se sont faites par écrit, ce qui rend l'exercice d'inspirer les troupes vers la mise en œuvre de la GPPC beaucoup plus complexe et difficile à réaliser en comparaison avec des communications orales fréquentes. Seules deux rencontres de cadres au printemps 2004, en plus des communications faites dans le cadre des comités et sous-comités, viennent ponctuer le processus décisionnel. Les cadres ont également le mandat de jouer les agents communicateurs dans leur direction et département respectifs. Ces communications se sont toutefois faites de façon bien inégale, ce qui peut s'expliquer en partie par les insatisfactions exprimées par les acteurs décisionnels que l'analyse humaine a mises en évidence. Ainsi, en étant soi-même peu mobilisé, il peut paraître difficile de susciter un engagement auprès de ses subalternes. Par ailleurs, bien que plusieurs comités et sous-comités soient impliqués dans le processus décisionnel, seul une dizaine d'acteurs sont réellement au cœur de l'activité décisionnelle, comme le révèle l'analyse structurelle. L'effort d'inspirer les troupes peut difficilement reposer entièrement sur leurs épaules.

7.5 BILAN DE L'UTILISATION D'UNE GRILLE D'ANALYSE POUR ÉTUDIER LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Que conclure de l'utilisation d'une grille comme celle de Bolman et Deal (2003) pour tenter de mieux comprendre le déroulement d'activités entourant un processus décisionnel ? Le cadre d'analyse inspiré de Bolman et Deal (2003) est un outil utile pour comprendre les événements du processus décisionnel. Chaque lecture apporte ainsi un éclairage distinctif qui permet d'y voir plus clair quant à cette activité organisationnelle complexe, mais combien névralgique. Le modèle permet également d'apprécier les interrelations et les effets d'une lecture sur une autre. D'autre part, le fait d'étudier le processus décisionnel sur une période de trois ans permet de mettre en évidence certains « patterns décisionnels » qui auraient été difficile à percevoir si une période plus courte aurait été privilégié.

Ainsi, la première année du processus décisionnel se caractérise, notamment, par des activités à caractère symbolique afin de susciter une adhésion par rapport à la mise en œuvre de la GPPC. L'analyse du terrain politique est également très présente et des actions pour tenter de former de nouvelles alliances sont également entreprises. Finalement, des orientations sont données et les premières priorités sont émises.

La deuxième année se distingue surtout par la mise sur pied d'une série de mécanismes structurant le processus décisionnel. Les enjeux politiques sont également tout aussi présents que pendant l'année 2002, mais moins d'énergie est consacré à comprendre cet environnement et peu de stratégies ou tactiques politiques sont utilisées. Une sensibilité à l'égard d'un processus décisionnel qui favorise la participation et l'engagement des parties prenantes est également perceptible.

En 2004, les activités politiques s'intensifient et teintent de façon importante le processus décisionnel, ce qui nuit aux efforts pour susciter l'engagement et la satisfaction des participants. Les mécanismes d'organisation sont ainsi mis de côté, de sorte que les jeux politiques représentent la principale façon de prendre des décisions. Comme le suggèrent Bolman et Deal (2003), l'activité politique fait partie intégrante de nos organisations, mais il est souhaitable de trouver des lieux et des forums qui permettent une expression appropriée de ces jeux, de façon à susciter une collaboration et d'éviter l'anarchie.

Le processus décisionnel ne suit donc pas une séquence d'étapes prédéfinies indépendantes du contexte comme le suggère les théories classiques de la décision. Le processus décisionnel adopté par le comité de régie du CHUM y est en effet hautement contextualisé. Ainsi, lorsque les jeux politiques sont intenses cela signifie également que les acteurs y jouent un rôle déterminant, l'issue du processus décisionnel est même dépendant de ces acteurs.

L'analyse réalisée a également permis de constater à quel point les moyens de la lecture symbolique auraient pu avoir un impact positif sur le processus

décisionnel adopté par le CHUM. En effet, comme le suggère Bolman et Deal (2003), la lecture symbolique est toute désignée lorsque l'engagement et la mobilisation sont essentiels et qu'il y a un niveau élevé d'ambiguïté et d'incertitude, qu'il y a prédominance de conflits et rares sont les ressources. Or, tous ces facteurs se trouvent réunis dans le contexte de mise en œuvre de la GPPC au CHUM.

