

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES COMMERCIALES
AFFILIÉE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**LES IMPACTS DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE
SUR LA PERFORMANCE DES PROCESSUS DE PRISE
DE DÉCISION DANS LES RÉGIES RÉGIONALES
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

par
Stéphane Guérard

Sciences de la gestion

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences
(M.Sc.)

août 2003
© Stéphane Guérard, 2003

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES COMMERCIALES
AFFILIÉE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Ce mémoire intitulé :
Les impacts de la structure organisationnelle
sur la performance des processus de prise
de décision dans les régies régionales
de la santé et des services sociaux

présenté par :
Stéphane Guérard

a été évalué par un jury composé
des personnes suivantes :

Réal Jacob : président-rapporteur
Ann Langley : directrice de recherche
Jean-Louis Denis : examinateur externe

Mémoire accepté le : 23 septembre 2003

SOMMAIRE

Le principal objectif de ce mémoire est de mettre en lumière les impacts de la structure organisationnelle sur la performance des processus de prise de décision dans deux régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec. Dans le but de faire un pas de plus dans notre compréhension de ce phénomène, nous postulons que l'efficacité et l'efficacités des processus de prise de décision varient en fonction de la relation de contingence qui s'établit entre le type de structure organisationnelle et le degré de complexité des dossiers qu'elle doit traiter.

Sur la base de ce dernier postulat, nous érigeons une série de quatre hypothèses complémentaires qui tiennent compte de la complexité des dossiers. La première hypothèse stipule que les dossiers complexes seront traités par des processus plus efficaces dans une structure matricielle que dans une structure fonctionnelle alors que la seconde hypothèse énonce que les dossiers plus complexes seront traités par des processus moins efficaces dans une structure matricielle que dans une structure fonctionnelle. Notre troisième hypothèse suggère que les dossiers peu complexes seront traités par des processus plus efficaces dans une structure fonctionnelle que dans une structure matricielle. Enfin, la quatrième hypothèse postule que les dossiers peu complexes seront traités par des processus de même efficacité et ce, indépendamment du type de structure.

Ces hypothèses de recherche sont mises à l'épreuve par six études de cas rédigées à partir de l'histoire de trois dossiers communs aux deux régions régionales et présentant un degré de complexité croissant.

Nos résultats de recherche suggèrent que la région régionale possédant les paramètres de conception d'une structure matricielle (adhocratique) est plus efficace et plus efficace que la région régionale ayant une structure fonctionnelle et ce, peu importe le niveau de complexité des dossiers. Cette tendance est marquée pour les dossiers touchant aux « orientations ministérielles en matière

de planification des naissances » ainsi qu'aux « stratégies de libération des lits de courte durée » dans les Centres hospitaliers. Par ailleurs, aucune différence de performance n'a été notée entre les deux régions régionales au niveau du « Programme québécois de dépistage du cancer du sein ».

L'utilisation de la perspective de la contingence, qui ne considère dans notre étude que les paramètres de conception de la structure (Mintzberg, 1979) et le niveau de complexité des dossiers, ne s'avère pas suffisamment puissante pour pouvoir prédire la performance des processus de prise de décision des régions régionales. Il serait judicieux que les futures recherches considèrent, dans un rapport dialectique, un plus grand ensemble de variables afin de mieux saisir la dynamique qui anime la performance des processus de prise de décision. C'est dans cette optique que nous proposons, à partir de nos observations, un modèle théorique alternatif qui tient compte à la fois des caractéristiques des acteurs (Bouchikhi, 1990), de la culture organisationnelle (Tunstall, 1985), de l'environnement politico-administratif (Mintzberg, 1979), du type de structure (Mintzberg, 1979), des caractéristiques des processus de prise de décision (Mintzberg, 1976; Hickson, 1986; Nutt, 1984) ainsi que du niveau de complexité et du caractère politique des dossiers (Hickson, 1986) comme *prédicteurs* de l'efficacité et de l'efficacités (Nutt, 2000, 2002) des processus de prise de décision.

Même si nos résultats suggèrent que la structure adhocratique (matricielle aplatie) s'avère plus efficiente et plus efficace dans le traitement des dossiers, cela n'implique pas pour autant que les régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec doivent nécessairement s'orienter vers ce type de modèle d'organisation. Cependant, pour les régions régionales qui évoluent dans un environnement dynamique, c'est-à-dire imprévisible et juché de crises politiques, une structure plus flexible organisée autour de programme-clientèle (Charns et Tewksbury, 1993) peut s'avérer judicieux. D'autre part, avec la nouvelle Loi sur la gouverne, les p.-d.g., étant imputables des résultats de l'organisation, auront probablement tendance à vouloir centraliser les processus de prise de décision. Pour les régions régionales évoluant dans des environnements complexes, cette centralisation peut s'avérer plus nocive que

bénéfique pour la performance de leur organisation. En effet, nos études de cas suggèrent que la décentralisation verticale vers les professionnels augmente la performance des processus de prise de décision. Par conséquent, plutôt que de centraliser les processus, les dirigeants dont l'organisation évolue dans des environnements complexes auraient avantage à laisser une plus grande autonomie aux professionnels tout en les rendant, par ailleurs, imputables de leurs résultats.

À mes parents.

“Water fills up all the empty places on the earth and clings fast to it. The social organization of ancient China was based on this principle of the holding together of dependents and rulers. Water flows to unite with water, because all parts of it are subject to the same laws. So too should human society hold together through a community of interests that allows each individual to feel himself a member of a whole.”

- I Ching

REMERCIEMENTS

Sans le soutien tant intellectuel que financier ainsi que la grande disponibilité dont ma directrice de recherche a fait preuve, ce mémoire ne serait pas ce qu'il est. C'est pourquoi je tiens à lui exprimer toute ma gratitude pour ce qu'elle a fait et été pour moi dans ce processus d'apprentissage. Je remercie également le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) qui a accepté, avec l'appui inconditionnel de ma directrice, de financer ce mémoire.

J'adresse aussi tout particulièrement des remerciements au p.-d.g. d'une des régies régionales qui a fait preuve d'une disponibilité exceptionnelle compte tenu de son emploi du temps ainsi qu'au directeur du développement de l'organisation de l'autre régie régionale pour son empressement à répondre à mes questions. Je remercie également tous les répondants qui ont accepté de participer à ma recherche.

En plus d'être une entreprise intellectuelle d'envergure, l'écriture d'un mémoire sollicite l'engagement du chercheur dans toute son ontologie. C'est pourquoi, le soutien de son entourage est important. En ce sens, je tiens à remercier mes parents qui m'ont toujours appuyé dans mes différentes entreprises ainsi que Diana Romero sans qui ma vie, pendant la rédaction de ce mémoire, n'aurait pas été aussi exceptionnelle. Je remercie également Élisabeth Cognard pour son soutien à différents niveaux ainsi que Martin Veillette et Allison Marchildon pour leurs précieux conseils.

Je tiens à souligner la gentillesse et le bon jugement de Sylvia Céacéro du Service aux étudiants qui m'a gracieusement encouragé financièrement. En ce sens, je remercie également HEC Montréal pour son soutien. Finalement, sans mon expérience de travail dans une régie régionale de la santé et des services sociaux du Québec qui a été rendu possible grâce au Centre d'études en transformation des organisations, ce mémoire n'aurait pas eu la même saveur. C'est pourquoi je désire remercier Danielle Luc et Alain Rondeau pour m'avoir donné l'opportunité d'y travailler.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	II
REMERCIEMENTS	VI
TABLE DES MATIÈRES	VII
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	XI
LISTE DES ABBRÉVIATIONS	XIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : LA LITTÉRATURE	4
1.1 La structure	4
1.1.1 Les Théoriciens classiques et le « one best way »	4
1.1.2 La perspective de la contingence	7
1.1.3 Les théories configurationnelles	13
1.1.4 L'essence de la structure	14
1.2 La prise de décision	15
1.2.1 Rationalité et rationalité limitée	15
1.2.2 Les modèles politiques	18
1.2.3 Le modèle du « Garbage can »	20
1.2.4 La validité de ces trois types de modèles	21
1.3 La structure et la prise de décision	22
1.3.1 Les canons de la littérature	23
1.3.2 Des relations explicites supportées empiriquement	25
1.3.3 Des relations explicites théoriques	28
1.3.4 Un retour à l'empirisme	32
1.3.5 Une synthèse	34
CHAPITRE 2 : LA PROBLÉMATIQUE	37
2.1 L'épistémologie	37
2.1.1 Le positivisme	38
2.1.2 La phénoménologie	38
2.2 Les paradigmes	39
2.2.1 Le fonctionnalisme	39
2.2.2 Le paradigme critique	40
2.3 Les grands courants en management	41

2.3.1	L'universalisme	41
2.3.2	La perspective de la contingence	41
2.3.3	Les théories configurationnelles	42
2.4	Le modèle théorique	42
2.4.1	Le modèle théorique	42
2.4.2	Une récapitulation	44
CHAPITRE 3 : LE MODÈLE D'ANALYSE		46
3.1	La structure	46
3.2	La complexité du dossier	50
3.3	Les processus de prise de décision	50
3.4	Performance : efficience et efficacité	51
3.5	Les hypothèses de recherche	53
CHAPITRE 4 : LA MÉTHODOLOGIE		56
4.1	L'étude de cas	56
4.2	Le terrain : deux régions régionales	56
4.3	La sélection des dossiers	57
4.3.1	La complexité des dossiers	58
4.3.2	L'âge des dossiers	61
4.4	Les sources des données	63
4.5	La sélection des répondants	65
4.6	L'analyse des résultats	66
4.7	Quelques limites méthodologiques...	67
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES STRUCTURES		69
5.1	La structure formelle de la Régie foncadhoc	69
5.1.1	Conception de la superstructure	69
5.1.2	Conception des postes	73
5.1.3	Conception des liens latéraux	76
5.1.4	Conception du système de prise de décision	79
5.1.5	Une structure hybride : une bureaucratie mécaniste adhocratique	82
5.2	La structure formelle de la Régie adhoc	84
5.2.1	Conception de la superstructure	86
5.2.2	Conception des postes	88
5.2.3	Conception des liens latéraux	91

5.2.4	Conception du système de prise de décision	94
5.2.5	Une adhocratie opérationnelle	96
5.3	Analyse comparative des structures des deux régies régionales	97
5.3.1	L'aplatissement de la structure	97
5.3.2	Regroupement des unités et mécanisme de liaison	99
5.3.3	La décentralisation verticale	100
CHAPITRE 6 : ÉTUDES DE CAS ET ANALYSES		102
6.1	L'organisation des services en matière de planification des naissances	102
6.1.1	Études de cas : L'organisation des services en matière d'IVG au sein de la Régie foncadhoc	103
6.1.2	Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie foncadhoc	116
6.1.3	Évaluation du processus de prise de décision	119
6.1.4	Études de cas : L'organisation des services en matière d'IVG au sein de la Régie adhoc	122
6.1.5	Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie adhoc	130
6.1.6	Évaluation du processus de prise de décision	132
6.1.7	Conclusion : Les impacts différentiels de la structure d'une Régie foncadhoc et d'une Régie adhoc sur l'organisation des services en matière d'IVG	136
6.2	Programme québécois de dépistage du cancer du sein	143
6.2.1	Étude de cas : La Régie foncadhoc et le PQDCS	144
6.2.2	Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie foncadhoc	153
6.2.3	Évaluation du processus de prise de décision	155
6.2.4	Études de cas : La Régie adhoc et le PQDCS	159
6.2.5	Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie adhoc	167
6.2.6	Évaluation du processus de prise de décision	170
6.2.7	Conclusion : Les impacts différentiels de la structure des deux régies régionales sur le déploiement du PQDCS	174
6.3	Les stratégies de libération des lits de courte durée dans les CH	179
6.3.1	Études de cas : Les stratégies de libération des lits courte durée orchestrées par la Régie foncadhoc	179
6.3.2	Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie foncadhoc	187
6.3.3	Évaluation du processus de prise de décision	189
6.3.4	Études de cas: Les stratégies de libération des lits de courte durée orchestrées par la Régie adhoc	193
6.3.5	Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie adhoc	202
6.3.6	Évaluation du processus de prise de décision	204
6.3.7	Conclusion : Les impacts différentiels des deux régies régionales sur les stratégies de libération des lits de courte durée	208
CHAPITRE 7 : CONCLUSION ET IMPLICATIONS		214
7.1	Les hypothèses mises à l'épreuve	214
7.1.1	Un dossier complexe, une adhocratie plus efficace?	215
7.1.2	Un dossier complexe, une adhocratie moins efficiente?	216

7.1.3	Un dossier peu complexe, une structure fonctionnelle plus efficiente?	216
7.1.4	Un dossier peu complexe, une efficacité identique pour les deux structures?	217
7.1.5	Que retient-on de la performance des régies régionales?	218
7.2	L'influence de la structure sur le déploiement des processus de prise de décision	219
7.2.1	Les effets de la structure à la Régie foncadhoc	219
7.2.2	Les effets de la structure à la Régie adhoc	224
7.3	Des explications alternatives qui affectent la performance	227
7.3.1	Les caractéristiques des acteurs	227
7.3.2	Culture de l'organisation	228
7.3.3	Environnement politico-administratif	230
7.3.4	Nos critères d'évaluation	232
7.4	Un modèle théorique alternatif	232
7.5	Implications pour la recherche	235
7.6	Implications pour les gestionnaires	238
	BIBLIOGRAPHIE	244
	ANNEXES	249

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : La structure mécanique et la structure organique de Burns et Stalker	10
Tableau 2 : Types de processus de prise de décision en fonction de la propriété et des buts de l'organisation selon Hickson	26
Tableau 3 : La prise de décision la plus efficiente pour le type de structure selon Thompson et Tuden	30
Tableau 4 : Les impacts de la structure sur les processus de prise de décision selon Fredrickson	32
Tableau 5 : Synthèse des apports théoriques de Langley, Fredrickson, Shrivastava, Thompson et Tuden	35
Schéma 1 : Les composantes de notre modèle théorique	43
Tableau 6 : Les neuf paramètres de conception de Mintzberg et les indicateurs qui s'y rattachent	49
Tableau 7 : Le degré de complexité et le caractère politique des dossiers	59
Tableau 8 : Âge du dossier « Stratégies de libération des lits de courte durée »	62
Tableau 9 : Âge du dossier « Programme québécois de dépistage du cancer du sein »	62
Tableau 10 : Âge du dossier « Planification des naissances en matière d'interruption volontaire de grossesse »	63
Tableau 11 : Nombre de répondants par dossier pour chaque régie régionale	65
Schéma 2 : Organigramme de la Régie foncadhoc	70
Tableau 12 : Nombre d'employés par direction et poids relatif	73
Tableau 13 : Similitudes entre la bureaucratie mécaniste et la Régie foncadhoc	83
Tableau 14 : Similitudes entre l'adhocratie et la Régie foncadhoc	83
Schéma 3 : Organigramme de la Régie adhoc	85
Tableau 15 : Nombre d'employés par direction et poids relatif	88
Tableau 16 : Similitudes entre la Régie adhoc et l'adhocratie opérationnelle	97
Tableau 17 : Comparaison de la structure des deux régies régionales	98
Tableau 18 : Échelle de satisfaction des répondants	121
Tableau 19 : Évaluation de la performance de la Régie foncadhoc par rapport au volet d'IVG	122
Tableau 20 : Efficience en terme du temps écoulé entre l'autorisation de la décision et le moment de l'implantation	133
Tableau 21 : Échelle de satisfaction des répondants	135
Tableau 22 : Évaluation de la performance de la Régie adhoc (IVG)	136
Tableau 23 : Comparaison de la performance de la Régie foncadhoc et de la Régie adhoc en matière d'IVG	138
Tableau 24 : Nombre moyen de jours écoulés entre le début du processus et l'autorisation de la décision	156

Tableau 25 : Nombre moyen de jours nécessaires pour la désignation des CDD	156
Tableau 26 : Nombre moyen de jours nécessaires pour la désignation des CRID	157
Tableau 27 : Échelle de satisfaction des répondants	158
Tableau 28 : Évaluation de la performance de la Régie foncadhoc par rapport au PQDCS	159
Tableau 29 : Nombre de jours écoulés entre le début du processus et l'autorisation de la décision	171
Tableau 30 : Nombre moyen de jours nécessaires pour la désignation des CDD	171
Tableau 31 : Nombre moyen de jours nécessaires pour la désignation des CRID	172
Tableau 32 : Échelle de satisfaction des répondants	172
Tableau 33 : Évaluation de la performance de la Régie adhoc par rapport au PQDCS	174
Tableau 34 : Comparaison des performances des régies régionales	176
Tableau 35 : Échelle de satisfaction des répondants	191
Tableau 36 : Évaluation de la performance de la Régie foncadhoc (SLLCD)	193
Tableau 37 : Nombre de jours qui sépare le moment où le processus a débuté et chacune des deux autorisations	205
Tableau 38 : Nombre moyen de jours écoulés entre l'autorisation des décisions et leur mise en œuvre pour les deux décisions	206
Tableau 39 : Échelle de satisfaction des répondants	207
Tableau 40 : Évaluation de la performance de la Régie adhoc (SLLCD)	208
Tableau 41 : Évaluation comparative de la performance des processus de libération des lits de courte durée	209
Tableau 42 : Grille synthèse transversale aux six études de cas	220
Schéma 4 : Les composantes de notre modèle théorique d'origine	233
Schéma 5 : Modèle théorique alternatif	234
Tableau 43 : Les types de structure adaptés aux caractéristiques de l'environnement	239

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

CA :	Conseil d'administration
CDD :	Centre de dépistage désigné
CH :	Centre hospitalier
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRID :	Centre de référence pour investigation désigné
DCSC :	Direction de la coordination et des services à la clientèle
DOS :	Direction de l'organisation des services
DG :	Directeur général
DSPPE :	Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
IVG	Interruption volontaire de grossesse
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI :	Ressource intermédiaire

INTRODUCTION

Les régies régionales sont les principaux organes de coordination du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Au fil des ans, ces instances régionales ont tiré leur légitimité des responsabilités conférées par le Ministère afin d'appliquer localement des politiques générales¹.

Le budget alloué aux régies régionales est de 98 millions par année dont la moitié est distribuée aux directions de la santé publique, ce qui laisse environ 50 millions aux régies régionales pour assumer leur rôle de coordination régionale. Cette somme représente environ le quart de 1% du budget de la santé qui se chiffre à 19 milliards². Malgré la part relativement faible du budget dédié à ces appareils administratifs régionaux et l'efficacité dont ils ont fait preuve par le passé, la légitimité de ces instances régionales est précaire. L'accroissement du contrôle du Ministère de la santé et des services sociaux sur celles-ci pourrait, en partie du moins, en être à l'origine³.

C'est ainsi que certains partis politiques parlent de les abolir⁴ pour les remplacer par différentes formules telles que des conseils d'administration unifiés⁵, des directions régionales ou encore de les substituer par des réseaux locaux⁶. Si elles sont appelées à changer de forme, elles ne semblent cependant pas prêtes à disparaître si on en juge par le discours des grands rapports sur la santé tels que la Commission Clair ou le Comité sénatorial Kirby, qui prônent une plus grande décentralisation de la prise de décision aux régions.

Alors qu'on s'interroge sur les nouvelles formes que devraient prendre les régies régionales, personne n'a cependant évalué le rendement des différentes structures des régies régionales présentement existantes. En d'autres termes, les

¹ Point de vue de André-Pierre Contandriopoulos, professeur en administration de la santé à l'Université de Montréal dans : Sirois, Alexandre, « Utiles ou pas, les régies régionales? », *La Presse*, 12 avril 2003, p. A30.

² idem

³ idem

⁴ Sirois, Alexandre, « La santé, thème oublié de la campagne », *La Presse*, 5 juin 2003 p. A33.

⁵ Gagnon, Katia, « Des régies et des écueils », *La Presse*, 19 avril 2003, p. A14.

⁶ Sirois, Alexandre, « Utiles ou pas, les régies régionales? », *La Presse*, 12 avril 2003, p. A30.

impacts des différents types de structure organisationnelle des régies régionales sur leur capacité à administrer leurs dossiers n'ont pas été mis à jour. Ce constat nous amène à formuler notre question de recherche en ces termes : « **Quels sont les impacts de la structure organisationnelle sur les processus de prise de décision ?** »

Pour répondre à cette question, deux régies régionales de la santé et des services sociaux ont été sélectionnées afin de comprendre comment leurs structures respectives influencent à la fois la performance des processus de prise de décision ainsi que la manière dont ceux-ci se déploient. Dans le but de faire un pas de plus dans notre compréhension des impacts de la structure organisationnelle sur les processus de prise de décision, nous postulons que la performance de ces processus est fonction de la relation de contingence entre le degré de complexité des dossiers qu'elle doit traiter et le type de structure.

Un des aspects originaux de cette recherche est qu'elle permet de comparer des organisations qui, tout en ayant des structures différentes, ont des missions organisationnelles identiques et des dossiers semblables. Selon notre connaissance de la littérature, c'est la première fois qu'une telle comparaison est entreprise.

Le **premier chapitre** fait un survol de l'évolution du concept de structure ainsi qu'une synthèse de la littérature traitant des processus de prise de décision. Les travaux des chercheurs qui ont tenté de comprendre les rapports qui existent entre la structure et les processus de prise de décision sont aussi présentés.

Le **second chapitre** situe notre démarche de recherche dans le champ de la connaissance. Nous mettons alors en lumière le paradigme dans lequel s'insère notre étude ainsi que sa position épistémologique. Nous concluons ce chapitre par la présentation des trois grands courants de pensée de la littérature *managériale* (Delery et Doty, 1996) ainsi que par la présentation de notre modèle théorique qui s'inspire des travaux de Mintzberg (1979), de Nutt (2000, 2002) et de Hickson (1986).

Le modèle d'analyse constitue le cœur du **troisième chapitre**. Chacune des composantes du modèle théorique est alors décomposée et opérationnalisée. Nous terminons ce chapitre par la présentation de nos quatre hypothèses de recherche.

La méthodologie utilisée pour vérifier la validité de nos hypothèses de recherche ainsi que la solidité de notre modèle théorique est l'élément central du **quatrième chapitre**. Nous y expliquons en quoi l'étude de cas est un outil méthodologique adapté pour répondre à nos impératifs de recherche et nous y exposons les critères de complexité qui ont présidé à la sélection des dossiers. Au **cinquième chapitre** nous émettons un diagnostic quant aux types de structure des deux régions régionales de la santé et des services sociaux à partir de leurs particularités respectives.

Le **sixième chapitre** constitue véritablement le cœur du mémoire. Il nous plonge littéralement dans la présentation et l'analyse des six études de cas. Pour chacune d'entre elles, l'impact de la structure sur les processus de prise de décision est analysé, suivi de la mise en perspective des faits saillants de l'étude de cas ainsi que de l'évaluation de la performance du processus de prise de décision.

Enfin, le **septième chapitre** tire un ensemble de conclusions qui se dégagent des six études de cas. Les hypothèses de recherche y sont mises à l'épreuve, les principaux impacts de la structure sur les processus de prise de décision y sont synthétisés et nous suggérons une série d'hypothèses alternatives qui peuvent expliquer les différences de performance des processus de prise de décision pour chaque région régionale. À partir de ces observations, nous érigeons un modèle théorique amélioré qui tient mieux compte de la complexité des relations entre la structure et les processus de prise de décision ainsi que de l'évaluation de l'efficacité et de l'efficacités des processus de prise de décision. Nous concluons ce chapitre en livrant quelques réflexions pour la recherche et en suggérant des pistes d'action pour les gestionnaires.

CHAPITRE 1 : LA LITTÉRATURE

Le présent chapitre a pour objet le dépassement de nos limites conceptuelles quant à la question de départ de ce mémoire qui cherche à débusquer les impacts de la structure organisationnelle sur les processus de prise de décision. En décomposant notre question de recherche, trois grandes thématiques émergent, soient : la structure, les processus de prise de décision et l'interaction entre les deux. Ce sont ces trois thématiques qui nous serviront de balise pour dessiner le parcours littéraire qui suit. Dans un premier temps, nous aborderons spécifiquement la littérature *managériale* des structures organisationnelles. Par la suite, nous exposerons les principales théories traitant des processus de prise de décision et nous conclurons ce chapitre en présentant les quelques rares études qui ont mis en lumière les relations symbiotiques qu'entretiennent la structure et les processus de prise de décision.

1.1 La structure

1.1.1 Les Théoriciens classiques et le « one best way »

Henri Fayol (1918, 1979) est reconnu par la plupart des théoriciens classiques comme étant un pionnier des théories administratives. Son œuvre met en lumière cinq éléments d'administration : la prévoyance, l'organisation, le commandement, la coordination et le contrôle. Comme le stipule le second principe de Fayol,

“To organize is to define and set up the general structure of the enterprise with reference to its objective, its means of operation and its future course as determined by planning; [...] It is to give form to the whole and to every detail its place; it is to make the frame and to fill it with its destined contents”⁷ (Extrait de Gulick & Urwick tiré de Massie, 1965: 388).

⁷ Traduction libre : Organiser c'est définir et mettre en place la structure générale de l'entreprise par rapport à ses objectifs, à ses moyens d'opération et à ses futures actions telles qu'ils sont déterminés par la planification; [...] C'est donné une forme au tout et faire en sorte que chaque chose soit à sa place; c'est établir le cadre et le remplir avec le contenu qui lui est destiné.

Organiser revient donc à définir et implanter une structure qui convienne aux objectifs de l'entreprise. L'emphase de Fayol sur la structure aura un impact déterminant sur le développement des théories administratives subséquentes (Massie, 1965). Mais de quoi se compose la structure?

1.1.1.1 La division du travail et la coordination

Dans ses fondements, la structure repose sur deux éléments : la division du travail ainsi que la coordination. La division du travail demande que l'ensemble des activités d'une organisation soit divisé en sous-tâches qui soient assignées à des différents individus (Galbraith, 1977 : 13). Celle-ci permet d'augmenter la productivité de chaque individu en réduisant le nombre d'activités auxquelles chacun doit se consacrer, augmentant ainsi son habileté à effectuer sa tâche. Bien que la division du travail permette une augmentation de la productivité des individus, elle nécessite inévitablement un effort de coordination qui assure la cohérence et l'alignement du travail de chacun vers un objectif commun (Galbraith, 1977).

Ses deux constituants fondamentaux se retrouvent dans la définition que donne Mintzberg à la structure. Elle est « la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre des tâches distinctes », pour « ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches » (Mintzberg, 1979 : 18). Cependant, les théoriciens classiques ne s'en sont pas tenus à ces deux concepts pour aborder la structure. Des théoriciens tels que Mooney, Reiley, Gulick et Urwick, inspirés des travaux de Fayol mais aussi de F.W. Taylor, ont développé divers principes administratifs qui définissent la structure.

1.1.1.2 Les principes qui sculptent la structure

À mesure que grandit l'entreprise, la division verticale du travail, c'est-à-dire la création de rôles *managériaux*, devient inévitable afin d'assurer une coordination des activités à plus grande échelle. Cependant, l'augmentation du nombre de gestionnaires n'est pas sans miner les efforts individuels de coordination du personnel de l'entreprise. Afin de diminuer la confusion et d'améliorer les efforts de coordination, Fayol énonce les principes de la chaîne de

commande et de l'unité de commande. Le principe de la chaîne de commande « stipule que l'autorité et la responsabilité devraient suivre une ligne ininterrompue entre le dirigeant placé au sommet et l'employé à la base de l'organisation » (Massie, 1965 : 396). Quant au principe d'unité de commande, il prescrit qu'aucun membre d'une organisation devrait recevoir des ordres de plus d'un supérieur. Ces deux notions, qui visent à imposer de l'ordre dans la hiérarchie de l'entreprise, reposent essentiellement sur la notion d'autorité. Elle est définie par les théoriciens classiques comme « le droit et le pouvoir d'agir » (Massie, 1965 : 402). Suivant l'exemple de l'Église et de la structure des organisations militaires, l'autorité trouve sa légitimité non pas dans l'expertise mais dans la position hiérarchique occupée par un individu dans l'organisation. À ces deux notions s'ajoute le principe de surface de contrôle qui prescrit un nombre limité à 5 ou 6 subordonnés, selon les auteurs, qui doivent se rapporter à un seul supérieur.

À mesure que l'organisation continue de se développer et qu'elle fait face à des problèmes de plus en plus complexes, le principe de l'unité de commande fondé sur la position hiérarchique évacue la possibilité d'amener les gens ayant une expertise près des problèmes. Pour répondre à cet inconvénient, F.W. Taylor propose la division de la structure en *line* et en *staff*. Alors que les gestionnaires de la ligne hiérarchique (*line*) ont pour fonction d'accomplir les objectifs de l'entreprise, les gestionnaires *staff* ont, par leur expertise, le mandat de conseiller les gestionnaires de la ligne hiérarchique. Cette distinction entre *line* et *staff* crée des luttes de pouvoir entre ces deux factions qui occasionnent de nombreux conflits à l'intérieur de l'organisation lors de diverses prises de décision. Alors que la division *line-staff* repose sur une division horizontale du travail, les questions relatives à la centralisation composent, avec la distribution verticale du pouvoir, la division verticale du travail.

Pour Fayol, la centralisation est un fait d'ordre naturel qui « consiste en ce que dans tout organisme, animal ou social, les sensations convergent vers le cerveau ou la direction » et c'est de cet endroit d'où « partent les ordres qui mettent en mouvement toutes les parties de l'organisation » (Fayol, 1918, 1979 :

36). Cependant, Fayol ne nie pas pour autant la dialectique entre la centralisation et la décentralisation. Il note :

« ... la centralisation ou la décentralisation est une simple question de mesure. Il s'agit de trouver la limite favorable à l'entreprise » (Fayol, 1918, 1979 : 36).

Ainsi, le dirigeant qui préfère recourir à l'expérience et aux conseils de ses collaborateurs pour qu'ils prennent des décisions a recours à la décentralisation, ce qui amène un déplacement de la prise de décision vers les subordonnés. *A contrario*, un dirigeant qui préfère tabler sur ses propres forces et ses expériences augmentera la centralisation se fiant principalement à son jugement.

Les questions relatives à la décentralisation sont intimement liées à la création de départements ou de direction dans l'entreprise. En effet, à mesure qu'une entreprise grandit, des décisions devront être prises à l'intérieur de chaque département ou direction augmentant ainsi la décentralisation. Selon Massie (1965), Gulick est l'auteur qui a le mieux développé la notion de départementalisation. Ce dernier propose que soient regroupées les activités similaires en unités de travail suivant quatre critères: 1) le principal but poursuivi; 2) le processus de travail utilisé; 3) la clientèle desservie ou le matériel à manipuler; 4) l'endroit physique où se tiendront les activités.

Les théoriciens classiques du management partagent tous un principe : il n'y a qu'une seule bonne façon d'organiser l'entreprise. Ces derniers proposent une série de principes mécaniques universaux qui servent de guide à la conception de toute organisation dont les composantes humaines sont perçues comme étant une constante (Massie, 1965 : 389). En somme, le début du siècle est dominé par ce que les théoriciens modernes appellent : le « one best way ».

1.1.2 La perspective de la contingence

L'avènement de la cybernétique et des théories des systèmes marque fondamentalement la manière de concevoir les organisations. Alors que les théoriciens classiques conceptualisent l'organisation et la structure comme des systèmes fermés, les théories des systèmes permettent l'émergence de

l'approche de la contingence qui conçoit la structure comme un système ouvert en interaction avec le contexte dans lequel elle baigne.

La perspective de la contingence repose sur deux prémisses. D'une part, elle s'oppose au *one best way*, à l'idée qu'il puisse n'y avoir qu'une seule *bonne* manière de s'organiser. En fait, elle stipule qu'il n'existe pas de forme structurelle idéale pour tous les contextes (Mintzberg, 1979). D'autre part, la perspective de la contingence suppose que les différentes manières de se structurer ne s'équivalent pas (Galbraith, 1973, p.2). Il en découle que pour être efficace, la structure d'une organisation doit être appropriée à la nature du travail qu'elle effectue, à sa technologie (Schoonhoven, 1981), et/ou aux conditions environnementales auxquelles l'organisation est soumise (Lawrence et Lorsch, 1967; Schoonhoven, 1981). Pour reprendre les termes de Drazin et Van de Ven (1985), la perspective de la contingence stipule qu'il doit y avoir un *fit*⁸ entre le contexte d'une organisation (les caractéristiques de sa culture, son environnement, sa technologie, sa taille ou ses tâches), sa structure et ses processus afin qu'elle survive ou qu'elle soit efficace.

1.1.2.1 *La structure et la technologie*

Les premiers travaux importants qui s'inscrivent dans cette perspective sont ceux de Joan Woodward⁹ qui étudia, dans les années cinquante, des entreprises industrielles de Grande-Bretagne. Ses études ont établi qu'il existait une forte corrélation entre la performance d'une entreprise et l'adéquation entre sa structure et son système technique (Mintzberg, 1979). Elle a démontré que les entreprises performantes qui utilisaient une technologie de *production à l'unité* ou de *production en continue* adoptaient davantage, ce que Burns et Stalker ont appelé, des structures organiques. Par ailleurs, les entreprises qui utilisaient une technologie de *production de masse* étaient plus performantes lorsqu'ils avaient les caractéristiques qu'on associe traditionnellement aux structures mécaniques.

⁸ Nous aurions pu traduire le terme *fit* par *congruence*. Cependant, Fry et Schellenberg (tels que cité dans Drazin et Van de Ven, 1985) utilisent le mot *congruent* pour spécifier un type particulier de *fit*. En conséquence, nous avons jugé qu'il était préférable de conserver le vocable *fit* dans le texte.

⁹ Les résultats des travaux de Joan Woodward présentés dans ce mémoire viennent pour la plupart de l'interprétation qu'en a fait Mintzberg, 1979.

1.1.2.2 La structure et l'environnement

Alors que les travaux de Woodward démontrent la relation qui existe entre la technologie et la structure organisationnelle, les travaux de Burns et Stalker (1961, 1971) ont établi, en observant 20 firmes anglaises et écossaises, qu'il existait un lien entre l'environnement et la structure de l'organisation (Galbraith, 1973). Après avoir étudié des firmes de textile, ils concluent qu'une structure mécanique qui évolue dans un environnement stable est appropriée. Quant à la structure *organique*, ils observent qu'elle est davantage appropriée à des environnements changeants ou dynamiques, tels qu'ils en ont observé dans l'industrie de l'électronique (Burns et Stalker, 1971 : 121).

Le tableau 1 de la page suivante résume les différents éléments fondamentaux qui différencient la structure mécanique de la structure organique de la typologie de Burns et Stalker (1971 : 119-122). Comme le souligne Mintzberg (1979: 103), la structure organique de ces derniers auteurs est complètement différente, voire même opposée dans ses principes à la structure mécanique, laquelle ressemble à la conception que l'on se fait d'une bureaucratie.

1.1.2.3 Les dimensions fondamentales de la structure

C'est Weber qui est à l'origine du terme « bureaucratie ». Il est le premier à établir une typologie des organisations et à suggérer que la bureaucratie représente l'exemple par excellence d'un mode d'organisation, un type pur d'organisation basé sur la rationalité. Ce n'est que beaucoup plus tard que la typologie de Weber est remise en question. Alors que ce dernier propose qu'il n'existe qu'un seul type de bureaucratie légal-rationnel pleinement efficace, Pugh et al. (1968) concluent dans leur recherche que la structure organisationnelle peut varier sur quatre dimensions et que, par conséquent, il ne peut y avoir qu'un seul type de bureaucratie.

Mécanique	Organique
Fragmentation de la tâche totale de l'organisation en des fonctions spécialisées.	Nécessité d'un savoir spécialisé pour accomplir la tâche de l'organisation
Manque de compréhension de la contribution de la tâche individuelle à l'ensemble de la tâche que doit accomplir l'organisation. Perte de vue de la finalité de l'action.	L'exécution de la tâche individuelle s'inscrit dans la vision globale de la tâche que doit accomplir l'organisation.
Le supérieur veille à ce que chaque poste soit le lieu d'exécution d'une tâche pertinente à la tâche totale	L'ajustement et la redéfinition continus de la tâche individuelle à travers l'interaction avec les autres.
La définition précise des droits, des obligations et des méthodes techniques rattachées à chaque rôle fonctionnel. Ce qui dépasse de ce cadre n'est pas pris en charge.	Les acteurs sont responsables de trouver des réponses aux problèmes qu'ils rencontrent et ne peuvent se départir de cette responsabilité. L'engagement des membres de l'organisation se reflète au-delà de toute définition technique.
Une structure hiérarchique de contrôle, d'autorité et de communication.	Une structure de contrôle, d'autorité et de communication établie en réseaux.
Le savoir nécessaire à l'harmonisation des différentes tâches est situé à la tête de l'organisation, ce qui renforce la structure hiérarchique.	Le savoir technique et commercial sur la tâche à accomplir peut être située n'importe où dans le réseau et l'endroit où il est situé devient de façon <i>ad hoc</i> le centre de contrôle de l'autorité et de la communication.
Une tendance aux interactions verticales, i.e. entre supérieurs et subordonnés.	Une communication latérale à travers l'organisation. Les communications sont davantage de nature consultative que par imposition d'un commandement.
Les comportements des employés sont gouvernés par les instructions et les décisions prises par les supérieurs.	Une communication qui consiste en échange d'informations et de conseils.
Loyauté et obéissance au supérieur sont obligatoires.	Engagement envers la tâche est plus important que la loyauté et l'obéissance.
Importance et prestige rattachés à l'interne.	Importance et prestige rattachés à l'expertise ainsi qu'aux affiliations à des milieux techniques et commerciaux externes à l'entreprise.