Un modèle comme celui de Bolman et Deal (2003) rappelle aussi à quel point il peut être difficile d'utiliser instinctivement à la fois les lectures structurelle, politique, humaine et symbolique. Plus naturellement, chaque personne est portée vers une lecture ou une autre, ce qui amène inévitablement à s'enfermer dans un piège. Le CHUM a ainsi privilégié la lecture structurelle et la lecture humaine, alors que les enjeux politiques auraient du mériter un traitement plus rigoureux. Les acteurs stratégiques du CHUM pourront désormais bénéficier d'une grille leur permettant de sortir de leurs paradigmes et de considérer des options qui apparaissent moins intuitives de prime abord, mais qui sont plus appropriées à ce que requiert la situation. En outre, il ne s'agit pas d'adopter une approche équilibrée entre les quatre lectures, mais d'utiliser celle qui convient au bon moment. Il s'agit donc de développer une gymnastique intellectuelle pour être en mesure d'utiliser autant une lecture qu'une autre.

7.6 LES LIMITES DE L'ÉTUDE ET IMPLICATIONS FUTURES

Cette étude présente toutefois des limites d'ordre méthodologique. Nous en avons identifié deux. Premièrement, pour des raisons de faisabilité et d'accessibilité, un seul cas a été analysé. Il nous apparaît ainsi difficile de tirer des conclusions définitives sur la façon dont les décisions se prennent dans les organisations. Tout au mieux, nous sommes en mesure de tirer des conclusions qui sont valables pour le CHUM et pour une organisation présentant des caractéristiques similaires tant au niveau du type d'organisation que du contexte de prise de décision. Il serait donc intéressant de reproduire le devis de recherche à d'autres organisations et à d'autres processus décisionnels afin d'en tirer des conclusions généralisables à une plus grande population. Un tronc commun de bonnes pratiques et d'indicateurs de succès en matière de prises de décisions pourrait ainsi être identifié.

Par ailleurs, ils seraient également intéressant de rencontrer les acteurs à plusieurs moments du processus décisionnel afin de recueillir leur perception, et ce, le plus près possible de l'action. Bien que des mesures aient été prises pour limiter les effets associés au temps (présentation d'un cas avant la réalisation de l'entrevue), nous ne pouvons empêcher le processus de maturation normale qui se fait chez les individus et qui peut les inciter à revoir l'interprétation de certains événements vécus.

Une autre approche qui pourrait être mise de l'avant, serait que le chercheur fasse des bilans périodiques de ses observations et qu'il les partage avec les acteurs concernés. Ce bilan pourrait permettre d'évaluer l'impact de l'utilisation d'un cadre d'analyse telle que celui utilisé dans la présente recherche. Il serait ainsi intéressant de suivre la progression du processus décisionnel suite à ces bilans. Cela permettrait-il au décideur de corriger le tir par rapport à certaines difficultés rencontrées ? Ces décideurs nous révéleraient-ils ainsi d'autres facteurs qui les contraignent à agir dans un sens donné plutôt qu'un autre ?

SECTION 8 – CONCLUSION

Par la présente étude, nous avons cherché à répondre à la question : *comment évolue le processus décisionnel stratégique dans le temps?* D'autres auteurs avant nous se sont intéressés à comprendre le processus décisionnel. Les théoriciens classiques et de processus en sont ainsi arrivés à faire des propositions pour expliquer, notamment, la progression du processus décisionnel et décrire l'importance du contexte (acteurs, temps, autres décisions, enjeux). Pour y arriver, ces deux courants ont adopté des définitions et des méthodologies différentes pour comprendre le processus décisionnel. Les théoriciens classiques ont essentiellement misé sur une méthodologie rationnelle référant à une définition qui permet d'observer les relations causales logiques dans une théorie de variance. Quant aux théoriciens de processus, ils ont misé sur des approches qualitatives pour être en mesure d'expliquer la séquence d'événements qui décrit comment les changements se déroulent dans le temps. Ils présentent également des divergences d'idées quant à la conception des résultats visés par le processus décisionnel, l'un vise la rationalité et la qualité, alors que le deuxième vise l'acceptation par les parties prenantes et une implantation plus fluide des décisions.

Cette recension des écrits réalisés a alors permis de constater qu'il subsiste plusieurs zones d'inconnus en ce qui a trait à la compréhension du processus décisionnel. Ainsi, l'utilisation d'un cadre théorique pour analyser les événements qui se produisent dans le cours du processus décisionnel est une piste méthodologique qui n'a été que peu exploitée jusqu'à maintenant. Notre étude a donc privilégié l'utilisation d'un cadre d'analyse à multiples facettes permettant de donner du sens à ces événements tout en en saisissant la complexité. Le modèle de Bolman et Deal (2003) comportant quatre facettes : structurelles, politiques, humaines et symboliques, a donc inspiré notre cadre d'analyse. Ces quatre conceptions permettent de comprendre comment le processus décisionnel est influencé par des mécanismes d'organisation, des jeux de pouvoir, l'engagement des acteurs et la culture organisationnelle.