Tableau 1 : La structure mécanique et la structure organique de Burns et Stalker

Après avoir fait une revue de la littérature exhaustive, Pugh et al. (1968) isolent cinq dimensions des structures organisationnelles : la spécialisation, qui se rapporte à la division du travail; la standardisation des procédures; la formalisation; la centralisation et la configuration. Connues sous le nom d'étude de Aston, ces chercheurs mettent à jour, grâce à l'analyse en composante principale, un ensemble de facteurs qui corréleront fortement entre eux. Ils nomment le premier facteur, qui explique le plus de variance, la *structuration des activités*. Ce facteur est un composite des variables de standardisation, de spécialisation et de formalisation qui co-varient simultanément. Ce qui veut dire

qu'une organisation qui démontre beaucoup de standardisation aura aussi tendance à être très spécialisée et formalisée. Ce facteur a été répliqué par d'autres recherches notamment celle de Child (1972) ainsi que celle de Inkson et al. (1970). Les autres facteurs que le groupe de Aston a trouvé sont la *concentration de l'autorité*, le *contrôle des gestionnaires « line » sur les flux de travail* et la *quantité des activités auxiliaires qui ne sont pas liés aux contrôles*.

À la suite de l'étude du groupe d'Aston, diverses études ont été entreprises dans les années '70. De ses études, un consensus a émergé entre les chercheurs sur les dimensions fondamentales qui composent la structure. Comme le note Van de Ven (1976: 70), "there appears to be growing consensus that complexity [...], formalization [...], and centralization [...] are the major dimensions of structure". Ces propos sont repris par des chercheurs tels que Fredrickson (1986) et Miller (1987) qui définissent ces termes. La **complexité** rassemble les concepts de différenciation horizontale et verticale ainsi que la notion de dispersion géographique; la **formalisation** spécifie le degré d'utilisation de règles et de procédures pour prescrire les comportements; la **centralisation** réfère à l'endroit où sont prises les décisions importantes (Fredrickson, 1986).

1.1.2.4 *Les travaux de Galbraith*

Pendant que certains chercheurs travaillent à découvrir les dimensions fondamentales de la structure, d'autres tentent de mettre à jour les variables qui influencent la structure ou qui la poussent à s'adapter. Cependant, de l'avis de Schoonhoven (1981), aucun des théoriciens de la contingence n'a réellement su mettre précisément en lumière ce à quoi la structure organisationnelle doit s'adapter. Seul Galbraith semble avoir réussi ce tour de force...

Galbraith (1973) est un des rares théoriciens de la contingence à avoir clairement identifié la variable qui précipite la nécessité pour la structure à s'adapter (Schoonhoven, 1981). Il émet l'hypothèse que l'augmentation de l'incertitude¹⁰ face à la tâche à accomplir est le moteur qui force les organisations à adopter différentes stratégies d'adaptation. Plus il y a d'incertitude et plus la

¹⁰ Bien que Thompson ait été le premier à établir une relation entre l'incertitude et la structure, Galbraith est celui qui a clairement et explicitement étayé ce lien.

quantité d'information à traiter en vue d'en arriver à une décision est importante. Par conséquent, il doit y avoir des mécanismes structurels qui soulage la hiérarchie de la surcharge d'information. Dès lors, il appert que Galbraith relie implicitement les processus de prise de décision à la structure en expliquant que la quantité d'information à traiter pour en arriver à une décision détermine le type de mécanisme structurel à mettre en place. Pour Galbraith, plus il y a d'incertitude et plus les différentes parties de l'organisation doivent être en synergie afin de donner une réponse adaptée et performante, sans quoi, les organisations verront leur performance diminuer ou pourront verser dans une dynamique *d'anarchie organisée* (Cohen, 1972). Dans son ouvrage de 1973, Galbraith énumère quatre stratégies d'adaptation. Parmi celles-ci figure la stratégie qu'il considère comme étant la plus efficace pour les organisations complexes. Il s'agit de la création de liens latéraux, appelés aussi mécanismes de liaison.

Galbraith suggère plusieurs formes de mécanismes de liaison qui peuvent être implantées séquentiellement jusqu'à la forme la plus complexe de ces mécanismes : l'organisation matricielle. Les autres formes sont, en ordre croissant de formalisation et de complexité:

- Des relations directes entre les gestionnaires;
- Un agent de liaison entre deux départements;
- Un comité *ad hoc* qui règle des problèmes affectant plusieurs départements;
- Un comité permanent qui résout des problèmes interdépartementaux récurrents;
- Un agent intégrateur ayant des responsabilités dans une partie du processus de prise de décision;
- Un rôle *managérial* de liaison ayant un pouvoir formel sur le budget, la planification et l'approbation des décisions;
- Une organisation matricielle

Les travaux de Galbraith, nous permettent non seulement d'identifier ce à quoi la structure doit s'adapter, l'incertitude, mais de plus, ils nous éclairent sur la quatrième dimension fondamentale qui compose la structure organisationnelle: les mécanismes de liaison. Cette quatrième dimension que Miller (1987) nomme ***intégration*** est aussi un des paramètres de conception de la structure de Mintzberg (1979) que nous retrouverons dans notre modèle d'analyse au chapitre trois.

La perspective de la contingence a permis de comprendre qu'il doit y avoir un *fit* entre la structure, les processus et le contexte d'une organisation pour qu'elle soit performante. De plus, elle a permis d'identifier les composantes fondamentales de la structure (complexité, formalisation, centralisation et intégration) ainsi que ce à quoi elle doit s'adapter (l'incertitude). Cependant, une question subsiste. Y a-t-il un nombre infini de manière d'organiser la structure ou, au contraire, y a-t-il un nombre limité de types d'organisation que nous pouvons observer dans la nature?

1.1.3 Les théories configurationnelles

Jusqu'à maintenant nous avons mis en lumière deux approches pour considérer la structure. La première est le « one best way ». Cette approche considère qu'il n'y a qu'une seule bonne manière de structurer une organisation. La perspective de la contingence, qui peut se résumer par la formule « it all depends », est venue se substituer aux théories classiques du management. (Miller et Friesen, 1984).

Mais ces approches ne tiennent pas compte qu'il semble y avoir un nombre limité de structures organisationnelles dans la nature. Comparativement à la perspective de la contingence, l'approche configurationnelle considère que la structure organisationnelle, son environnement, son système de production, sa stratégie, ses procédures de traitement de l'information et ses processus de prise de décision s'influencent mutuellement pour former dans la nature qu'un nombre limité de configuration, de *gestalts* ou d'archétypes (Mintzberg, 1979; Miller et Friesen, 1984; Miller, 1987; Greenwood et Hinings, 1988; Hinings et Greenwood, 1988; Meyer, Tsui et Hinings, 1993). Le nombre de configuration est limité par la tendance des attributs d'une organisation à s'organiser en suivant des patrons cohérents (Meyer, Tsui, Hinings, 1993). Ces patrons existent car les attributs des organisations sont interdépendants et ils ne changent que par « saut quantique ». Conséquemment, il n'y a qu'un nombre limité de types d'organisation qui soient viables et que l'on peut observer empiriquement (Meyer, Tsui, Hinings, 1993).

Les configurations peuvent prendre soit la forme d'une typologie ou d'une taxonomie. Les typologies ne s'appuient non pas sur une base empirique mais

conceptuelle, c'est-à-dire qu'elles sont des constructions *a priori* que le chercheur échafaude sur la base de ses expériences personnelles ou de ses intuitions. La littérature regorge de typologies. Miller et Friesen (1984) en énumèrent quelques-unes telles que celles de Blau et Scott, Burns et Stalker (1961,1971), Etzioni, Katz et Kahn, Miles et Snow (1978), Perrow, Thompson, Weber, Woodward ainsi que celle de Mintzberg (1979).

La seconde approche cherche à découvrir des taxonomies à partir de l'observation d'une population d'organisation. À partir de données empiriques, les chercheurs qui adoptent cette approche tentent de trouver des regroupements d'organisations à l'aide d'analyses factorielles de variables qui caractérisent leur structure. Selon Miller et Friesen (1984), seulement cinq chercheurs avaient, avant eux, tenté de dériver des taxonomies en se basant sur l'analyse de plusieurs variables. Alors que la perspective de la contingence adopte le slogan « it all depends », l'approche configurationnelle défend plutôt une position que l'on peut résumer par « it all comes together » (Miller et Friesen, 1984).

1.1.4 L'essence de la structure

Notre aventure théorique dans le monde des organisations nous a permis de découvrir les quatre dimensions fondamentales de la structure soient la complexité, la formalisation, la centralisation et l'intégration. Nous savons aussi, grâce à la perspective configurationnelle, que ces dimensions co-varient toutes de manière interdépendante, d'une façon telle que seul un nombre limité de configurations peuvent être observé dans la nature. Enfin, il doit y avoir un fit entre la structure, les processus et le contexte de l'organisation afin qu'elle affiche une bonne performance.

Ce bref tour d'horizon de l'évolution du concept de structure nous amène maintenant à explorer la seconde dimension de notre question de recherche qui traite des processus de prise de décision.

1.2 La prise de décision

La plupart de nos actions quotidiennes sont précédées par une prise de décision, c'est-à-dire par un engagement spécifique à exécuter une action (Mintzberg, 1976). Nous prenons tellement de décisions que la plupart d'entre elles se font par automatisme, sans trop de réflexion préalable. Cependant, dans le monde de nos organisations, certaines décisions sont si complexes qu'elles nécessitent la participation de plusieurs acteurs et elles peuvent s'étaler sur plusieurs jours, voire même quelques années. Or, c'est précisément parce qu'elles sont complexes et qu'elles consomment une quantité importante de ressources que les chercheurs parlent de *processus de prise de décision*. Mintzberg et al. (1976) le définissent comme étant un « ensemble d'actions et de facteurs dynamiques qui débute par l'identification d'un stimulus précipitant l'action et qui se termine par un engagement spécifique pour l'action » (p.247). Eisenhardt et Zbaracki (1992) ont créé trois grandes catégories pour rassembler la plupart des modèles de processus de prise de décision dont regorge la littérature. Ces trois catégories sont : les modèles de la rationalité et de la rationalité limitée, les modèles politiques et le modèle du *Garbage can*. Nous les présentons.

1.2.1 Rationalité et rationalité limitée

Le modèle rationnel de la prise de décision trouve ses racines dans la pensée de Hobbe et dans les fondements de l'économie néo-classique. Ce modèle assume que les individus recherchent systématiquement à maximiser leurs comportements. Ce modèle d'action rationnel (March et Simon, 1958), aussi appelé modèle synoptique (Nutt, 1984), stipule que les décisions sont prises à la suite d'une série d'étapes logiques et linéaires. L'acteur identifie d'abord une problématique; il rassemble les informations qu'il juge pertinentes; il élabore diverses solutions; il évalue les alternatives qui s'offrent à lui en fonction de critères qu'il a préalablement déterminés et il choisit la solution qui optimise à la fois les coûts et les bénéfices (Miller, Hickson, Wilson, 1996). Cette vision du processus de prise de décision a cependant été abondamment critiquée.

1.2.1.1 Rationalité limitée

Herbert Simon (1945) a été un des premiers à critiquer la conception rationnelle de l'homme économique. Selon lui, deux contraintes importantes empêchent les décideurs d'opérer sous des conditions de rationalité parfaite. Il s'agit de la capacité cognitive limitée de l'être humain et de la complexité des organisations modernes. De ces deux contraintes découlent divers problèmes d'interprétation des informations et de validité des critères d'évaluation des alternatives. Étant, de plus, confronté à des limites de ressources, rechercher la meilleure solution devient pour le décideur une quête onéreuse et utopique. Par conséquent, l'acteur choisit non pas une alternative optimale mais une solution satisfaisante qui tient compte des contraintes dans lesquelles l'acteur est plongé. L'*homo œconomicus* possède donc, en réalité, une rationalité limitée.

Sur la base des prémisses des travaux de Simon, Cyert et March (1963) ont démontré que les buts organisationnels, c'est-à-dire ce qui est perçu comme important pour une organisation, pouvaient être inconsistants entre les individus et évoluer dans le temps. Ils ont aussi démontré que les acteurs recherchent des informations et des solutions locales (par opposition à des solutions organisationnelles) et que les comportements organisationnels sont majoritairement guidés par des procédures opérationnelles standards plutôt que par une démarche d'analyse idiosyncrasique. D'autres études sont venues étayer ces trouvailles. L'inconsistance des buts organisationnels entre les acteurs a été appuyée par Anderson (1983). Carter (1971) et Anderson (1983) ont montré que les acteurs recherchent des informations et des solutions de manière aléatoire et opportuniste. Eisenhardt et Zbaracki (1992) rapportent l'étude de Allison qui démontre que des procédures opérationnelles standards d'analyses pour certaines décisions stratégiques sont préférées à des analyses systématiques. Toutes ces études appuient donc la proposition de Simon qui veut que l'être humain soit doté d'une rationalité limitée.

1.2.1.2 Itération et répétition

Mintzberg (1976), Nutt (1984) et Hickson (1986), de même que Lindblom en 1959, reconnaissent que les processus de prise de décision sont

rationnellement limités tout en spécifiant qu'ils ne sont pas linéaires mais qu'ils suivent une logique itérative, répétitive et de recyclage.

Dans des institutions publiques, Lindblom¹¹ démontre que les acteurs organisationnels ne prennent pas leurs décisions de manière finalisée et complète mais qu'ils procèdent davantage par *incrémentalisme*, c'est-à-dire par une série de petites étapes qui nécessitent des ajustements mineurs au fur et à mesure que le processus de prise de décision se déploie. Quinn (1978) est arrivé aux mêmes conclusions dans le secteur privé.

En étudiant 25 entreprises canadiennes, Mintzberg et ses collègues (1976) ont mis à jour la structure de décisions stratégiques apparemment non-structurées. À partir des trois phases élaborées par Simon (1957) - identification, développement, sélection -, l'équipe de Mintzberg démontre que ces phases n'ont pas de relations séquentielles et qu'ils peuvent se répéter et se recycler. Leur recherche les amène à spécifier sept types de processus de prise de décision animés par différents facteurs dynamiques. Nutt (1984) arrive sensiblement aux mêmes résultats que Mintzberg et ses collègues. Cependant, il développe un modèle contenant cinq types de processus décisionnels qui peuvent se déployer en cinq étapes. Il met l'accent sur le fait que certains types de processus de prise de décision omettent certaines étapes.

Hickson et son équipe (1986) ont étudié 150 entreprises du Royaume-Uni. Ils ont mis à jour trois processus qui varient en fonction de la complexité et de la saveur politique des décisions. Plus les facteurs de complexité et politique sont importants, plus le processus est compliqué, plus il y a de délais et plus le processus a tendance à se recycler.

¹¹ Cette étude est rapportée par Miller, S.J., Hickson, D.J., Wilson, D.C., 1996, p.299.

1.2.1.3 *Un continuum entre rationalité et rationalité limitée*

Un certain nombre d'auteurs reconnaissent que les processus de décision sont souvent rationnellement limités mais, ils estiment qu'il est possible d'améliorer la rationalité des individus si ceux-ci disposent de plus d'information et s'ils sont exposés à différents points de vue (Eisenhardt et Zbaracki, 1992 ; Garvin et Roberto, 2001). Les études de Cosier; Janis; Nutt (1989), Schweiger, Sandberg, et Ragan; Schweiger, Sandberg et Rechner; Cosier et Schwenk¹² illustrent comment les décideurs peuvent diminuer les limites de la rationalité en utilisant diverses stratégies telles qu'augmenter les conflits.

1.2.2 **Les modèles politiques**

Tout comme le modèle de la rationalité limitée, la perspective politique dans le champ de la prise de décision a émergé en réaction au modèle économique qui stipule que les organisations sont porteuses d'un but unique et partagé par l'ensemble de ses membres. Alors que le modèle de la rationalité limitée remet en question les fondements de la parfaite rationalité des individus, la perspective politique assume plutôt que les acteurs sont individuellement rationnels mais qu'ils ne le sont pas collectivement (Eisenhardt et Zbaracki, 1992).

1.2.2.1 *L'organisation: un système politique*

La prémisse fondamentale derrière la perspective politique est que les organisations sont des coalitions d'individus ayant des intérêts divergents (Eisenhardt et Zbaracki, 1992). Les groupes d'intérêts qui se confrontent s'engagent dans différents types de *bargaining*, de négociation et de compromis qui peuvent mener à des décisions qui sont sous-optimales pour l'organisation dans son ensemble et qui ne sont pas collectivement rationnelles. C'est pourquoi la politique est un facteur déterminant dans les processus de prise de décision (Hickson, 1986; Miller, Hickson, Wilson, 1996).

¹² Ces études sont rapportées par Eisenhardt et Zbaracki, 1992, p.21.

La nature de nos organisations repose sur la division du travail et de l'autorité (Hickson, 1986). Avec la croissance, les différents groupes (départements, syndicats, comités...) qui composent une organisation sont poussés vers une spécialisation des fonctions de plus en plus importante. Cette différenciation entraîne l'émergence de besoins et d'intérêts propres à chaque groupe. Puisque les intérêts de ces groupes ne sont pas nécessairement convergents, les différents départements ont des objectifs qui peuvent être incompatibles, ce qui provoque des conflits entre ces factions. Afin de gagner du pouvoir, les groupes vont éventuellement s'agglutiner afin de composer des coalitions d'intérêts multiples qui cherchent à imposer leurs rationalités locales pour les décisions qui les concernent (Cyert et March, 1963).

C'est parce que les différents groupes qui constituent une organisation ont des objectifs différents et parfois incompatibles que nous pouvons affirmer que les organisations sont des systèmes politiques (Eisenhardt et Zbaracki, 1992). Différentes études supportent cette perspective (Allison; Baldrige; Quinn 1978) . L'étude de la crise des missiles à Cuba faites par Allison¹³ a révélé qu'il y avait de profondes divisions parmi les conseillers du président Kennedy sur la façon qu'il fallait réagir au déploiement des missiles russes. Eisenhardt et Zbaracki (1992) rapportent aussi l'étude réalisée par Baldrige dans laquelle il étudie la structure complexe de l'université de New York. Comme le souligne Baldrige, l'université de New York est un "système pluraliste souvent fracturé par les conflits entre les disciplines académiques, les sous-groupes des facultés, les sous-cultures d'étudiants..."¹⁴

1.2.2.2 Les préférences des plus puissants

Une autre caractéristique de cette perspective est que les décisions reflètent les préférences des personnes ou des groupes les plus puissants (Hining et al., 1974). L'étude de Baldrige rapportée par Eisenhardt et Zbaracki (1992) étaye cette hypothèse. Il a décrit comment les choix faits à l'université de New York entre les différentes facultés reflétaient les inégalités qui se trouvaient

¹³ Tel que cité dans Eisenhardt et Zbaracki, 1992.