L'analyse des résultats, réalisée à partir de chacune de ces facettes, a permis de confirmer la richesse de ce modèle pour comprendre le processus décisionnel

stratégique adopté par le CHUM. Ainsi, dans le processus décisionnel à l'étude plusieurs règles et moyens sont mis en place pour structurer le processus décisionnel. Ils sont cependant assouplis au fur et à mesure que les jeux politiques prennent de l'ampleur et ils se sont d'ailleurs avérés peu efficaces dans un tel contexte. D'autre part, le comité qui constitue l'ultime instance avant le conseil d'administration, est une partie prenante sporadique au processus décisionnel stratégique. D'autres instances sous sa subordination jouent cependant un rôle d'avant-plan et traitent, à leur niveau, des enjeux stratégiques. Par ailleurs, d'autres moyens pour organiser le processus décisionnel, comme un budget ou des indicateurs de performance, auraient pu permettre d'assurer un meilleur suivi des activités des différentes parties prenantes impliquées.

La composition des équipes est également un facteur déterminant dans le processus décisionnel à l'étude. Des problématiques sont soulevées en ce qui concerne la diversité, la représentativité des groupes d'intérêt et la complémentarité entre les comités, ce qui a pour effet de rendre caduque les instances supérieures, de restreindre la libre expression des idées au sein des comités et de miner le climat de travail des acteurs impliqués. Des stratégies et tactiques politiques sont également utilisées, d'abord par les détracteurs du projet de mise en œuvre du mode d'organisation par programmes-clientèles, puis en réaction à ces acteurs, la direction générale réagit aux requêtes qui sont faites. D'ailleurs, un processus de négociation s'échelonne sur plusieurs mois et permet d'en arriver à des compromis auprès des deux principaux groupes réfractaires.

Mais l'intensité des jeux politiques contribue à miner le climat de travail et réduit les bénéfices escomptés par la démarche participative déployée dans le but de susciter un engouement pour le projet de gestion par programmes-clientèles (GPPC). De plus, peu de communications sont transmises à l'ensemble des employés visés par le changement entre l'annonce de la restructuration et le moment où les décideurs reviennent avec une proposition concrète par rapport au modèle d'organisation des soins. Cette longue période d'attente est susceptible d'avoir contribué à générer de l'incertitude, contribuant ainsi à effriter le climat de travail.

Par ailleurs, le processus décisionnel est caractérisé par le peu de moyen pour prévenir et gérer les conflits. Dans un environnement pluraliste comme celui dans lequel se déroule le processus décisionnel, ces moyens auraient pu jouer le rôle d'atténuer ces différences.

Finalement, la légitimité de la GPPC est remise en cause à plusieurs reprises et ce, tout au long du processus décisionnel. La présence d'un leader charismatique, ayant recours de façon plus systématique à l'art oratoire et à l'utilisation de symboles faisant état du changement aurait pu faciliter l'adhésion à ce projet et ainsi assurer une meilleure cohésion sociale

Les résultats obtenus permettent d'envisager la pertinence de poursuivre de plus amples travaux sur la compréhension du processus décisionnel en utilisant un cadre d'analyse comme celui privilégié dans cette étude. Des investigations portant sur d'autres processus décisionnels, adoptés par des organisations présentant des caractéristiques et un contexte différents, sont porteurs d'avenir. Des rencontres réalisées à plusieurs moments au cours du processus décisionnel et la présentation de bilans aux acteurs décisionnels afin d'évaluer l'impact du cadre d'analyse sur la poursuite du processus décisionnel, sont autant de variantes au présent devis de recherche qui seraient susceptibles d'apporter des éclairages intéressants.

BIBLIOGRAPHIE

- Abé, J.A. (2000). La légitimité et le changement stratégique. Dans Hafsi, T., *La stratégie des organisations : une synthèse* (pp. 641-648). Montréal : Les éditions Transcontinental inc.
- Association des hôpitaux du Québec. (2000). *Organisation par programme-clientèle; l'expérience des centres hospitaliers du Québec*. Rapport de recherche.
- Bartlett, C.A. & Ghoshal, S. (1994). Changing the role of top management: Beyond strategy to purpose. *Harvard Business Review*, novembre-décembre, 79-88.
- Bishop, J.W., Scott, K.D., et Burroughs, S.M. (2000). Support, commitment, and employee outcomes in a team environment. *Journal of Management*, 26(6), 1113-1132.
- Bolman, L.G., & Deal, T.E. (2003). *Reframing organizations: artistry, choice, and leadership*, troisième édition. Édition Jossey-Bass, San Francisco, CA, 483 pp.
- Brilman, J. (2000). *L'entreprise orientée processus et horizontale. Les meilleures pratiques de management*. Paris: Éditions d'Organisation, chap. 10, p. 257-290.
- Butel, L. et Watkins, A. (1999). Evolving complex organizational structures in new and unpredictable environments. *Journal of Business Research*, 47, 27-33.
- Colquitt, J.A. (2001). On the dimensionality of organizational justice : a construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Édition Seuil, Paris, 436 pp.
- Cyert, R.M. & March, J. (1963). A summary of basic concepts in the behavioral theory of the firm, *A behavioral Theory of the firm*, Prentice-Hall, New Jersey, p. 114-127, 251 pp.
- Denis, J.-L. (2002). Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude numéro 36*, 30 pp.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-836.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Lozeau, D. (1991). Formal strategy in public hospitals. *Long Range Planning*, 24(1), 71-82.