¹⁴ Tel que cité dans Eisenhardt et Zbaracki, 1992, p.23.

dans la structure de pouvoir de l'institution. Autrement dit, il a démontré que c'est l'administration qui avait le plus d'influence sur les décisions prises.

1.2.2.3 *Les acteurs s'engagent dans des actions politiques*

La position hiérarchique peut conférer à l'acteur la légitimité de l'exercice de son pouvoir. Ce pouvoir rationnel-légal (Weber) est accordé en fonction du statut et il régularise l'accès au processus de prise de décision (Miller, Hickson, Wilson, 1996). Par ailleurs, le pouvoir légitime n'est pas l'unique façon d'influencer les décisions. Les acteurs peuvent exercer de l'influence non pas par une position d'autorité mais en manipulant des informations ou des canaux d'information critiques, en conceptualisant les problèmes de manières à obtenir des avantages ou en promouvant les solutions qui les favorisent (Miller, Hickson, Wilson, 1996). Ils peuvent aussi former des coalitions, faire du lobbying, de la cooptation ou contrôler les agendas (Eisenhardt et Zbaracki, 1992). Les individus ou les groupes peuvent aussi gagner du pouvoir grâce à leur habileté à contrôler l'accès à des ressources et, plus spécialement, si ces ressources sont rares et critiques au fonctionnement de l'organisation (Pfeffer et Salancik, 1978). Bref, les acteurs d'une organisation s'engagent au moins occasionnellement dans des actions politiques (Eisenhardt et Zbaracki, 1992) qui desservent leur intérêt ou ceux du groupe qu'ils défendent.

1.2.3 Le modèle du « Garbage can »

Ce modèle est en réaction aux modèles rationnels et politiques de la prise de décision (Eisenhardt et Zbaracki, 1992). Cohen et ses collaborateurs (1972) estimaient que les modèles politiques et rationnels manquaient de sensibilité pour expliquer les organisations qui évoluaient dans des environnements complexes, instables et ambigus (Eisenhardt et Zbaracki, 1992) tels que ceux des institutions publiques et d'éducation. Le modèle du *Garbage can* (Cohen et al., 1972) décrit les processus de prise de décision dans les organisations qui sont caractérisées par une *anarchie organisée*. Ce sont des organisations dont les buts sont ambigus; dont la technologie est mal définie, c'est-à-dire que ses processus sont mal compris par ses membres qui n'ont pas de compréhension profonde des causes des actions de l'organisation ou de ses décisions; et dont l'implication des

membres varie dans le temps pour un même processus de décision (Cohen et al., 1972).

Le modèle du *Garbage can* stipule qu'une décision est le résultat ou l'interprétation de plusieurs facteurs relativement indépendants à l'intérieur de l'organisation. Il considère qu'une décision est le résultat d'un "couplage partiel"¹⁵ (Weick, 1976) et, en parti aléatoire, de quatre facteurs :

- 1) L'opportunité du choix, c'est-à-dire les occasions qui requièrent une décision;
- 2) Les solutions qui cherchent des problèmes;
- 3) Des participants qui entrent dans le processus de prise de décisions en fonction des attributs de la décision et de leur disponibilité à entrer dans un processus décisionnel ;
- 4) Les préoccupations des gens à l'intérieur comme à l'extérieur de l'organisation.

En d'autres termes, une organisation est un collectif de solutions cherchant des problèmes, des problèmes recherchant des solutions, des problèmes et des émotions recherchant des situations décisionnelles et des décideurs recherchant des décisions à prendre (Cohen et al., 1972).

En faisant une rétrospective des différentes études empiriques qui ont tenté de trouver un support au modèle *Garbage can*, Eisenhardt et Zbaracki (1992) concluent que ce modèle n'a qu'une validité méthodologique modeste puisqu'il ne prend appuie que sur quelques études de cas.

1.2.4 La validité de ces trois types de modèles

En considérant les perspectives politiques, de la rationalité limitée et du *Garbage can* que nous venons d'aborder, Eisenhardt et Zbaracki (1992 : 31) concluent:

"Finally, a synthesis of the empirical support for the three traditional paradigms suggests that strategic decision making is best described as a combination of boundedly rational and political insights. Bounded rationality shapes the cognitive limits and the looping of strategic decisions processes, and the political perspective shapes the social

¹⁵ Traduction libre de *loosely coupled*.

context. While useful, the garbage can perspective is less empirically robust than these other perspectives."¹⁶

Il semble donc que ce soit la perspective de la rationalité limitée ainsi que la perspective politique qui ait reçu un meilleur support empirique. Cet important constant nous servira lors de l'élaboration de notre modèle théorique. Nous sommes maintenant prêts à retracer les auteurs qui ont traité des impacts de la structure sur les processus de prise de décision ou qui ont, à tout le moins, tenté d'établir une typologie à l'aide de ces deux dimensions.

1.3 La structure et la prise de décision

Jusqu'ici notre itinéraire nous a fait découvrir l'évolution du concept de la structure organisationnelle et nous a permis de saisir les multiples facettes de la prise de décision. Les auteurs que nous avons présentés traitent, en général, soit de la structure, soit des processus de prise de décision, sans toutefois tenter de les aborder simultanément.

Tout en reconnaissant l'impact de la prise de décision stratégique sur la structure (Chandler, 1962) et sur la dialectique qui existe entre ces deux réalités, nous avons délibérément choisi de porter notre regard sur les influences que peuvent avoir la structure sur les processus de prise de décision. La revue de la littérature qui suit, ainsi que nos recherches, nous laissent entrevoir que peu d'auteurs se sont explicitement penchés sur cette relation, si ce n'est que les auteurs suivants : Thompson et Tuden, 1956; Shrivastava et Grant 1985; Fredrickson, 1986; Hickson, 1986; Miller, 1987; et Langley, 1990. Langley semble être la dernière chercheuse qui se soit intéressée à la question. Par contre, même si peu de chercheurs ont tenté l'aventure, les grands auteurs en management proposent néanmoins implicitement que les processus de prise de décision sont tributaires de la structure organisationnelle (Lawrence et Lorsch, 1967; Cohen et al., 1972; Galbraith, 1973, 1977; Mintzberg, 1979; Nutt, 2000).

¹⁶ Traduction libre : Finalement, une synthèse relative au support empirique des trois paradigmes traditionnels suggère que la prise de décision stratégique est mieux décrite en terme d'une combinaison des modèles politiques et de la rationalité limitée. Cette dernière forge les limites cognitives et le cycle du processus de prise de décision stratégique alors que la perspective politique décrit le contexte social. Bien qu'utile, le modèle du « Garbage can » est moins robuste empiriquement que ces deux dernières perspectives.

Dans un premier temps, nous exposerons rapidement les travaux, devenus classiques dans la littérature du management, de Lawrence et Lorsch (1967), de Galbraith (1973, 1977) et de Mintzberg (1979) qui abordent tous implicitement notre question de recherche. Dans un deuxième temps, nous passerons en revue les différents théoriciens qui ont développé des modèles explicites des impacts de la structure sur les processus de prise de décision. Puisque les construits de *structure* et de *processus de prise de décision* sont multidimensionnels et que le recoupement de ces deux phénomènes entraîne souvent la création d'une matrice théorique, nous n'avons d'autres choix que de présenter chacune des études de manière systématique sans pouvoir réellement en faire, a priori, une synthèse. Ce n'est qu'une fois les présentations terminées que nous pourrons faire un effort de synthèse. Sans cette précaution, le lecteur risquerait de se voir *cognitivement taxé*.

1.3.1 Les canons de la littérature

Les travaux de Lawrence et Lorsch (1967) touchent indirectement aux relations entre la structure et les processus de prise de décision via le concept de *différentiation*. Ce concept est le fruit de la spécialisation du travail et du regroupement des unités, deux concepts au cœur de la structure. La différenciation est définie comme étant la différence dans l'orientation cognitive et émotionnelle parmi les gestionnaires de départements différents. Or, si les managers développent des orientations cognitives et émotionnelles qui se différencient selon leur appartenance à une direction, il semble conséquent d'affirmer que ceux-ci préféreront des alternatives et des solutions qui ne sont pas les mêmes pour des problèmes identiques (Galbraith, 1973) et que la définition même des problèmes s'en trouvera affectée. Par conséquent, il semble que la différenciation, qui découle de la structure, aura un impact important sur les processus de prise de décision qui prennent place au sein des organisations. Ces auteurs établissent donc une relation implicite entre la structure et les processus de prise de décision.

Les travaux de Galbraith (1973) relient aussi implicitement la structure aux processus de prise de décision. Celui-ci met en évidence que l'incertitude pousse

les organisations à s'adapter. Il bâtit son raisonnement sur la prémisse qu'une augmentation de l'incertitude amène une surcharge de traitement de l'information dans la hiérarchie. Comme l'être humain a une rationalité limitée (Simon, 1957), Galbraith propose différentes stratégies d'adaptation dont l'adoption de mécanismes de liaisons afin de soulager la surcharge d'information que subit la hiérarchie. Avec ses propositions, Galbraith suppose qu'en fonction de l'incertitude, les mécanismes de liaison (la structure) auront un rôle qui facilite ou qui contraint les processus de prise de décision. Alors que Galbraith s'intéresse davantage aux mécanismes de liaison, Mintzberg fait le pont entre la structure et les processus de prise de décision via la notion de *centralisation*.

À sa manière, Mintzberg (1979 : 173) établit un pont entre la centralisation et les processus de prise de décision. Mintzberg écrit : « une structure est centralisée quand tous les pouvoirs de décision se situent à un seul point de l'organisation » et « elle est décentralisée lorsque le pouvoir est dispersé entre de nombreuses personnes ». Suivant ces définitions, il est justifié de croire que le degré de centralisation ou de décentralisation d'une structure affectera les processus de prise de décision, ne serait-ce qu'en permettant ou non l'accès à un processus.

Les auteurs qui précèdent ont tous mis en lumière différentes dimensions de la structure qui affectent les processus de prise de décision. Lawrence et Lorsch (1967), avec leur concept de différenciation, ont mis en évidence la dimension de la **complexité** de la structure, Galbraith (1973, 1977) a fait de même pour la dimension **d'intégration** (mécanismes de liaison) et Mintzberg (1979) relève la **centralisation**. En ajoutant le concept structurel de **formalisation**, qui a pour effet de standardiser les processus de prise de décision (Mintzberg, 1979), nous retrouvons intégralement les quatre dimensions fondamentales de la structure dont nous avons discuté précédemment. Sur cette base, nous pouvons affirmer qu'il semble qu'au moins trois des dimensions fondamentales de la structure puissent avoir un impact sur les processus de prise de décision.

1.3.2 Des relations explicites supportées empiriquement

C'est précisément à l'aide de ces quatre dimensions (formalisation, centralisation, complexité, intégration) que Miller (1987) émet des hypothèses quant à leurs impacts sur les processus de prise de décision. Ce chercheur considère trois aspects de la prise de décision, soit : l'approche rationnelle, qui inclut les analyses, le balayage systématique des données et la planification; l'interaction, qui regroupe les variables associées aux aspects politiques de la prise de décision et l'*assertiveness*¹⁷, qui est associée au niveau de risque et à la pro-activité (plutôt que la réactivité) des processus de prise de décision.

Après une analyse en composante principale, les résultats de Miller (1987) ne laissent pas de doute : la structure a bel et bien un effet sur la prise de décision stratégique. Ses résultats suggèrent que les dimensions structurelles **d'intégration** et de **formalisation**, qui corrélaient entre eux dans son étude et qu'il nomme le facteur d'intégration formelle, sont reliées à la rationalité et à l'interaction (facteurs politiques) dans les processus de prise de décision. En d'autres termes, les organisations qui obtiennent un score important au facteur d'intégration formelle, spécialement celles qui utilisent des mécanismes de liaisons, ont tendance à entrer dans des processus de prise de décision qui sont rationnelles ou politiques ou les deux à la fois. Selon ses résultats, cet effet est d'autant plus grand que les firmes sont performantes.

Même si la relation entre la prise de décision stratégique et le facteur de **décentralisation** est statistiquement moins importante, son étude suggère tout de même que la décentralisation corréla avec les dimensions d'interaction et d'*assertiveness* mais pas à la dimension de rationalité. Quant à la variable de la **complexité**, elle est presque sans association avec la prise de décision stratégique. Cette dernière observation est compréhensible puisque Miller n'a considéré dans son échantillon que des firmes en croissance de petite et de moyenne taille qui ne font possiblement pas face à une grande complexité

¹⁷ Puisque traduire ce terme en français amènerait une perte de sa richesse, nous avons préféré le conserver dans sa langue d'origine. La définition du concept dans le texte aide le lecteur à saisir son essence.

interne. Cette étude vient, du moins en partie, appuyer les intuitions de Galbraith, de Lawrence et Lorsch ainsi que de Mintzberg à savoir que la structure a un impact sur les processus de prise de décision.

Les travaux de Hickson et al. (1986) offrent une autre perspective de l'impact de la structure sur la prise de décision. Ses chercheurs ont tenté de trouver des différences statistiques significatives dans la probabilité de rencontrer certains types de processus de prise de décision stratégiques dans certains types d'organisation. En considérant si les organisations produisaient des biens ou si elles offraient des services ainsi qu'en s'appuyant sur la propriété des organisations, ils ont constaté que certains types d'organisations privilégiaient davantage certains modes de prise de décision. Le tableau 2 suivant résume leurs observations.

Types d'organisation	Propriété (privée ou publique)	But (produit ou service)	Effets
Organisation publique de production de biens	sporadique	sporadique	Congruent
Organisation privée de production de biens	fluide	sporadique	Non-congruent
Organisation publique de services	sporadique	fluide	Non-congruent
Organisation privée de services	fluide	fluide	congruent

Tableau 2 : Types de processus de prise de décision en fonction de la propriété et des buts de l'organisation selon Hickson

Ce tableau démontre bien que le type d'organisation a un impact différentiel sur les processus de prise de décision. Si on décompose le tableau, on constate que les entreprises publiques ont plus tendance à avoir des processus de type *sporadique*¹⁸ et les entreprises privées, des processus *fluides*¹⁹. D'un autre côté, nous observons que les entreprises de production ont

¹⁸ Les processus sporadiques sont caractérisés par des délais, des obstacles, un besoin d'expertise, de la disparité/confiance et des interactions informelles que l'on retrouve tous en grand nombre. Ce type de processus permet la négociation et nécessite plus de temps pour atteindre une décision. Ces décisions sont prises au sommet de la hiérarchie.

¹⁹ Les processus fluides occasionnent des délais, des obstacles et une disparité/confiance moindre que les processus sporadiques. Ces processus sont caractérisés par plus d'interactions formelles (plus de rencontres et de comités), laissent de l'espace pour la négociation et ils nécessitent des sources d'expertise. Ces décisions sont atteintes en moins de temps et ils sont prises au sommet de la hiérarchie.

plus tendance à avoir des processus sporadiques, alors que les entreprises de services, des processus fluides.

En combinant les deux dimensions, certains types d'entreprises démontrent de la congruence dans les types de processus qu'ils privilégient. Ainsi, les entreprises qui produisent des biens et qui sont publiques ont vraiment tendances à avoir des processus de prises de décision de type sporadique. À l'autre extrême, les organisations qui offrent des services et qui sont privées ont plus tendance à avoir des processus fluides. Par ailleurs, pour les entreprises de production privées et les organisations publiques de services, les deux dimensions de Hickson et al. sont non-congruentes. Dans ces cas, il est plus difficile de prédire quel type de processus de prise de décision sera dominant dans ces organisations.

En se basant sur ces résultats, Hickson et al. (1986) conclut que le type d'organisation dans lequel le processus de prise de décision se déroule a un impact sur ce dernier. Ainsi, les organisations varient sur leur inclinaison à utiliser des processus de prise de décision sporadique, fluide ou circonscrit²⁰.

Alors que Miller (1987) tente d'établir une relation causale entre la structure et la prise de décision, Hickson et al. (1986) établissent ni plus ni moins que des relations statistiques et a-causales qui tendent à illustrer que le type d'organisation semble avoir une influence sur la prédisposition à utiliser ou non certains modes de prise de décision.

Les études de Miller et de Hickson et al. ont le mérite d'avoir reçu une validation empirique. Il en va de même pour l'étude de Shrivastava et Grant (1985) qui ont fait leurs études sur des entreprises indiennes. En utilisant la typologie organisationnelle de Greiner (1972), Shrivastava et Grant (1985) concluent que : les firmes *entrepreneuriales* ont plus tendances à avoir un modèle

²⁰ Il s'agit du troisième type de processus que Hickson et al. ont trouvé empiriquement. Ces processus se déroulent non pas au sommet de la hiérarchie mais à un niveau inférieur. C'est un processus d'interaction informelle qui a moins d'espace pour la négociation et moins d'efforts sont dévolus pour rechercher des informations nécessaires à la prise de décision.

managérial autocratique²¹ de prise de décision; les entreprises fonctionnelles (bureaucratiques) utilisent plus souvent un modèle de planification adaptative; les organisations *divisionnalisées* sont plus enclines à faire usages du modèle bureaucratique systémique et de celui de la planification adaptative; finalement, les conglomérats utilisent, dans des proportions identiques, le modèle politique opportuniste, le modèle bureaucratique systémique et le modèle de planification adaptative.

1.3.3 Des relations explicites théoriques

Alors que les modèles que nous avons présentés succinctement sont supportés empiriquement, d'autres chercheurs ont élaboré des modèles complexes sans toutefois se préoccuper de leur validation empirique. C'est le cas des études de Thompson et Tuden (1956), de même que l'étude exemplaire de Fredrickson (1986).

Thompson et Tuden (1956) sont probablement les premiers dans la littérature à avoir tenté d'établir explicitement un lien entre la structure et les types de prise de décision. Pour comprendre ces auteurs, il faut d'abord démystifier les notions de préférences et de moyens sur lesquelles s'échafaude leur théorie. Les préférences sont les objectifs que se fixent l'organisation alors que les moyens sont le *comment* les objectifs fixés seront produits. Pour eux, qu'il y ait un consensus ou non, sur les préférences et sur les moyens à utiliser, a un impact déterminant sur le type de processus de prise de décision à adopter. Il y a quatre

²¹ Les quatre modèles de prise de décision stratégique de Shrivastava et Grant (1985) sont présentés succinctement ci-après :

Modèle managérial autocratique: Un seul manager prend les décisions. Les processus de prise de décision tournent autour de ses préférences et de ses actions. Peu d'alternatives sont générées. L'intuition et le jugement sont utilisés plutôt que des systèmes managériaux pour évaluer les alternatives.