- Dufour, Y., & Lamothe, L. (1999). Les approches au changement dans les systèmes de santé. Dans Bégin, C. *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*. Les Presses de l'Université de Montréal, p. 313-339.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., et Sowa, D. (1986). Perceived organisational support. *Journal of applied psychology*, 71(3), 500-507.
- Eisenhardt, K.M. (1999). Strategy as strategic decision making. *Sloan Management Review*, 40(3), 65-72.
- Eisenhardt, K.M., & Zbaracki, J. (1992). Strategic decision making. *Strategic Management Journal*, 13, 17-37.
- Forrester, R. (2000). Empowerment : rejuvenating a potent idea. *Academy of management executive*, 14(3), 67-80.
- Francis, D., Bessant, J., et Hobday, M. (2003). Managing radical organisational transformation, *Management Decision*, 41(1), 18-31.
- French, J.R.P., & Bell (1999). *Organization development: behavioral science interventions for organization improvement*, sixième édition. Édition Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, 343 pp.
- Friedman, L., & Goes, J. (2001). Why integrated health networks have failed. *Frontiers of Health Services Management*, 17(4), 3-54.
- Galbraith, J.R. (2002). Getting started. Dans Galbraith, J., *Designing organizations: An executive briefing on strategy, structure, and process* (pp. 1-17). San Francisco : Jossey-Bass.
- Galbraith, J.R. (1995). *Designing organizations : An executive briefing on strategy, structure, and process*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Genest, B.-A., et Nguyen, T.H. (2002). *Principes et techniques de la gestion de projets, troisième édition*, Les Éditions Sigma Delta enr., Laval, Qc, 448 pp.
- Ghoshal, S. & Bartlett, C.A. (1996). Rebuilding behavioural context: A blueprint for corporate renewal. *Sloan Management Review*, 37(2), 23-35.
- Ghoshal, S. & Bartlett, C.A. (1995). Changing the role of top management: Beyond systems to people. *Harvard Business Review*, janvier-février, 86-96.
- Hafsi, T. (1985). Du management au métamanagement : les subtilités du concept de stratégie. *Gestion, revue internationale de gestion*, 10(1), 6-14.
- Hafsi, T., Séguin, F., & Toulouse, J.-M (2000). Le changement et la stratégie : un tour d'horizon. Dans Hafsi, T., *La stratégie des organisations : une synthèse* (pp. 593-615). Montréal : Les éditions Transcontinental inc.

- Kirkman, B.L. et Rosen, B. (1999). Beyond self-management : antecedents and consequences of team empowerment. *Academy of management journal*, 42(1), 58-74.
- Labregere (2005). *Manager débutant : réussir en 80 jours*, Éditions d'Organisation, Paris, 176 pp.
- Langley, A. (1997). L'étude des processus stratégiques : défis conceptuels et analytiques. *Management International*, 2(1), 37-50.
- Langley, A, Mintzberg, H., Pitcher, P., Posada, E., & Saint-Macary, J. (1995). Opening up decision making: The view from the black stool. *Organization Science*, 6(3), 260-279.
- Luc, D., & Rondeau, A. (2002). La mise en place d'une gestion par programmes : impacts sur les rôles, responsabilités et rapports d'influence. Le cas de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. *Interactions*, 6(2), 27-41.
- Luc, D., & Rondeau, A. (2002). La restructuration par programmes-clientèles à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont : une étude diachronique de cette transformation. *Gestion, revue internationale de gestion*, 27(3), 33-41.
- Mayer, R.C, Davis, J.H. et Schoorman, F.D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of management review*, 20(3), 709-734.
- McAllister, D.J. (1995). Affect- and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. *Academy of management journal*, 36(1), 24-59.
- Mekhilef, M. & Le Cardinal, J.S. (2005). A pragmatic methodology to capture and analyse decision dysfunctions in development projects. *Technovation*, 25, 407-220.
- Mintzberg, H., Raisinghani, D., & Théoret, A. (1976). The structure of unstructured decision processes. *Administrative Science Quarterly*, vol. 21(2), 246-275.
- Mintzberg, H., Waters, J.A. (1985). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic Management Journal*, 6(3), 257-272.
- Mintzberg, H. (1990). Les configurations dérivées: Combinaisons des attributs fondamentaux des différents types d'organisations. Dans Mintzberg, H., *Le management : Voyage au centre des organisations* (pp. 149-175), Éditions d'Organisation.
- Mintzberg, H. (1990). The design school : reconsidering the basic premises of strategic management. *Strategic Management Journal* 11(3), 171-195.
- Morgan, G. (1999). *Images de l'organisation*, 2ième édition. Presses de l'Université Laval, Québec, 498 pp.

O'Reilly, C. et Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behaviour. *Journal of applied psychology*, 71(3), 492-499.

Ostrof, F. (2000). *L'entreprise horizontale*. Paris: Dunod (traduction de *The Horizontal Organization*, Oxford University Press, 1999). Chap. 3: L'entreprise horizontale n'est pas simplement "plate", p. 63-80.

Pettigrew, A.M. (1992). The character and significance of strategy process research. *Strategic Management Journal*, 13, 5-16.

Pinfield, L.T. (1986). A field evaluation of perspectives on organizational decision making. *Administrative Science Quarterly*, 31(3), 365-388.

Quinn, B.J. (1989). Strategic Change: "Logical Incrementalism". *Sloan Management Review*, 30(4), 45-60.

Rhoades et Eisenberger (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of applied psychology*, 87(4), 698-714.

Rondeau, A. (2002). *Transformer l'organisation. Vers un modèle de mise en œuvre*. in : Jacob, Réal; Rondeau, Alain; Luc, Danielle. (Dir.), *Transformer l'organisation – La gestion stratégique du changement. Gestion – Revue internationale de gestion, Collection Racines du savoir*, Montréal, p. 91-112.

Rondeau, A., Jacob, R., et Luc, D. (2002). Comprendre et apprécier les dimensions critiques d'une transformation majeure. Dans *Transformer l'organisation: la gestion stratégique du changement*. *Gestion Revue internationale de gestion*, numéro spéciale, 2002.

Roy, M., et Audet, M. (2003). La transformation vers de nouvelles formes d'organisation plus flexibles: un cadre de référence. *Gestion*, 27(4), 43-49.

Schweikhart, S., & Smith-Daniels, V. (1996). Reengineering the work of caregivers: Role redefinition, team structures, and organizational redesign. *Hospital & Health Services Administration*, 41(1).

Tucker, B.A., & Russel, R.F. (2004). The influence of the transformational leader. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 10(4), 103-111.

Van de Ven, A.H., & Poole, M.S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 20(3), 510-540.

Van de Ven, A.H. (1992). Suggestions for studying strategy process: a research note. *Strategic management journal*, 13, édition spéciale d'été, 169-188.

Yin, R.K. (2003). *Case study research: Design and methods*, 3ième édition. Édition Sage, Thousands Oaks, London, 181 pp.

ANNEXE A : LES ENTREVUES

COURRIEL D'INTRODUCTION

Depuis presque trois ans, le Centre d'études en transformation des organisations (CETO), réalise des travaux en collaboration avec la direction générale et le comité de régie du CHUM.

La présente recherche a pour objectif d'améliorer la connaissance sur le processus de décision stratégique en utilisant les décisions du comité de régie au sujet de la gestion par programmes-clientèles, depuis ses débuts en 2002, jusqu'à l'adoption du « livre vert » au printemps 2005. Plusieurs parties prenantes ont exprimé, par différents moyens, tantôt leur appui, tantôt leur désaccord, à l'égard de cette transformation. De multiples rencontres, formelles ou informelles, ont permis d'en arriver à faire des choix. Nous sommes donc intéressés à comprendre les événements, les activités et les choix qui ont eu un impact sur le processus décisionnel mentionné précédemment et à comparer le tout à ce que nous apprend la recherche sur ces questions.

Les résultats de cette étude permettront d'enrichir les connaissances sur le sujet et pourront éventuellement être utiles pour l'amélioration du processus décisionnel stratégique au CHUM. Les résultats permettront également la rédaction d'un mémoire de M.Sc. et la publication éventuelle d'un ou de plusieurs articles de recherche.

Par conséquent, votre participation à une entrevue d'environ 60 minutes serait des plus appréciée. L'entrevue portera principalement sur les éléments suivants du processus décisionnel : l'organisation, le démarchage politique, la mobilisation des parties prenantes et la cohérence avec la culture CHUM existante.

Afin de maximiser l'efficacité de la rencontre, vous êtes convié à consulter les deux documents en pièce jointe, soient :

1. Les questions d'entrevue;
2. L'histoire de cas du processus décisionnel stratégique à l'étude, élaboré principalement à partir des comptes-rendus et autres documents internes au CHUM.