Modèle bureaucratique systémique: Les règles et les régulations officielles ainsi que les systèmes organisationnels déterminent largement les activités, les flux d'information, les interactions et le développement de solutions, influencent grandement le processus de prise de décision stratégique. De nombreuses alternatives sont générées et documentées. Souvent des agents environnementaux participent à la prise de décision.

Modèle de planification adaptative: Les dirigeants utilisent le plan stratégique à long terme pour guider les décisions. La phase de familiarisation des problèmes et de développement des solutions fait parti du cycle de planification accompli par un professionnel du planning. Mais ces plans sont modifiés pour s'accommoder aux changements organisationnels.

Modèle politique opportuniste: Les décideurs forment des coalitions. Ils gèrent le processus de prise de décision de manière à protéger et maximiser leurs intérêts. Ils défendent et font la promotion de leur groupe de problèmes et de solutions.

types de prise de décision : l'analyse, le jugement, la négociation (*bargaining*) et l'inspiration (Nutt, 2002). Pour chacun de ces types de prise de décision, Thompson et Tuden soutiennent qu'il y a un type de structure qui est optimal à leur déploiement.

Selon eux, lorsque les préférences et les moyens sont connus et qu'ils font l'objet d'un consensus, le type de processus de prise de décision à utiliser est l'analyse. La structure la plus efficiente pour traiter ce type de décision, nous disent Thompson et Tuden, est, dans ce cas, la structure bureaucratique de Weber ou ce que Mintzberg (1979) appelle la bureaucratie mécaniste.

Lorsque les fins sont consensuelles mais que les moyens ne le sont pas, alors il vaut mieux avoir recours au jugement pour prendre une décision. Si Thompson et Tuden avaient la possibilité de construire une structure sur mesure pour rendre ce type de décision efficient, ils créeraient une structure de collégialité. Pour parler dans les termes de la typologie de Mintzberg (1979), nous pourrions dire qu'ils créeraient une bureaucratie professionnelle.

Lorsqu'il y a un consensus quant aux moyens mais pas sur les fins, l'approche de la prise de décisions la plus efficiente est la négociation. La structure qui serait alors la plus performante pour porter ce type de prise de décision est, dans les termes de Thompson et Tuden, la structure de représentativité. Il semble que cette structure se rapproche de l'adhocratie de Mintzberg (1979).

Finalement, les décisions par inspiration, qui sont plus rares (Nutt, 2002), devraient être privilégiées lorsque les fins et les moyens sont inconnues. La structure qui rendrait ce type de processus de décision efficient est la structure anomique. Il ne semble pas y avoir d'équivalence avec les configurations de Mintzberg de 1979. Par contre, ce type de structure semble s'apparenter avec la structure politique que Mintzberg décrit dans son ouvrage de 1989. Le tableau 3 de la page suivante résume les propositions de Thompson et Tuden (1956).

	Préférences (fins, buts)		
		<i>Consensus</i>	<i>Sans consensus</i>
Moyens, croyance sur les causes	<i>Consensus</i>	Prise de décision rationnelle dans une bureaucratie wébérienne (bureaucratie mécaniste)	Prise de décision de négociation dans une structure de collégialité (bureaucratie professionnelle)
	<i>Sans consensus</i>	Prise de décision de jugement dans une structure de représentativité (structure adhocratique)	Prise de décision d'inspiration dans une structure anomique (organisation politique)

Tableau 3 : La prise de décision la plus efficace pour le type de structure selon Thompson et Tuden

Avec Thompson et Tuden (1956), puis avec Shrivastava et Grant (1985), le tableau conceptuel pour tenter de comprendre l'interaction entre la structure et la prise de décision commence dangereusement à s'alourdir. Chacun utilise ses propres concepts pour qualifier les processus de prise de décision et chacun y va en utilisant des typologies organisationnelles différentes. Les deux prochains auteurs, Fredrickson (1986) et Langley (1990), utilisent la typologie de Mintzberg (1979) pour qualifier la structure, rendant ces deux études parfaitement complémentaires. Par ailleurs, tout comme Thompson et Tuden, Fredrickson (1986) propose un modèle sans toutefois offrir de support empirique à ses hypothèses.

Fredrickson (1986) est certainement un des auteurs qui a le mieux su mettre en relation les impacts de la structure sur les processus de prise de décision. À l'aide des six caractéristiques des processus de la prise de décision de Mintzberg, Raisinghani et Theoret (1976) et de Lindblom, l'auteur fait la démonstration théorique des effets de la structure sur ces processus. Les six caractéristiques des processus de prise de décision qui apparaissent dans l'étude de Fredrickson (1986) sont résumées ci-après :

- *L'initiation du processus* : La question est de savoir *comment* et *où* le processus est initié.
- *Le rôle des buts* : les rôles que les buts jouent dans le processus de prise de décision (décision prise en vue de buts individuels ou organisationnels).

- *Relation entre les fins (buts) et les moyens (alternatives)* : quelle est la probabilité que les moyens déplacent les fins (buts, préférences)?
- *Explication de l'action stratégique* : considère plusieurs explications du processus qui résulte en action stratégique (l'action stratégique est-elle le résultat d'un choix stratégique rationnel, d'un processus standardisé, d'un processus interne de négociation).
- *Compréhension de la prise de décision* : tente d'identifier les facteurs qui limitent la compréhension du processus de prise de décision stratégique.
- *Intégration des décisions* : les points de vue individuels sont pris en considération dans le processus.

L'auteur utilise ensuite les trois dimensions de la structure qui font l'objet d'un consensus dans la littérature (Van de Ven, 1976): la centralisation, la formalisation et la complexité. À l'aide de ces trois dimensions de la structure et des six caractéristiques des processus de prise de décision, l'auteur émet une série de propositions qui intègrent ces dimensions structurelles et les six caractéristiques de la prise de décision énoncées par Mintzberg et al. (1976). Le tableau w suivant résume ses hypothèses.

À l'aide de la typologie de Mintzberg, l'auteur intègre ces dimensions de la structure et les caractéristiques des processus de prise de décision. Chaque configuration de Mintzberg est dominée par une dimension. La structure simple est dominée par la centralisation. La bureaucratie mécaniste est caractérisée par la formalisation et la bureaucratie professionnelle par la complexité. Ainsi, les structures simples, auront tendance à démontrer les caractéristiques qui apparaissent sous la rubrique centralisation du tableau 4 de la page suivante. Il en va de même pour les autres configurations.

Sa démarche est très rationnelle et il intègre parfaitement les caractéristiques de la prise de décision dans les configurations de Mintzberg. Les travaux de Langlely (1990) sont parfaitement complémentaires à l'analyse de Fredrickson. Alors que ce dernier cherche à comprendre la relation entre la structure et la prise de décision, Langlely cherche plutôt à comprendre les motivations qui poussent les dirigeants à commander des rapports ou des

analyses. L'étude à ceci de particulier : elle utilise la méthode d'étude de cas et elle est basée sur trois organisations publiques.

Centralisation	Formalisation	Complexité
À mesure qu'augmente le niveau de centralisation, augmente aussi la probabilité que...	À mesure qu'augmente le niveau de formalisation, augmente aussi la probabilité que...	À mesure qu'augmente le niveau de complexité, augmente aussi la probabilité que...
1-A) Le processus de décision stratégique sera initié seulement par les quelques personnes dominantes et qu'il sera le résultat d'un comportement proactif de recherche d'opportunité.	2-A) Le processus de décisions stratégique sera initié seulement en réponses à des problèmes ou des crises qui apparaissent dans les variables que le système formel à la sensibilité de détecter	3-A) Les membres initialement exposés au stimulus de la décision ne la reconnaîtront pas comme stratégique ou vont l'ignorer à cause de son incompatibilité avec leurs préférences.
1-B) Le processus de décisions sera orienté vers l'accomplissement des objectifs proposés par les personnes dominantes même s'il doit y avoir des changements substantiels dans les moyens.	2-B) Les décisions seront prises pour accomplir des buts (fins) précis mais non arrêtés. Les moyens déplacent les fins (buts).	3-B) La décision doit satisfaire un grand nombre de contraintes ce qui diminue la probabilité que les décisions seront prises pour accomplir des buts qui servent l'organisation dans son ensemble.
1-C) L'action stratégique sera le résultat du choix stratégique rationnel et intentionnel. Les changements de stratégie seront radicaux.	2-C) L'action stratégique sera le résultat de processus organisationnels standardisés. Les changements seront incrémentales.	3-C) L'action stratégique sera le résultat de processus interne de négociation politique. Les changements seront incrémentaux.
1-D) Les limites cognitives du sommet stratégique seront la principale contrainte à la compréhension du processus stratégique. L'intégration de la décision sera relativement importante.	2-D) Le niveau de détails des processus standardisés organisationnels sera la principale contrainte de la compréhension du processus de décision stratégique. L'intégration des décisions sera intermédiaire.	3-D) Le biais perceptif introduit par les préférences des individus sera la principale contrainte de la compréhension du processus de la décision stratégique. En général, l'intégration des décisions sera faible.

Tableau 4 : Les impacts de la structure sur les processus de prise de décision selon Fredrickson

1.3.4 Un retour à l'empirisme

L'étude de Langley (1990) examine dans une bureaucratie mécaniste, une bureaucratie professionnelle et une adhocratie les raisons sous-jacentes à l'utilisation de l'analyse formelle comme soutien à la prise de décision stratégique. Pour ce faire, elle crée quatre catégories qui identifient les raisons qui poussent les dirigeants à commander ou demander une analyse. La première est de nature

informationnelle. Lorsqu'un décideur est dans une situation d'incertitude, il demande une analyse afin de la diminuer. La seconde catégorie est reliée à la *communication*. L'objectif de celui qui demande l'analyse est de faire adhérer les autres à son point de vue ou de faire connaître sa position. Les dirigeants peuvent aussi commander une analyse pour des raisons de *direction et de contrôle* afin de résoudre un problème spécifique ou pour documenter et détailler une décision particulière. La dernière raison est le *symbolisme*. Le dirigeant commande une analyse afin de donner l'illusion d'une volonté d'agir ou afin de rendre légitime la rationalité d'une démarche.

Selon Langley (1990), ces justifications pour commander une analyse ne se répartissent pas au hasard parmi les différentes configurations de Mintzberg (1979). Les motivations à commander une étude suivent des patrons de comportement qui semblent liés au type de structure. Langley a observé trois patrons distincts qui sont tous assimilables à une configuration donnée.

Le premier patron, qu'elle nomme *convergence linéaire*, est caractéristique de la bureaucratie mécaniste. Les études commandées sont généralement *hautement analytiques*. Elles sont initiées par les hauts-dirigeants et sont exécutées par les analystes. De plus, elles sont utilisées plus fréquemment demandées pour des raisons *d'information* ainsi que pour des raisons de *direction et de contrôle*. Ce pattern apparaît lorsque les ou le dirigeant a besoin d'un intrant substantiel d'information pour prendre les décisions, pour contrôler l'implantation et pour assurer la convergence de l'action.

Le second patron, qu'elle nomme *collégialité contrôlée*, est associé aux bureaucraties professionnelles. Langley observe que ces analyses ont une profondeur modérée, qu'elles sont initiées et exécutées de manière plus décentralisée que dans la bureaucratie mécaniste ou que dans l'adhocratie. L'analyse formelle est, dans ce type d'organisation, davantage utilisée pour des raisons de *communication* et *d'information*. Elle est un outil de persuasion et de vérification dans le processus de négociation entre les niveaux hiérarchiques concernant l'action à être entreprise.

Elle nomme le troisième patron, la *divergence contrôlée*. Ce patron se retrouve souvent dans les adhocratie et est caractérisé par de nombreuses analyses de faibles profondeurs qui sont initiées par des personnes détenant une vaste gamme de postes variés. Elles sont commandées pour des raisons *symboliques* ou pour des raisons reliées à la *communication* (positionnement). L'analyse semble être improductive puisque les gens l'utilisent pour promouvoir des positions contradictoires et pour gagner du temps dans une atmosphère d'indécision et de divergence.

1.3.5 Une synthèse

Qu'apprend-on des pionniers qui ont tenté de comprendre comment la structure organisationnelle influence les processus de prise de décision? Pour répondre à cette question, nous avons besoin de construire une grille pour classifier ce que nous avons appris jusqu'à maintenant. En d'autres termes, nous devons créer une *méta-matrice* qui tient compte de l'apport des chercheurs.

Puisqu'il nous est possible de répertorier les résultats de recherche de quatre auteurs en utilisant les configurations de Mintzberg, c'est à partir de celles-ci que le tableau 5 de la page suivante a été construit. Étant donné la nature des organisations avec lesquelles nous composerons lors de notre cueillette de données, nous éliminons d'emblée, pour des raisons de concisions, les configurations ou structures qui ne nous concernent pas, notamment la structure simple, la structure *divisionnalisée* et la bureaucratie professionnelle.

Il appert que nous retrouvons une certaine consistance dans les données des chercheurs. Ainsi, dans les bureaucraties mécanistes, les processus de prise de décision auront tendance à être initiés par les hauts-dirigeants en réponse à une crise ou à un problème que le système formel sera en mesure de détecter. Les analyses formelles auront pour objectifs de diminuer l'incertitude en offrant une information tangible ou afin d'assurer le contrôle et la direction des activités. Par conséquent, la prise de décision aura avantage à être rationnelle dans la mesure où les fins et les moyens de la prise de décision sont clairs. Puisque des plans stratégiques à long terme sont utilisés pour guider les décisions, la standardisation des processus des prises de décision sera la principale limite de

	Langley	Fredrickson	Thompson	Shrivastava
Bureau- cratie méca- niste	Convergence linéaire : - Études hautement analytiques; - Processus initié par les hauts-dirigeants et exécutées par les analystes; - Analyse formelle utilisée pour information et direction/contrôle; - Avoir un intrant substantiel pour les décisions; - Pour contrôler l'implantation; - Pour assurer la convergence de l'action.	Formalisation : - Processus initié en réponse à des crises ou à des problèmes; - Les décisions seront prises pour répondre à des buts organisationnels précis; - Les moyens primes sur les fins - Les actions stratégiques sont le résultat de processus standardisés - Actions stratégiques réalisées de manière incrémentales. - Les détails de la standardisation du processus seront la première contrainte qui limitera la compréhension des facteurs importants qui pourraient influencer la décision stratégique.	- Prise de décision rationnelle lorsque les fins et les moyens sont clairs.	Modèle de planification adaptative : - Utilise le plan stratégique à long terme comme guide des décisions. - La familiarisation avec les problèmes et le développement des solutions fait parti du cycle de planification accompli par un professionnel de la planification.
Adho- cratie	Divergence contrôlée : - Analyses de faibles profondeurs; - Mais elles sont nombreuses; - Elles sont initiées par une large gamme de personnes; - Utilisées pour des raisons soient symbolique ou de communication (positionnement); - L'analyse semble être improductive puisque les gens l'utilisent pour promouvoir des positions contradictoires et pour gagner du temps dans une atmosphère d'indécision et de divergence.		- Lorsque les fins sont consensuelles mais que les moyens ne le sont pas, alors il vaut mieux avoir recours au jugement comme mode de prise de décision pour prendre une décision.	-

Tableau 5 : Synthèse des apports théoriques de Langley, Fredrickson, Shrivastava, Thompson et Tuden

la compréhension des facteurs qui pourraient influencer la prise de décision. De plus, il faut se souvenir que dans une telle structure, c'est la technostucture qui est chargée de la planification. Pour résumer, le concept-clé qui caractérise la prise de décision et la structure est la formalisation.

Quant à l'adocratie, ses processus de prise de décision semblent axés autour du jugement. Les analyses formelles qui y sont menées sont de faibles profondeurs mais elles sont nombreuses. Leur fonction est souvent symbolique ou encore elles peuvent servir à faire valoir ses positions au sein d'un processus décisionnel. La décentralisation de l'initiation du processus est grande.

En somme, la plupart des auteurs, qui ont tenté l'aventure de croiser les variables qui appartiennent à la structure avec celles qui sont le propre des processus de prise de décision, ont surtout établi que certaines caractéristiques des processus de prise de décision étaient concomitantes à certaines structures. Cependant, aucun d'entre eux n'a tenté de démontrer empiriquement l'efficacité

ou l'efficience des processus de prise de décision en fonction de la structure organisationnelle en place. C'est l'aventure à laquelle nous vous convions. Pour ce faire, nous devons d'abord nous positionner par rapport à la perspective théorique que nous désirons adopter. Nous ferons donc au prochain chapitre un survol épistémologique, paradigmatique et théorique des perspectives par lesquelles il est possible d'appréhender notre objet d'étude.

CHAPITRE 2 : LA PROBLÉMATIQUE

On demanda à un groupe d'aveugles, n'ayant jamais su ce qu'était un éléphant, d'en décrire un, à l'aide du touché. L'un d'entre eux toucha à la trompe, l'autre à l'oreille, le troisième à la queue et le quatrième à la patte. Lorsqu'on leur demanda de décrire l'éléphant, personne n'en donna la même définition ni n'en avait eu la même expérience. Dans le même ordre d'idée, la littérature sur la structure et la prise de décision révèle que ces concepts peuvent être appréhendés de plusieurs perspectives. Bien que nous ayons mis en lumière, dans notre revue de la littérature, différentes théories qui traitent de la structure et des processus de prise de décision, il existe en fait d'autres éclairages que la perspective *managériale*. D'autres systèmes philosophiques, écoles de pensées et modèles théoriques nous permettraient de saisir différemment la relation qui existe entre la structure et les processus de prise de décision. C'est pourquoi, nous proposons maintenant de nous situer par rapport aux différents systèmes philosophiques, paradigmes et théories dont la littérature est ponctuée.

2.1 L'épistémologie

À un certain niveau d'abstraction, nous pouvons situer notre objet (ou notre sujet) d'étude à travers les lunettes de l'épistémologie. Celle-ci se définit comme « l'étude de la science comme mode et comme type particulier de connaissance, par opposition à d'autres formes d'expérience ou de savoir comme la mystique, la philosophie et l'art. » (Bédard, 2000 : 19). « Elle touche à la formation et aux transformations des théories scientifiques, aux méthodologies et techniques d'investigations, aux processus de création de l'objet scientifique. » (Bédard, 2000 : 19). C'est, entre autres, grâce à elle que la validité méthodologique de toute démarche scientifique est assurée.

Puisque l'épistémologie s'intéresse à la validité de la connaissance et, par conséquent, aux méthodes d'appréhension du *réel*, il est impératif de pénétrer dans le monde des structures et des processus de prise de décision en adoptant une position qui s'étend sur un continuum allant du positivisme à la

phénoménologie. Le premier pouvant être relié à l'objectivisme et le second, au subjectivisme.