Je communiquerai avec vous sous peu, les acteurs du comité de régie qui ont été membres d'au moins deux comités (comité de pilotage et ses sous-comités) sur la GPPC, afin de convenir du meilleur moment pour réaliser l'entrevue.

Veuillez agréer, l'expression de mes sentiments distingués.

Ann Audy
Étudiante à la M.Sc. option management
HEC Montréal

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Ayant été approché(e) pour participer au projet de recherche décrit dans ce formulaire de consentement, veuillez lire attentivement le texte qui suit. N'hésitez pas à poser au chercheur qui vous a remis le présent formulaire toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, avant de prendre votre décision finale. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, ce chercheur conservera le formulaire que vous aurez signé et il vous en remettra une copie.

Titre de la recherche: Comprendre le processus décisionnel stratégique à travers les différents acteurs d'une mise en œuvre d'une transformation organisationnelle majeure : le cas du CHUM

Identification des membres de l'équipe de recherche :

Chercheur principal: Ann Audy, étudiante à la M.Sc. option management

Directeur du mémoire: Alain Rondeau, Professeur titulaire

Brève description du projet de recherche :

La présente recherche a pour objectif d'apporter un éclairage sur le processus de décision stratégique du comité de régie au sujet de la gestion par programmes-clientèles, depuis ses débuts en 2002, jusqu'à l'adoption, par le comité de régie, du « livre vert » au printemps 2005. Nous sommes donc intéressés à comprendre les événements, les activités et les choix qui ont eu un impact sur ce processus décisionnel. Les résultats de cette étude permettront d'enrichir les connaissances sur le fonctionnement d'un processus décisionnel stratégique, ce qui pourra éventuellement être utile au fonctionnement du Comité de Régie du CHUM. Les résultats permettront également la rédaction d'un mémoire de M.Sc. et la publication éventuelle d'un ou de plusieurs articles de recherche. Par conséquent, votre participation à une entrevue enregistrée d'environ 60 minutes serait des plus appréciée. L'entrevue portera principalement sur les événements ayant entouré le processus décisionnel autour de la mise en œuvre de la GPPC.

Respect des principes éthiques :

Soyez assuré(e) que toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. Ainsi, toutes les personnes pouvant avoir accès à cette information, c'est-à-dire mon directeur de recherche, une étudiante de M.Sc., une professionnelle de recherche et moi-même ont signé un engagement de confidentialité. La cassette contenant l'enregistrement et sa transcription sera conservée dans un lieu sécuritaire. *Pour l'ensemble des documents ou articles de recherche produits à la suite de cette étude, nous pourrions reprendre certains de vos propos sans toutefois citer votre nom. Par contre, le nom de votre entreprise pourra être cité. Il est donc possible qu'un intervenant externe à l'étude puisse effectuer des recoupements et ainsi obtenir votre nom. Nous estimons cependant que, compte tenu de la nature des informations demandées, cette possibilité d'identification ultérieure ne devrait pas vous causer préjudice. Cela ne devrait pas non plus vous profiter directement.*

Enfin, bien que la direction de votre entreprise ait donné son accord à la tenue de cette recherche et nous ait fourni votre nom, vous ne devez, en aucun cas, vous sentir obligé d'y participer et nous vous assurons que votre décision ne sera pas communiquée à votre employeur. Votre participation doit être totalement volontaire.

Signature du participant :

Ayant lu et compris le texte ci-dessus et ayant eu l'opportunité de recevoir des détails complémentaires sur l'étude, je consens à participer à une entrevue dirigée par Ann Audy.

Je sais que je peux refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions si j'en décide ainsi. Il est aussi entendu que je peux demander de mettre un terme à la rencontre, ce qui annulera mon consentement et interdira au chercheur d'utiliser l'information recueillie jusque-là.

Prénom et nom du participant à l'entrevue :

Signature du participant : _____ Date (jj/mm/aaaa) :

DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE

INTRODUCTION

- Merci d'avoir répondu à l'invitation
- Explications du but de l'étude et du déroulement de l'entrevue
- Prise de connaissance du formulaire de consentement
- Réactions et corrections par rapport à l'histoire de cas
- Questions sur les quatre thèmes principaux : l'organisation, le démarchage politique, la mobilisation des parties prenantes et la cohérence avec la culture CHUM existante.
- Conclusion
- Merci pour votre contribution et votre temps

QUESTIONS RELATIVES À L'HISTOIRE DE CAS

1. Comment réagissez-vous aux informations présentées ? Quels sentiments la lecture du cas a-t-elle suscités ?
2. Maintenant que vous avez lu le cas, est-ce que vous reconnaissez la situation que vous avez vécue à travers les informations qui ont été présentées?
 - a. Fidèle à la réalité ?
 - b. Objective ?
 - c. Complète ?
 - d. Approfondie ?
 - e. Quels sont les correctifs que vous apporteriez ?
3. À votre avis, quels ont été les éléments déterminants du processus décisionnel ?
 - a. Événements importants ?
 - b. Activités déterminantes ?
 - c. Choix décisifs ?
 - d. Difficultés rencontrées ?
 - e. Blocages ?
 - f. Facteurs atténuants ?

g. Conflits ?

4. Selon vous, qu'est-ce qui a permis d'avoir du succès ?
5. À votre avis, de quelle façon les autres projets du CHUM (ex.: volet 3, CHUM 2010, etc.) ont-ils eu un impact dans les choix qui ont été faits par rapport à la GPPC ?
 - a. Quels sont les éléments contextuels (internes ou externes) qui ont influencé le processus décisionnel ?
 - b. De quelle façon ces éléments ont-ils eu un impact sur le processus décisionnel ?
6. Selon vous, qui étaient les acteurs clés ? Pourquoi ?

QUESTIONS RELATIVES AUX QUATRE THÈMES

7. À votre avis, est-ce que la démarche était bien organisée ? Pourquoi ?
 - a. Choix des personnes ?
 - b. Planification des tâches ?
 - c. Coordination des activités ?
 - d. Rapport avec les autres instances (comité de pilotage et ses sous-comités, conseil d'administration, etc.) ?
 - e. Rendre compte sur l'avancement du projet ?
8. Selon vous, est-ce que la démarche était mobilisante ? Pourquoi ?
 - a. Qu'est-ce qui était motivant et satisfaisant ? Pourquoi ?
 - b. Qu'est-ce qui ne l'était pas ? Pourquoi ?
9. D'après vous est-ce que la démarche était politisée ? Pourquoi ?
 - a. Quels mécanismes ou tactiques politiques étaient utilisés (négociation, coalition, etc.)
10. À votre avis, est-ce que le processus décisionnel était cohérent avec la culture CHUM ?
 - a. Vision du CHUM ?

b. Valeurs importantes ?

CONCLUSION

11. Si c'était à refaire, qu'est-ce qui devrait être fait différemment ?
12. En quelques mots, comment résumez-vous votre expérience par rapport au processus décisionnel ?

**ANNEXE B : LES CRITÈRES DE SÉLECTION DES
PROGRAMMES AU 19 JUIN 2003 ET AU 20 NOVEMBRE 2003**

| LES CRITÈRES DE SÉLECTION DES PROGRAMMES AU 19 JUIN 2003 (<i>Document sur le « Profil des clientèles types et identification des programmes-clientèles », 18 juin 2003</i>) | LES CRITÈRES DE SÉLECTION DES PROGRAMMES AU 20 NOVEMBRE 2003 (<i>Présentation du comité de pilotage de la GPPC au comité de régie, 20 novembre 2003</i>) |
|--|---|
| <p><i>Critères principaux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Par système physiologique ou anatomique;</i> • <i>Par domaine d'activités de soins démontrant des similitudes dans la démarche thérapeutique du patient;</i> • <i>Par complémentarité des ressources favorisant la formation d'équipes multidisciplinaires;</i> • <i>Par regroupement d'activités d'enseignement complémentaires;</i> • <i>En fonction d'une masse critique de patients et de volume d'activités semblables;</i> • <i>En fonction d'une masse critique de ressources humaines, matérielles et financières.</i> <p><i>Critères secondaires :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Par spécialité médicale (ex.: psychiatrie);</i> • <i>En cohérence avec les opportunités et objectifs stratégiques de transition vers un site unique;</i> • <i>En fonction d'un nombre limité de programmes afin d'éviter le cloisonnement de services ou le fractionnement à l'infini (nombre maximum de 13 programmes)</i> | <p><i>Critères de clientèles :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pathologies similaires;</i> • <i>Système anatomique ou physiologique.</i> <p><i>Critères de soins :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hospitaliers et ambulatoires;</i> • <i>Amont et aval;</i> • <i>Volumes comparables.</i> <p><i>Critères relatifs au personnel :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Masse critique de ressources humaines;</i> • <i>Interdisciplinarité;</i> • <i>Synergie.</i> <p><i>Critères d'organisation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Recherche et enseignement;</i> • <i>Ressources communes;</i> • <i>Nombre limité.</i> |