2.1.1 Le positivisme

Le positivisme, développé par Auguste Comte, pose que seule la connaissance qui découle de la science expérimentale et de l'étude des faits est féconde. Le chercheur est un observateur indépendant qui se concentre sur les faits observables, tels que la structure et les processus de prise de décision, qui sont pour lui *objectifs* et mesurables. Il cherche à établir des liens de causalité et les lois fondamentales de l'objet qu'il étudie. Il utilise une approche déductive, c'est-à-dire qu'il formule d'abord des hypothèses qu'il teste ensuite sur le terrain à l'aide d'outils de mesure tels que des questionnaires, des grilles d'entrevues ou des grilles d'observation. Ce sont ses outils de mesure qui vont légitimer la valeur des résultats obtenus. Les chercheurs qui traitent de la structure ou de la prise de décision, que nous avons présentés, s'inscrivent dans cette perspective. La psychologie scientifique s'intéresse aussi à la prise de décision tout en adoptant, elle aussi, le positivisme comme système philosophique. Cependant, à la différence de la littérature *managériale*, la psychologie se concentre essentiellement sur les mécanismes cognitifs intra-personnels qui régissent la prise de décision.

2.1.2 La phénoménologie

La phénoménologie et le constructivisme²² constituent l'autre extrémité du continuum objectivité-subjectivité. Ces systèmes philosophiques stipulent que le monde est socialement construit et qu'il est fondamentalement subjectif. L'observateur, indissociable du *sujet* qu'il observe, tente de comprendre les phénomènes du point de vue des participants et s'intéresse au sens que ceux-ci perçoivent ou construisent. Il valorise davantage une méthodologie inductive, c'est-à-dire qu'il laisse émerger un sens de ses observations sans postuler d'hypothèses *a priori*. Le chercheur qui s'inscrit dans ce courant philosophique utilise des méthodes comme l'ethnographie ou encore la méthode

²² Selon Ann Langley, le constructivisme est caractérisé par la co-participation à la construction de la connaissance par les acteurs. Les acteurs co-participent donc à la construction de la structure et des processus de prise de décision.

phénoménologique (Giorgi, 1985). Dans ce système, les structures et les processus de prise de décision sont construits socialement et ils n'existent que par le jeu des acteurs. On retrouve davantage ce positionnement philosophique en sociologie avec des travaux tels que ceux d'Anthony Giddens et de Pierre Bourdieu. En management, certains chercheurs tels que Bouchikhi, Greenwood, Hinings et Ranson ont aussi adopté cette position épistémologique.

2.2 Les paradigmes

Alors que l'épistémologie met l'accent sur les méthodologies qui ont pour objet de valider la connaissance, le paradigme, selon Kuhn, est un « ensemble de croyances, une vision du monde, un principe organisateur » (Séguin et Chanlat, 1992 : 5) qui sculpte notre façon de comprendre le *réel*. De ce point de vue, le paradigme a une connotation ontologique. Selon Séguin et Chanlat (1992), la fondation des théories de l'organisation repose essentiellement sur deux grands paradigmes : le paradigme fonctionnaliste et le paradigme critique.

2.2.1 Le fonctionnalisme

Le paradigme fonctionnaliste considère que l'organisation est un système dont l'équilibre dépend de l'intégration de ses composantes. L'intégration des individus et des groupes de l'organisation découle « de l'existence et de l'acceptation de buts communs à tous, et d'une division du travail par laquelle certains ont l'autorité hiérarchique pour coordonner et contrôler le travail des autres, ce qui permet la réalisation des buts que l'organisation s'est fixés. » (Séguin et Chanlat, 1992 : 35). Ce courant repose sur le postulat que la structure organisationnelle tente de maintenir son intégrité et son auto-conservation. Le fonctionnalisme nous offre donc « une vision consensuelle de l'organisation » où la structure *idéale* est caractérisée par l'harmonie et non par l'existence de conflit ou de relations de pouvoir. Dans cette perspective, la structure constitue le « modèle » même de ce qu'est ou doit être une organisation (Séguin, Chanlat, 1992 : 36).

Le fonctionnalisme tente d'établir des relations claires et linéaires entre des facteurs et leurs conséquences. De plus, ce sont les faits et les situations

« réelles » qui ont une validité (Séguin et Chanlat, 1992 : 7). De par son positionnement ontologique, il n'est pas étonnant que le fonctionnalisme établisse un mariage de raison avec l'épistémologie positiviste et qu'une grande partie de la littérature en management repose sur ces fondations.

2.2.2 Le paradigme critique

Dans le paradigme critique, l'organisation est le reflet de pouvoirs, de conflits et de luttes que l'on retrouve dans la société dans son ensemble. La structure organisationnelle produit des inégalités de pouvoir et de statut qui sont légitimées par différents groupes d'intérêts et diverses idéologies. Alors que le paradigme fonctionnaliste « privilégie la stabilité, l'intégration, la coordination fonctionnelle et le consensus, le paradigme critique s'intéresse avant tout au conflit, au changement, à la désintégration et à la domination... » (Séguin et Chanlat, 1992 : 37). En somme, les organisations ne sont pas des éléments statiques et inertes. Elles sont aux prises avec des contradictions, des oppositions, des conflits, des crises et des ruptures (Séguin et Chanlat, 1992 : 68). Dans cette perspective, le projet organisationnel doit être émancipateur, « il doit libérer les hommes et les femmes de toutes ces chaînes qui ne leur permettent pas de se réaliser en tant qu'humains » (Séguin et Chanlat, 1992 : 71).

Ayant passé en revue les pôles de quelques systèmes philosophiques, nous sommes maintenant en mesure de nous positionner dans le champ de la connaissance. Notre démarche de recherche et le modèle théorique que nous avons construits s'inscrivent à l'intérieur de l'héritage du siècle des lumières. Le modèle théorique que nous présentons de même que la revue de littérature du premier chapitre relève à la fois du fonctionnalisme et du positivisme. Ayant posé les fondations de notre étude, il incombe maintenant de nous situer par rapport aux grandes écoles *managériales* qui jalonnent la littérature, avant de nous lancer dans la présentation de notre modèle théorique.

2.3 Les grands courants en management

Trois grands courants dominent la littérature *managériale* dans le domaine des structures et des processus de prise de décision. Il s'agit de l'universalisme, aussi appelé « théories classiques », de l'approche de la contingence et des théories configurationnelles (Delery et Doty, 1996).

2.3.1 L'universalisme

Cette approche normative considère qu'il n'y a qu'une seule bonne manière d'organiser. Elle édicte des principes universaux qui ont pour but d'aider les dirigeants à construire une structure qui soit performante dans tous les contextes. C'est ainsi que sont nés des principes comme l'unité de commande, la chaîne de commande, la surface de contrôle, etc. Adopter une telle position pour saisir notre objet d'étude en revient à formuler des recommandations universelles sur la forme que doit prendre la structure et sur les étapes à suivre dans les processus de prise de décision. Là n'est pas l'objet de notre démarche.

2.3.2 La perspective de la contingence

La perspective de la contingence adopte une position complètement différente de l'universalisme. Alors que ce dernier prône le « one best way », la perspective de la contingence relativise son approche et suggère plutôt qu'il doit y avoir un *fit*²³ entre le contexte d'une organisation (les caractéristiques de sa culture, son environnement, sa technologie, sa taille ou ses tâches), sa structure et ses processus, afin qu'elle survive et qu'elle soit efficace. Les théoriciens résument cette position par le slogan « it all depends ». Adopter une telle position en revient à tenter de comprendre quelles sont les variables structurelles et celles des processus de prise de décision qui co-varient en même temps que la performance organisationnelle croît ou décroît. Lorsqu'un chercheur observe une augmentation de la performance, il stipule que l'adéquation entre la structure, les

²³ Nous aurions pu utiliser le terme *congruence* pour traduire le terme *fit*. Cependant, Fry et Schellenberg (cité dans Drazin et Van de Ven, 1985) utilisent le mot *congruent* pour spécifier un type particulier de *fit*. En conséquence, nous avons jugé qu'il était préférable de conserver le vocable *fit*.

processus et le contexte de l'organisation sont en harmonie, qu'il y a un *fit* entre eux. Nos travaux s'inscrivent dans cette perspective.

2.3.3 Les théories configurationnelles

À la différence de l'approche de la contingence, la perspective configurationnelle considère plutôt que la structure organisationnelle, son environnement, son système de production, sa stratégie, ses procédures de traitement de l'information et ses processus de prise de décision s'influencent mutuellement pour former, dans la nature, qu'un nombre limité de configurations, de *gestalts* ou d'archétypes. Le slogan associé à cette perspective est « *it all comes together* » (Miller et Friesen, 1984). Les chercheurs qui s'insèrent dans cette orientation utilisent ou génèrent des typologies ou des taxonomies qui tentent de rendre compte du nombre maximal de formes d'organisations que l'on retrouve dans différents secteurs d'activités. Bien que nous utilisions la typologie de Mintzberg (1979) pour classifier les structures des organisations que nous investiguons, notre démarche de recherche n'a pas l'ambition de mettre à jour ou de valider une typologie des structures ou des processus de prise de décision.

2.4 Le modèle théorique

Comme nous l'avons déjà souligné, l'objet de notre étude est de mettre à jour les impacts de la structure organisationnelle sur la performance des processus de prise de décision. En plus de s'engager dans cette démarche, nous tenterons de comprendre si les processus de prise de décision sont plus efficaces et/ou plus efficaces dans la mesure où il existe une relation de contingence entre la complexité d'un dossier et le type de structure organisationnelle. Afin de bien comprendre les relations qui s'établissent entre les différentes variables avec lesquelles nous jonglons, nous avons construit un modèle qui s'inspire des travaux de Mintzberg (1979), Nutt (2000, 2002) et Hickson et al. (1986).

2.4.1 Le modèle théorique

Notre modèle théorique est composé essentiellement de quatre éléments en interrelation qui peuvent affecter la performance des processus de prise de décision. Il s'agit du type de structure, du degré de complexité des dossiers, du

déploiement des processus de prise de décision et le réseau de la santé et des services sociaux tels que présentés dans le schéma 1 suivant.

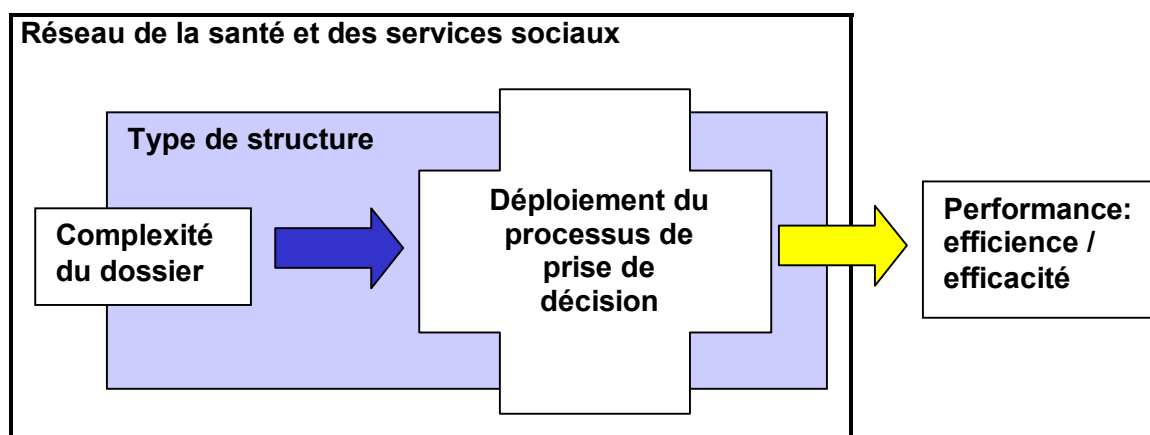


Schéma 1 : Les composantes de notre modèle théorique

Pour décrire la structure, nous utiliserons la typologie de Mintzberg (1979). La renommée de son modèle ainsi que la possibilité de l'appliquer au secteur public offrent des avantages importants comparativement aux autres typologies ou taxonomies existantes qui sont mieux adaptées au secteur privé, tels que la taxonomie de Miller et Friesen (1984) ou la typologie de Miles et Snow (1978).

Mintzberg base son système de classification des structures sur cinq mécanismes de coordination : la supervision directe, la standardisation du travail, la standardisation des spécifications, la standardisation de la production et l'ajustement mutuel. Chaque type de structure privilégie un mécanisme de coordination et se structure autour de lui. Sa typologie de 1979 comporte, par conséquent, cinq configurations qui découlent de ces mécanismes de coordination. Il s'agit de la structure simple, de la bureaucratie mécaniste, de la bureaucratie professionnelle, de la structure *divisionnalisée* et de l'adhocratie. Sa typologie de 1989 comporte deux configurations de plus soit : l'organisation politique et l'organisation missionnaire. Chacune de ses structures peut former un hybride avec un autre type de structure pour former une configuration particulière.

Pour définir la complexité des dossiers, nous nous sommes inspirés des travaux de Hickson et al. (1986). C'est suivant ses critères que nous avons

sélectionné, *a priori*, nos dossiers. L'opérationnalisation de la complexité est présentée au prochain chapitre.

En ce qui a trait au déploiement des processus de prise de décision, nous laissons émerger le matériel de lui-même sans lui imposer de cadre interprétatif. Cet aspect de notre recherche se veut donc davantage exploratoire et inductive, nous permettant ainsi d'être plus près des données brutes et de laisser spontanément se manifester l'influence de la structure organisationnelle sur les processus de prise de décision.

Quant à l'évaluation de la performance, nous utiliserons les critères d'efficacité et d'efficience des processus de prise de décision de Paul Nutt (2000, 2002). Ce chercheur chevronné utilise cinq critères pour mesurer la performance des processus de prise de décision.

Bien que les membres du réseau de la santé et des services sociaux aient un impact définitif sur le déploiement des processus de prise de décision et sur leur résultat, aucune variable ne sera pré-définie pour tenter de comprendre comment celui-ci influence les processus de prise de décision. Cependant, nous prêterons attention à ses manifestations.

2.4.2 Une récapitulation

Cette étude nous permettra de répondre à deux impératifs. D'une part, une partie de notre travail a pour mission de laisser émerger du nouveau matériel dans le but de répondre à la question de recherche : « **Quels sont les impacts de la structure sur les processus de prise de décision?** » Nous ferons alors l'exercice de comprendre, sans hypothèse explicite de travail, comment la structure organisationnelle influence les différents aspects des processus de prise de décision. D'autre part, nous stipulons qu'il existe une relation de contingence entre la structure organisationnelle et le degré de complexité des dossiers qui affecte la performance des processus de prise de décision. Cette relation de contingence est mise à l'épreuve par un système de quatre hypothèses qui sont formulées au troisième chapitre.

En somme, les fondations de notre modèle théorique repose sur le paradigme fonctionnaliste étant donné les postulats même de notre recherche. En effet, nous stipulons qu'il existe une relation optimale entre la structure et la complexité des dossiers qui engendre une plus grande performance des processus de prise de décision. Cela revient à dire que l'intégration de ces deux composantes aura un impact sur la réalisation des buts de l'organisation. Ce type de raisonnement est vraiment au cœur du paradigme fonctionnaliste. Elle est aussi positive puisque nous considérons que la structure et les processus de prise de décision sont des réalités *suffisamment objectives* pour être mesurées. Cette *objectivation* de la structure et des processus de prise de décision est précisément le sujet du prochain chapitre, qui a pour mission de dégager les concepts-clés de notre modèle théorique et d'en opérationnaliser les constituants suivant les recommandations de Quivy et Campenhoudt (1995).

CHAPITRE 3 : LE MODÈLE D'ANALYSE

Au dernier chapitre, nous avons présenté les constituants de base de notre modèle théorique. Il convient maintenant de les opérationnaliser. Nous exposons dans un premier temps les indicateurs spécifiques qui se rapportent aux dimensions de la structure, des processus de prise de décision, à la complexité des dossiers ainsi que les variables dépendantes liées à l'efficience et à l'efficacité des processus de prise de décision. Nous terminerons ce chapitre par la formulation de nos hypothèses de recherche.

3.1 La structure

Afin de mettre en lumière les influences de la structure sur les processus de prise de décision ainsi que pour répondre à nos hypothèses de recherche, nous avons opté pour une analyse comparative de deux types de structure. Pour ce faire, nous avons sélectionné deux Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec qui, tout en ayant différentes structures, possèdent des missions identiques et certains dossiers similaires. Étant donné leurs missions identiques, il est possible de considérer celles-ci comme étant des constantes dégageant, en partie du moins, les effets de la structure sur les processus de prise de décision. Cet exercice est extrêmement fécond puisqu'il nous permet de comparer comment deux types de structures influencent, chacune à leur manière, les processus de prise de décision. À notre connaissance, c'est la première fois qu'une telle comparaison, qui maintient à la fois la mission et la nature des dossiers constants, est entreprise.

Pour classer les structures que nous étudions, nous utilisons la typologie de 1979 de Mintzberg. Pour s'assurer que nous avons bel et bien des structures différentes, nous avons vérifié, par le biais d'entretiens téléphoniques et d'information disponible sur internet, si ces deux Régies régionales possédaient des logiques d'organisation différentes. Ces informations préliminaires nous ont permis d'avancer que nous avons affaire à deux types de structures. D'une part, nous avons une bureaucratie mécaniste et, d'autre part, une adhocratie, plus communément appelée structure matricielle et que Mintzberg rebaptise en 1989

« organisation innovatrice ». Nous présentons donc de manière synthétique ces deux configurations de la typologie de Mintzberg (1979).

Pour Mintzberg, une bureaucratie mécaniste est une organisation dont le principal mécanisme de coordination est la standardisation du travail. Ce type de structure encourage la spécialisation horizontale, c'est-à-dire que la différenciation entre les fonctions est très importante et que les employés ont tendance à y exécuter un travail très pointu. La spécialisation horizontale est doublée d'une spécialisation verticale où la réalisation du travail est séparée de son administration. Pour assurer la standardisation du travail, l'organisation formalise le comportement de ses employés via des procédures strictes à suivre et/ou des descriptions de tâches précises. La bureaucratie mécaniste est généralement structurée par fonction et ses unités sont grandes à la base mais petite dans les autres composantes de l'organisation. Il existe peu de mécanismes de liaison entre les fonctions et les actions organisationnelles s'articulent à l'intérieur de plans stratégiques, fonctionnels ou opérationnels. Quant à la décentralisation des décisions, elle est généralement limitée horizontalement à la technostructure, les spécialistes qui standardisent les procédés de travail.

L'adhocratie, pour sa part, est une organisation dont le principal mécanisme de coordination est l'ajustement mutuel. Elle encourage énormément la spécialisation horizontale, c'est-à-dire que la différenciation entre les fonctions est très importante. Pour assurer la qualité du travail, elle ne formalise pas le comportement de ses employés mais ceux-ci doivent détenir une formation importante. L'adhocratie est structurée en fonction de ses marchés ou de ses clients et ses unités sont généralement petites dans toute l'organisation. Il existe une grande quantité de mécanismes de liaison entre les programmes-clientèles et les fonctions. La planification des actions est assez limitée et la décentralisation des décisions est sélectivement attribuée aux fonctions de support, c'est-à-dire aux fonctions qui supportent les activités centrales de l'entreprise.