ANNEXE C : IDENTIFICATION DES PROGRAMMES AU 18

JUIN 2003

| IDENTIFICATION DES PROGRAMMES (tiré de « Profil des clientèles types et identification des programmes-clientèles, 18 juin 2003) | |
|---|--|
| 1. Programme sciences neurologiques <ul style="list-style-type: none"> • Neurologie • Neurovasculaire • Neurochirurgie • Neuroradiologie • Neuropathologie | 8. Programme locomoteur <ul style="list-style-type: none"> • Rhumatologie • Orthopédie • Physiatrie • Douleur • Plastie |
| 2. Programme hématologie-oncologie <ul style="list-style-type: none"> • Hématologie • Hémato-oncologie • Radio-oncologie • Chirurgie générale (sein, peau) • Soins palliatifs | 9. Programme gynécologie et grossesse <ul style="list-style-type: none"> • Gynécologie générale et oncologique • Obstétrique • Néonatalogie • Médecine obstétricale |
| 3. Programme digestif <ul style="list-style-type: none"> • Gastro-entérologie • Hépatologie • Chirurgie digestive • Chirurgie hépato-biliaire • Greffe de foie | 10. Programme allergie-dermatologie-endocrinologie <ul style="list-style-type: none"> • Allergie et immunologie • Dermatologie • Endocrinologie • Chirurgie endocrinienne |
| 4. Programme rénal et urinaire <ul style="list-style-type: none"> • Néphrologie/dialyse • Urologie • Greffe rénale | 11. Programme désintoxication-gériatrie-infectiologie-médecine familiale-médecine interne <ul style="list-style-type: none"> • Désintoxication • Infectiologie • Médecine familiale • Médecine interne • Gériatrie |
| 5. Programme psychiatrie et santé mentale <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie | 12. Programme ophtalmologie-ORL-stomatologie <ul style="list-style-type: none"> • ORL • Ophtalmologie • Stomatologie |
| 6. Programme respiratoire <ul style="list-style-type: none"> • Pneumologie • Chirurgie thoracique • Greffe pulmonaire | 13. Programme urgence et soins critiques <ul style="list-style-type: none"> • Soins intensifs • Urgence • Grands brûlés |
| 7. Programme cardiovasculaire <ul style="list-style-type: none"> • Cardiologie • Chirurgie cardiaque • Chirurgie vasculaire • Hypertension artérielle • Médecine vasculaire • Unité coronarienne | |

**ANNEXE D : IDENTIFICATION DES PROGRAMMES AU 13
JANVIER 2005**

| IDENTIFICATION DES PROGRAMMES AU 13 JANVIER 2005 (Tiré du compte-rendu de la réunion conjointe du comité de pilotage et du SCAP du 13 janvier 2005): | |
|--|---|
| Option 1 | Option 2 |
| Gynécologie - obstétrique | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gynécologie générale • Gynécologie spécialisée • Médecine obstétricale • Néonatalogie | |
| Psychiatrie et santé mentale | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie • Urgences psychiatriques | |
| Oncologie et hématologie | |
| <ul style="list-style-type: none"> • CRID • Gynécologie oncologique • Hématologie • Hémato-oncologie • Radio-oncologie • Soins palliatifs | |
| Soins critiques (nouveau titre requis) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Centre de réimplantation • Dons d'organes et tissus • Grands brûlés • Transplantation (rénale, pulmonaire, pancréatique, hépatique) | |
| Médecine environnementale | Médecine contemporaine |
| <ul style="list-style-type: none"> • Désintoxication • Gériatrie • Infectiologie • Médecine familiale • Médecine interne • UHRESS | <ul style="list-style-type: none"> • Désintoxication • Gériatrie • Infectiologie • Médecine familiale • Médecine interne • UHRESS |
| Cardio | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cardiologie (incluant hémodynamie, et électrophysiologie) • Chirurgie cardiaque • Unité coronarienne | |
| Sciences neurologiques | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Neurochirurgie • Neurologie • Neurovasculaire | |
| Locomoteur | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Physiatrie • Dermatologie • Orthopédie • Rhumatologie | |
| Médecine (titre requis) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Endocrinologie • Néphrologie | |
| Médecine (titre requis) | Médecine environnementale |
| <ul style="list-style-type: none"> • Allergie et immunologie • Pneumologie | <ul style="list-style-type: none"> • Allergie et immunologie • Pneumologie |
| Digestif | Médecine digestive |
| <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie digestive • Chirurgie hépato-biliaire • Gastro-entérologie | <ul style="list-style-type: none"> • Gastro-entérologie • Hépatologie |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hépatologie | |
| Regroupement services chirurgicaux | Services chirurgicaux |
| <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie générale • Chirurgie thoracique • Chirurgie vasculaire • Ophtalmologie • ORL • Plastie générale (autres) • Stomatologie • Urologie | <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie digestive • Chirurgie générale • Chirurgie hépato-biliaire • Chirurgie thoracique • Chirurgie vasculaire • Ophtalmologie • ORL • Plastie générale (autres) • Stomatologie (ou ophtalmologie) • Urologie |
| Composantes déplacées dans les services transversaux | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Soins intensifs • Urgence • Regroupement : bloc opératoire, salle de réveil, chirurgie d'un jour, pré-admission | |