Mais ce diagnostic préliminaire est loin d'être suffisant pour pouvoir qualifier de bureaucratie mécaniste ou d'adhocratie les structures qui font l'objet

de notre étude. C'est pourquoi, nous utilisons les neuf paramètres de conception de la structure de Mintzberg (1979) qui nous permettront de pousser davantage notre qualification de la structure. Ces neuf paramètres sont au centre de notre diagnostic pour trois raisons. D'abord, c'est à l'aide de ceux-ci que Mintzberg a conçu sa typologie. Il est, par conséquent, logique d'utiliser les mêmes paramètres que lui pour classer nos structures dans les configurations qu'il a créées. De plus, ces neuf paramètres, tout en offrant l'avantage d'être facilement *opérationnalisables*, sont la parfaite extension des quatre principales composantes de la structure (centralisation, formalisation, mécanismes de liaison et complexité) que nous avons exposées dans notre revue de la littérature au premier chapitre.

Le tableau 6 de la page suivante expose les neuf paramètres de conception de Mintzberg (1979) ainsi que la manière dont nous les avons opérationnalisés à l'aide d'indicateurs. Ces derniers ont servi de balises pour élaborer la grille d'entrevue qui se trouve à l'annexe 1.

C'est sur la base de la convergence de ces neuf paramètres avec les configurations de Mintzberg que nous sommes en mesure d'établir un diagnostic précis du type de structure des deux Régies régionale de la santé et des services sociaux. Autrement dit, nous n'avons été en mesure de catégoriser adéquatement la structure qu'après avoir comparé nos résultats aux cinq configurations de Mintzberg (1979).

Puisque nous utilisons les cinq configurations de Mintzberg pour décrire les structures des régies régionales, il est important de savoir comment cet auteur découpe les organisations. Pour lui, une organisation est constituée de cinq parties. Le *centre opérationnel* est l'endroit dans l'organisation où les opérateurs (les professionnels) accomplissent le travail qui est la raison d'être de l'organisation. La *ligne hiérarchique* est composée des cadres intermédiaires dans l'organisation qui occupent une position de gestionnaire « line ». Il est bien important de garder à l'esprit que la *ligne hiérarchique* est une composante de l'organisation. Il ne faut pas la confondre avec le principe de la chaîne de commande qui « stipule que l'autorité et la responsabilité devraient suivre une

ligne ininterrompue entre le dirigeant placé au sommet et l'employé à la base de l'organisation » (Massie, 1965 : 396). Le *sommet stratégique* a pour principale fonction « de faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficace » (Mintzberg, 1979 : 41). Les analystes se retrouvent quant à eux dans la *technostructure* de l'organisation. Ce sont des spécialistes dont le rôle principal est de standardiser les procédés, les produits, les qualifications, etc. Ils composent ce que F.W. Taylor a baptisé les gestionnaires « staff ». Enfin, on retrouve dans la cinquième partie de l'organisation les *fonctions de support logistique* telles que la recherche, le restaurant d'entreprise, un département de relations publiques, les départements juridiques, la paye, etc.

Paramètres de conception	Indicateurs
1. Spécialisation horizontale	Répartition des tâches entre les employés et les directions.
2. Spécialisation verticale	Autonomie relative des professionnels. Qui contrôle le résultat des livrables ?
3. Formalisation du comportement	Description des tâches. Suivi ou non de cette description.
4. Formation	Formation requise pour chacune des principales catégories d'emploi.
5. Regroupement en unité	Par fonction / par clientèle / matricielle.
6. Taille des unités	Nombre d'employés par unité.
7. Système de planification et de contrôle	Comment sont élaborés les objectifs organisationnels ? Comment l'atteinte des objectifs organisationnels est-elle contrôlée ?
8. Mécanismes de liaison	Mécanismes utilisés : contacts directs entre gestionnaires, équipes <i>ad hoc</i> , comités permanents, agents de liaison, matrice. Le contexte ²⁴ dans lequel chacun de ces mécanismes sont utilisés.
9. Décentralisation	Comment sont prises les décisions importantes qui concernent la Régie ²⁵ ? Qui participent à ces prises de décisions ? Comment sont prises les décisions importantes qui concernent le réseau de la santé et des services sociaux ²⁶ ? Qui participent à ces prises de décision ? Que fait-on lorsque des problèmes inhabituels surgissent ?

Tableau 6 : Les neuf paramètres de conception de Mintzberg et les indicateurs qui s'y rattachent

²⁴ Nous demandons à l'interviewé de nous décrire des cas précis. Pour plus de renseignements, consultez notre grille d'entrevue à l'annexe 1.

²⁵ Même commentaire que précédemment.

²⁶ Même commentaire que précédemment.

3.2 La complexité du dossier

Hickson et al. (1986) ont démontré empiriquement que le niveau de complexité et de *politicalité*²⁷ d'un dossier a un impact déterminant sur les caractéristiques des processus de prise de décision. Pour des raisons pratiques que nous décrivons au chapitre 4 traitant de la méthodologie, les variables indépendantes reliées à l'aspect politique des processus de prise de décision ne seront pas considérées dans notre modèle d'analyse. Par conséquent, la variable indépendante du niveau de complexité des dossiers sera la seule variable dont nous allons tenir compte. Parmi les quelques indicateurs de la complexité des travaux de Hickson et al., nous avons sélectionné la variable relative *au nombre de directions d'impliquées dans le processus* comme étant la variable tenant compte du degré de complexité des dossiers. Le *nombre de directions* ou d'unités ainsi que la *qualité de leur implication* dans les processus de prise de décision seront donc pris en compte.

3.3 Les processus de prise de décision

Afin de mettre en lumière le déploiement des processus de prise de décision, nous demandons aux acteurs de nous raconter sous forme de récit les différents événements qui ont marqué l'évolution d'un dossier. Puisque nous leur demandons de nous raconter un récit, il est impératif, pour explorer cet aspect de notre recherche, d'adopter une approche inductive qui laisse émerger le contenu des processus sans les enfermer dans des catégories préétablies. C'est pourquoi nous ne sélectionnons pas, *a priori*, de variables dépendantes à mesurer ou encore de typologies spécifiques de processus de prise de décision.

Tout en laissant émerger les contenus d'eux-mêmes, nous nous assurons tout de même que l'interviewé aborde les principales dimensions des processus de prise de décision reconnus par la littérature. Pour ce faire, nous disposons d'une liste d'indicateurs qui nous permet de vérifier si l'interviewé touche, dans son récit, aux dimensions importantes qui composent un processus de prise de

²⁷ Hickson (1986) définit la *politicalité* comme étant le degré d'influence exercé sur un processus de prise de décision pour « forcer » un résultat (p59).

décision. Nous avons utilisé le questionnaire de Hickson (1986) afin de construire une grille d'entrevue qui nous permet un balayage suffisamment exhaustif des principales caractéristiques des processus de prise de décision. Les points de repère, que nous retrouvons sous forme de grille d'entrevue à l'annexe 2, sont les suivants :

- Le rôle respectif de chacune des directions ou des groupes de la région régionale dans le processus;
- Le rôle des acteurs externes qui faisaient parties du processus;
- Les procédures à suivre dans le processus;
- Des renseignements sur la collecte d'information qui a aidé à prendre la décision finale;
- Les solutions alternatives qui n'ont pas été retenues mais que le groupe ou le comité a générées;
- Les raisons qui expliquent pourquoi ces alternatives n'ont pas été retenues;
- La nature des coalitions qui se sont formées;
- Les sources de conflit dans le dossier;
- Les causes d'interruptions et de délais dans le processus;
- La durée des interruptions et des délais;
- La manière dont la décision finale a été atteinte;
- L'instance qui accorde l'autorisation finale afin de mettre en œuvre la décision.

Bien que cette façon de procéder ne tisse pas de lien direct entre un indicateur précis mesurable sur le terrain et une dimension théorique d'un processus de prise de décision, elle a le mérite de laisser le chercheur ouvert à de nouvelles pistes émergentes. Elle nous permet aussi de mieux saisir les particularités idiosyncrasiques d'un processus de prise de décision sans tenter de lui imposer un cadre théorique.

3.4 Performance : efficience et efficacité

Afin d'évaluer si les processus de prise de décision sont efficaces et efficaces, nous utilisons les mesures de succès que propose Paul Nutt (2000, 2002). Deux prémisses guident l'utilisation des facteurs de succès qu'il propose. D'une part, il présume que différents processus de prise de décision dans différents contextes produisent un « patron différent de succès ». Ce qui n'est pas sans nous rappeler la perspective de la contingence dans laquelle s'inscrit cette étude. D'autre part, il assume aussi que le succès d'une décision peut être évalué à partir de ses conséquences (Nutt, 2002 : 77). Mais déterminer les

conséquences d'une décision peut être ardu car il n'est pas facile de saisir les bénéfices ou les inconvénients d'une décision à court ou à long terme (Nutt, 2000 : 166). En effet, certaines décisions peuvent paraître pauvres quand elles sont prises mais peuvent générer beaucoup de dividendes dans le futur. D'autres peuvent paraître bonnes à court terme mais génèrent finalement des problèmes qui n'avaient pas été anticipés. Étant donné la nature complexe de l'évaluation d'une décision, une mesure unique de succès ou de performance ne tiendrait pas compte de la complexité des éléments qui entourent une prise de décision.

C'est pourquoi Nutt propose cinq mesures que nous regroupons sous les vocables d'efficacité et d'efficience. Il propose trois mesures d'efficacité : l'adoption partielle (*sustained adoption*), l'adoption intégrale et la valeur de la décision. Les mesures d'adoption cherchent à évaluer si la décision est mise en œuvre ou non. Comme certaines décisions ne sont adoptées que sur une petite échelle, que d'autres sont rapidement abandonnées après avoir été mises en œuvre ou encore qu'elles peuvent être victimes de longs délais avant d'être mis en application, Nutt utilise deux mesures d'adoption. *L'adoption partielle* est un indicateur de l'application à long terme du produit du processus de prise de décision. On cherche à évaluer avec ce critère si ce qui a été décidé est mis en application ou non. Autrement dit, que la décision soit appliquée partiellement ou en totalité n'a pas d'importance. Il s'agit de savoir si la décision est appliquée au moins en partie. Par ailleurs, l'adoption partielle serait traitée comme un échec si les quelques éléments qui ont été mis en œuvre ne se perpétuent pas dans le temps. Le critère *d'adoption intégrale*, pour sa part, cherche à évaluer si la décision a été appliquée telle quelle ou partiellement. Toute application partielle est traitée comme un échec. Pour mesurer ses deux indicateurs, nous demandons aux répondants d'évaluer de quelle manière les personnes ou les groupes concernés par la décision se sont conformés à elle. Les questions relatives à l'évaluation des processus de prise de décision se retrouvent à la fin de la grille d'entrevue à l'annexe 2.

Le troisième indicateur de l'efficacité est la valeur de la décision. Comme l'explique Nutt (2002), la meilleure manière de mesurer objectivement la valeur d'une décision est d'en évaluer les retombées économiques ou les bénéfices.

Mais ces dernières sont difficilement mesurables puisque, d'une part, les organisations donnent rarement accès à ce type d'information et d'autre part, ces retombées ne sont parfois mesurables qu'au prix de grands efforts. Nutt (2002) rapporte que Alexander a trouvé une corrélation importante entre l'évaluation subjective des gestionnaires et les mesures objectives, ce qui lui permet d'utiliser les jugements de ceux qui ont participé au processus de prise de décision comme indicateur de la qualité ou de la valeur de la décision. Tout comme Nutt, nous utilisons le jugement de deux répondants pour évaluer dans quelle mesure le processus de prise de décision a été satisfaisant ou non. Les répondants sont invités à dire s'ils sont, « pas satisfaits, peu satisfaits, satisfaits ou très satisfait » de la manière dont la régie régionale a orchestré ou supporté un dossier. Ils doivent aussi justifier leur réponse. Par ailleurs, pour éviter d'avoir un biais positif dans les réponses, nous suivons la recommandation de Nutt (2000, 2002) qui propose de ne pas interroger le porteur central du dossier. Pris mutuellement, ces trois indicateurs nous donne une bonne estimation de l'efficacité des processus de prise de décision.

Quant à la mesure de l'efficience, elle se base sur deux indicateurs temporels. Le premier repose sur le temps qui s'écoule entre la reconnaissance d'un besoin jusqu'à l'autorisation d'une décision. Le second est basé sur le temps écoulé entre l'autorisation d'une décision et son implantation. Ces deux mesures donnent, selon Nutt (2000, 2002), une bonne indication sur l'efficience des processus de prise de décision.

3.5 Les hypothèses de recherche

Après avoir détaillé tous les éléments de notre modèle théorique qui nous permettront de répondre à notre question de recherche, à savoir « quels sont les impacts de la structure sur les processus de prise de décision? », nous détenons maintenant les clés pour construire une série d'hypothèses portant sur la relation de contingence entre la structure organisationnelle et le degré de complexité des dossiers qui affecte la performance des processus de prise de décision.

Nos hypothèses sont fondées sur la prémisse que différentes structures organisationnelles affecteront l'efficacité et l'efficacités des processus de prise de décision de manière distincte et ce, en fonction de la complexité des dossiers à traiter. Étant donné que la structure matricielle permet de faire participer une plus grande diversité d'acteurs provenant de différentes fonctions dans ses processus de prise de décision et que, par conséquent, une plus grande diversité d'opinions sont sujettes à se faire entendre, nous croyons que cette structure sera plus efficace qu'une structure fonctionnelle dans le traitement de dossiers qui sont plus complexes. Puisque différents acteurs sont impliqués dans le processus, les intérêts des clients du réseau risquent davantage de trouver écho dans ce type de structure, augmentant ainsi l'efficacité de la décision. Cet argument est résumé par la première hypothèse :

Hypothèse 1: Les dossiers plus complexes seront traités dans une structure matricielle par des processus plus efficaces que dans une structure fonctionnelle.

Puisqu'une structure matricielle fait, en principe, intervenir une plus grande diversité d'acteurs et d'opinions, il en résultera, par ailleurs, qu'il sera potentiellement plus difficile d'arriver à un consensus sur les actions à entreprendre. Cette difficulté risque de se matérialiser par un processus de prise de décision qui s'étirera dans le temps provoquant une perte au niveau de l'efficacité comparativement à la structure fonctionnelle. Ce qui nous amène à formuler la seconde hypothèse :

Hypothèse 2 : Les dossiers plus complexes seront traités dans une structure matricielle par des processus moins efficaces que dans une structure fonctionnelle.

Alors que les deux premières hypothèses ont été formulées pour des dossiers plus complexes, les deux suivantes ont trait aux dossiers qui sont de nature peu complexe. Étant donné que la structure fonctionnelle fait, en général, participer une plus petite diversité d'acteurs provenant de différentes fonctions dans ses processus de prise de décision et que, par conséquent, une plus petite diversité d'opinions risque de se faire entendre, nous croyons que cette structure sera plus efficace dans son traitement de la décision qu'une structure matricielle

dans des dossiers qui sont peu complexes. Cet argument est résumé par la prochaine hypothèse :

Hypothèse 3: Les dossiers peu complexes seront traités par des processus plus efficaces dans une structure fonctionnelle que dans une structure matricielle.

Par ailleurs, l'efficacité du traitement des dossiers de nature peu complexe risque d'être la même pour les deux types de structures. Nous stipulons que les dossiers plus simples nécessitent une moins grande diversité d'expertises pour arriver à un certain degré d'efficacité. Par conséquent, la structure fonctionnelle qui a tendance à travailler ses dossiers de manière intra-directionnelle sera parfaitement adaptée pour des dossiers plus simples. De son côté, la structure matricielle qui fait théoriquement intervenir une plus grande diversité d'acteurs d'horizons différents dans ses dossiers ne sera pas pénalisée sur l'adoption de la décision ou sur sa valeur si plus de professionnels participent à la prise de décision. C'est ce qui nous amène à formuler la dernière hypothèse en ses termes :

Hypothèse 4: Les dossiers peu complexe seront traités par des processus de même efficacité que ce soit par la structure fonctionnelle ou matricielle.

En somme, nos hypothèses suggèrent que la structure fonctionnelle est toujours plus efficace pour traiter les dossiers et ce, indépendamment de leur nature. Cependant, la structure matricielle sera plus efficace pour traiter des dossiers plus complexes que la structure fonctionnelle. En ce qui a trait aux dossiers peu complexes, les deux structures auront une efficacité semblable pour les traiter.

Le prochain chapitre porte sur la méthodologie de notre recherche. Nous y exposons les différents critères qui ont présidé dans le choix de notre terrain, des répondants ainsi que dans la sélection des dossiers.

CHAPITRE 4 : LA MÉTHODOLOGIE

Les méthodologies de recherche sont généralement divisées en deux grandes catégories : les méthodes quantitatives et les méthodes qualitatives. Nous avons opté pour l'utilisation des méthodes qualitatives pour répondre à notre question de recherche ayant trait aux « impacts de la structure organisationnelle sur les processus de prise de décision », et pour tester nos hypothèses de recherche. Les méthodes et procédures de recherche que nous avons privilégiées forment l'essence de ce chapitre.

4.1 L'étude de cas

Des nombreuses méthodologies qualitatives, nous avons privilégié l'étude de cas pour présenter nos résultats de recherche. Ce choix repose sur la capacité de l'étude de cas de rendre compte de phénomènes complexes. Elle est aussi tout indiquée lorsque l'on ne peut dissocier le phénomène d'étude de son contexte (Yin, 1994). Or, c'est précisément ce qui se passe dans notre étude puisque nous examinons à la fois un phénomène, c'est-à-dire le processus de prise de décision, et son contexte, la structure organisationnelle. De plus, l'étude de cas va nous permettre de répondre à certains impératifs de notre recherche. En effet, puisque notre recherche se veut à la fois inductive et déductive, nous avons besoin d'une méthodologie de recherche flexible pouvant permettre l'émergence de matériel insoupçonné tout en nous permettant de répondre à des hypothèses précises de recherche.

4.2 Le terrain : deux régions régionales

Afin de pouvoir valider ou invalider les hypothèses de recherche que nous avons formulées, de répondre à notre question de recherche ainsi que de mettre à l'épreuve le modèle théorique présenté chapitre 2, il est impératif que notre démarche s'inscrive dans une perspective empirique. Puisque l'analyse comparative de deux régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec constitue le fondement même de la présente étude, la sélection de deux organisations devient un exercice de première importance. Pour ce faire, nous

avons utilisé la méthode *d'échantillonnage intentionnel (purposeful sampling)* suivant des critères préétablis (Patton, 1990). L'avantage de ce type d'échantillonnage est de permettre la sélection de cas riches d'information qui répondent aux impératifs de la recherche (Patton, 1990). Deux critères ont guidé notre choix. Le premier est la nécessité pour les régies régionales de posséder des structures organisationnelles différentes. Pour ce faire, l'analyse de l'organigramme des régies régionales disponibles sur internet ainsi que deux entrevues téléphoniques informelles ont permis de valider que les organisations échantillonnées différaient bel et bien quant à leur structure respective.

Le second critère est la relative similitude des environnements politico-administratifs de chaque régie régionale. Pour remplir ce critère, le nombre d'établissements ayant des missions identiques devait être comparable d'une région, administrée par une régie régionale, à l'autre.

C'est sur la base de ces critères que deux régies régionales ont été sélectionnées. Dans le but de conserver l'anonymat de ses organisations, nous appelons « Régie foncadhoc » celle qui possédait, à notre diagnostic préliminaire, une structure de bureaucratie mécaniste. Quant à la régie régionale possédant une structure matricielle, et que Mintzberg appelle *adhocratie*, nous la nommons Régie *ad hoc*. Malgré le deuxième critère, nous devons considérer que la Régie foncadhoc évolue dans un environnement plus complexe que la Régie *ad hoc*. En effet, la Régie foncadhoc possède environ trois fois plus de CH, cinq fois plus de CHSLD et deux fois plus de CLSC dans sa région que la Régie *ad hoc*. Nous devons en tenir compte dans notre analyse.

4.3 La sélection des dossiers

Afin de valider ou d'invalider nos hypothèses ainsi que pour laisser l'opportunité à du nouveau matériel d'émerger, trois dossiers communs aux deux régies régionales ont été sélectionnés. Nous entendons par dossier tous programmes ministériels ou problématiques que doit traiter une régie régionale. Ces dossiers ont aussi été choisis par *échantillonnage intentionnel* (Patton, 1990)

et ce, en fonction de quatre critères. Le premier critère vient tout juste d'être nommé. Il s'agit que les dossiers soient communs aux deux régies régionales.

4.3.1 La complexité des dossiers

Le second critère est le plus important puisque c'est celui-ci qui nous permet de tester nos hypothèses de recherche. Ce critère exige que les trois dossiers échantillonnés reflètent, dans l'ensemble, une gradation de leur complexité et de leur *politicalité*²⁸. Pour tenir compte de la complexité des dossiers, nous nous sommes inspirés de Hickson et al. (1986) en utilisant comme variable *le nombre de direction impliquée dans le processus de prise de décision*. Ainsi, plus un dossier est complexe et plus il fera intervenir de directions internes à la régie régionale dans son processus. Quant à la dimension de la *politicalité*, nous voulions considérer *le nombre d'établissements du réseau impliqué dans un dossier*. Encore une fois, les travaux de Hickson et al. (1986) ont été à la source de cette définition opérationnelle.

Cependant, nous nous sommes rapidement aperçus de la difficulté de tenir compte à la fois des variables liées à la *complexité* et à la *politicalité* étant données qu'elles ne co-varient pas simultanément. Alors qu'il a été possible de trouver une échelle de gradation de la complexité à partir des dossiers « Orientations en matière de planification des naissances », « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » et « Stratégies de libération lits courte durée », il en a été autrement pour la variable de *politicalité*. Le tableau 7 de la page suivante démontre en effet qu'il n'y a pas de gradation quant au *nombre d'établissements impliqués* d'un dossier à l'autre. En dépit de cet obstacle, nous avons tenté de dégager un patron ou une gradation du niveau de *politicalité* de l'ensemble des dossiers en fonction du poids politique de chacun des établissements. Nous n'avons toutefois pas réussi à faire émerger un tel patron. Par conséquent, nous ne tenons pas compte dans la formulation de nos hypothèses de la dimension de *politicalité*. C'est pourquoi nos hypothèses ont été formulées, au chapitre 3, uniquement en fonction de la dimension de la complexité.

²⁸ Voir le commentaire précédent pour la définition de ce terme.

	Complexité : nombre de directions impliquées dans un dossier et le nom de celles-ci	Établissements : nombre d'établissements impliqués dans un dossier et leur poids politique
Orientations en matière de planification des naissances (Volet IVG²⁹)		
Régie adhoc	Complexité 1 Santé physique (Santé publique)	<i>Politicalité 8</i> 3 CH Poids politique élevé 4 CLSC Poids politique faible 1 organisme communautaire Poids politique faible
Régie foncadhoc	Complexité 1 DCSC ³⁰ (Santé publique)	<i>Politicalité 6</i> 3 CH Poids politique élevé 3 CLSC Poids politique moyen
Programme québécois de dépistage du cancer du sein (volet organisation des services)		
Régie adhoc	Complexité 2 Santé physique Santé publique	<i>Politicalité 7</i> 6 CH Poids politique moyen 1 clinique privée Poids politique faible
Régie foncadhoc	Complexité 2 DCSC Santé publique	<i>Politicalité 23</i> 9 CH Poids politique élevé 14 cliniques privés Poids politique faible
Stratégies de libération lits courte durée		
Régie adhoc	Complexité 3 Santé physique Santé sociale Ressource réseau	<i>Politicalité 3</i> 1 CH: Poids politique élevé 2 CHSLD Poids politique faible
Régie foncadhoc	Complexité 3 Trois secteurs de la DCSC : Services locaux institutionnels Services spécialisés de santé services locaux communautaires	<i>Politicalité >7</i> 2 CH Poids politique élevé quelques CHSLD Poids politique moyen 5 CLSC Poids politique moyen

Tableau 7 : Le degré de complexité et le caractère politique des dossiers

²⁹ Interruption volontaire de grossesse³⁰ Direction de la coordination et des services à la clientèle

En plus du nombre de directions impliquées dans un dossier pour jauger de la complexité de ce dernier, nous avons aussi demandé à un professionnel expérimenté de la Régie adhoc de porter un jugement sur la complexité intrinsèque des dossiers, c'est-à-dire d'en évaluer sommairement le niveau de complexité du contenu même des dossiers ou des problématiques régionales en considérant le nombre de volets que couvre un dossier, de la nature des interactions entre ces volets ainsi que de la difficulté à atteindre les objectifs d'un programme ou à solutionner une problématique.

Ainsi, sur la base de la variable de la complexité, c'est-à-dire sur la base du nombre de directions impliqué dans le dossier et sur la complexité intrinsèque de ceux-ci, les trois dossiers que nous avons sélectionnés suivent une échelle de complexité croissante. Le dossier présentant le niveau de complexité le plus faible est le dossier « Orientations en matière de planification des naissances ». Même si ce dossier fait intervenir, en vérité, deux directions, le volet touchant aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) ne fait essentiellement intervenir que la direction de la santé physique à la Régie adhoc et que la direction de la coordination et des services à la clientèle (DCSC) à la Régie foncadhoc.

Le second dossier, « Programme québécois de dépistage du cancer du sein », implique deux directions et est aussi celui qui démontre une complexité intermédiaire entre les deux autres dossiers. Les « stratégies de libération lits courte durée » sont des mesures qui visent à désengorger les urgences en période de pointe. C'est le dossier qui implique le plus de directions et qui est le plus complexe de l'avis du professionnel expérimenté que nous avons consulté. Le tableau 7 de la page précédente démontre cependant que seule la direction de la DCSC est impliquée dans le dossier à la Régie foncadhoc. Alors pourquoi considérer que ce dossier est plus complexe que les deux autres? Deux éléments sont à la base de cette classification. D'une part, le témoignage de notre évaluateur est univoque quant à la complexité du dossier et, d'autre part, bien qu'il n'y ait qu'une seule direction d'impliquée dans le dossier, trois sections de cette direction doivent interagir pour trouver des solutions et corriger la situation. Ces trois sections jouent, à la Régie foncadhoc, *essentiellement* les mêmes rôles

que les trois directions impliquées à la Régie adhoc. C'est sur la base de ces informations que nous considérons que ce dossier est le plus complexe des trois.

Après avoir débuté notre deuxième série d'entrevues à la Régie foncadhoc sur les « stratégies de libération des lits de courte durée », nous avons découvert que les deux régies régionales ne traitent pas les engorgements dans les urgences de la même façon. Alors que la Régie foncadhoc *réagit* au débordement des urgences en mettant sur pied, entre autres, des stratégies de libération des lits de courte durée, la Régie adhoc est beaucoup plus *pro-active*. Elle agit en prévention, avant que la crise dans les urgences n'émerge. Étant donné que pour une des régies régionales le processus se déroule pour l'essentiel avant qu'il y ait engorgement à l'urgence et que dans l'autre les événements se déroulent après, il devient difficile d'évaluer sur une base comparative l'efficacité et l'efficience de ce processus de prise de décision.

Malgré cette constatation, l'étude de cas portant sur les « stratégies de libération des lits de courte durée » demeure très intéressante puisqu'elle nous permet néanmoins de comprendre les impacts respectifs de la structure sur les processus de prise de décision. Il a aussi été possible, dans une certaine mesure, d'établir des différences de performance sur certains critères entre ces régies régionales sur la base de ce dossier. Par conséquent, le dossier le plus complexe des trois nous permet de colliger certains indices pour tester nos hypothèses de recherche sans toutefois être le plus utile à cette fin étant donné le manque de comparabilité inter-régie du dossier traitant des « stratégies de libération des lits de courte durée ».

4.3.2 L'âge des dossiers

Le troisième critère pour l'échantillonnage de nos dossiers est associé au passage du temps. Nous voulions sélectionner des dossiers dont les travaux ont débuté il y a moins de cinq ans afin de minimiser les effets du passage du temps sur la mémoire des répondants. Étant donné que nous avons pour objectif d'évaluer l'efficience et l'efficacité des dossiers, il nous fallait aussi trouver des dossiers dont la partie que nous voulions évaluer était terminée depuis au moins un an. Cette précaution nous permet de nous assurer qu'il y a effectivement des

résultats aux dossiers que nous pouvons évaluer. Cela constitue notre quatrième critère.

Alors que les trois dossiers que nous avons sélectionnés respectent entièrement ce quatrième critère, il n'en va pas de même pour le troisième critère. Les tableaux suivants indiquent à quel moment les régies régionales ont commencé leurs travaux dans chaque dossier. Le tableau 8 donne l'âge du dossier sur les « stratégies de libération des lits de courte durée », le moment auquel les travaux des régies régionales ont débuté et auquel l'autorisation finale a été donnée.

	Début du processus	Âge du processus	Date de l'autorisation finale du processus
Régie foncadhoc	Automne 1998	4,5 ans	Printemps 1999
Régie adhoc	août 2000	2,5 ans	Automne 2000

Tableau 8 : Âge du dossier « Stratégies de libération des lits de courte durée »

L'examen du tableau 8 révèle que l'âge des processus est effectivement inférieur à cinq ans mais que celui-ci n'est pas le même pour les deux régies régionales. Comment expliquer cet état de fait? Nous voulions porter notre attention sur les stratégies de libération des lits de courte durée pour l'année 1998. Cependant, une fois nos entrevues entamées, nous avons réalisé qu'il n'y a pas eu de telles stratégies avant l'an 2000 à la Régie adhoc alors que la Régie foncadhoc avait déjà commencé un tel processus en 1998. C'est pour cette raison que l'âge des deux dossiers diffère d'une régie à l'autre. Le tableau 9 suivant donne les mêmes caractéristiques mais, fois-ci, pour le « Programme québécois de dépistage du cancer du sein. »

	Début du processus	Âge du processus	Date de l'autorisation finale du processus
Régie foncadhoc	Juin 1995	8 ans	Printemps 1998
Régie adhoc	Juin 1995	8 ans	Hiver 1998

Tableau 9 : Âge du dossier « Programme québécois de dépistage du cancer du sein »

Ce dossier ne remplit pas notre troisième critère à savoir que les processus doivent avoir moins de cinq ans d'existence. La raison qui explique

que ce dossier ne respecte pas ce critère est que, pour sélectionner ces dossiers, nous avons effectué des entrevues préliminaires. Or, en regard de ce dossier, le répondant a non pas tenu compte du début des activités de la Régie régionale dans le programme mais de la date du lancement officiel du programme par le Ministère de la santé et des services sociaux. Le programme a été lancé à l'automne 1997. Considérant la date de lancement, le programme serait âgé de 5,5 ans, ce qui est très près de notre troisième critère. Nous devons tenir compte de l'âge de ce dossier dans le résultat de nos recherches. Le tableau 10 suivant donne les mêmes caractéristiques mais pour les « orientations ministérielles en matière de planification des naissances ».

	Début du processus	Âge du processus	Date de l'autorisation finale du processus
Régie foncadhoc	Décembre 1995	7,5 ans	Juillet 2001
Régie adhoc	Décembre 1995	7,5 ans	Février 1999

Tableau 10 : Âge du dossier « Planification des naissances en matière d'interruption volontaire de grossesse »

Ce dossier est aussi âgé de plus de cinq ans. Étant donné que les autorisations qui mettent fin au processus de prise de décision ont été données il y a relativement peu de temps, et même si nous avons insisté pour que les dossiers soient âgés de moins de cinq ans, il semble que les répondants aient sous-estimé *a priori* l'âge des processus. Puisque les répondants avaient des souvenirs suffisamment bons du déroulement des activités et qu'ils en avaient de la documentation, nous avons jugé que nous pouvions procéder en dépit de l'âge de ceux-ci.

4.4 Les sources des données

Pour comprendre l'influence de la structure sur les processus de prise de décision, le témoignage des professionnels directement impliqués dans les dossiers investigués est essentiel afin de saisir toutes les subtilités des dossiers ainsi que les interrelations entre la structure organisationnelle et les processus de prise de décision. L'entrevue semi-structurée a été privilégiée pour puiser à

même les individus le matériel qui nous permet de construire les études de cas qui sont au cœur de notre démarche de recherche.

L'entrevue sur les processus de prise de décision débutait par une question ouverte où le chercheur demande au répondant de lui raconter comment le traitement de ce dossier s'est déroulé, en commençant par son initiation, c'est-à-dire la reconnaissance d'un besoin ou la venue d'un programme ministériel jusqu'à l'autorisation finale. De cette manière, le répondant se sent libre de répondre à sa guise et d'insister sur les points qui lui semblent importants. Une fois que le répondant a livré ses premiers souvenirs, le chercheur utilise sa grille d'entrevue afin de poser des questions ouvertes sur des sujets que le répondant a pu omettre dans sa réponse ou sur des points qui méritent des éclaircissements. Cette façon de procéder se rapproche de ce que Patton (1990) appelle « l'entrevue à question ouverte standardisée » (p.289). Il s'agit en fait d'une entrevue semi-structurée où le chercheur pose toutes ses questions dans un ordre prédéterminé et où les questions sont ouvertes laissant toute la latitude aux professionnels de répondre en fonction de leur propre expérience. La grille d'entrevue est un dérivé de celle créée par Hickson (1986). Cette grille, qui se retrouve à l'annexe 2, a été adaptée au besoin de cette recherche. Les questionnaires étaient envoyés aux répondants une journée avant la rencontre afin de se préparer.

Pour les entrevues relatives à la structure et à l'évaluation du processus de prise de décision, nous avons essentiellement procédé de la même manière, c'est-à-dire par entrevue semi-structurée et à l'aide d'une grille d'entrevue. Les questionnaires ont aussi été envoyés une journée avant la rencontre. Les paramètres de conception de Mintzberg (1979) ont servi de trame de fond à la construction de la grille d'entrevue inédite qui figure à l'annexe 1. Quant à l'évaluation du processus de prise de décision, nous avons directement utilisé les critères d'évaluation de Nutt (2000, 2002). Les questions qui s'y rapportent figurent à l'annexe 2 aux points 16 à 21. Tous les répondants ont signé une formule de consentement à la recherche.

Il n'y a pas de doute, les entrevues constituent le matériel le plus important qui a servi à reconstituer les processus de prise de décision et à diagnostiquer la structure des régies régionales. Cependant, les régies régionales avec qui nous avons collaborés nous ont donné accès à divers documents internes qui nous ont permis d'approfondir notre compréhension des événements qui jalonnent le déploiement de programmes ou d'activités au sein de ces régies régionales. Nous avons donc utilisé des comptes rendus de réunion, les rapports annuels de 1996-1997 à 2001-2002, les plans de consolidation des régies régionales, leurs plans de contingence, leurs plans d'action régionaux, des lettres et des documents du Ministère de la santé et des services sociaux, le contenu de présentations faites à diverses instances administratives, des notes personnelles des professionnels, des évaluations régionales de programmes et des documents ministériels dont la référence est en bibliographie. Les sites internet des deux régies régionales ont aussi été visités surtout pour recueillir des renseignements sur leur structure respective.

4.5 La sélection des répondants

Tout comme Mintzberg et al. (1976) l'ont fait dans leurs études sur les processus de prise de décision, nous voulions sélectionner au moins trois répondants par dossier et par régie régionale. Le tableau 11 suivant indique le nombre de répondant réel qui ont été interrogé pour construire l'histoire du traitement de chaque dossier.

Cancer sein	
Régie adhoc	4
Régie foncadhoc	2
Libération lits	
Régie adhoc	5
Régie foncadhoc	4
Planification des naissances	
Régie adhoc	3
Régie foncadhoc	4

Tableau 11 : Nombre de répondants par dossier pour chaque régie régionale

Ainsi, pour tous les dossiers, au moins trois répondants ont participé à reconstruire l'histoire du dossier. Un seul de ces dossiers ne rencontre pas ce

critère puisque plusieurs des personnes qui présentent dans le dossier à l'époque sont, pour diverses raisons, impossibles à rejoindre aujourd'hui. C'est ce qui explique que la participation est un plus faible dans le dossier du Programme québécois de dépistage du cancer du sein à la Régie foncadhoc. Tous les répondants ont été choisis par *échantillonnage intentionnel* (Patton, 1990), c'est-à-dire que nous avons sélectionné les répondants qui étaient les plus susceptibles de nous donner un maximum d'information.

Pour l'évaluation des processus de prise de décision, nous avons adopté la méthodologie de Nutt (2000, 2002). Ainsi, pour chaque processus de prise de décision, deux répondants par organisation ont été interviewés pour évaluer le processus de prise de décision. Cependant, tout comme Nutt, nous avons pris la précaution de ne pas tenir compte du jugement du principal porteur du dossier qui risquerait de donner un biais positif à l'évaluation. De plus, les évaluateurs ne sont pas nécessairement des personnes qui travaillent à la régie régionale. Elles peuvent être des personnes travaillant pour un établissement, en autant que la personne ait participé de manière significative au processus.

Pour ce qui est de poser un diagnostic sur la structure organisationnelle, deux répondants par régie régionale ont été identifiés. Il s'agit de personnes qui sont à la Régie depuis plus de cinq ans et qui connaissent bien sa structure organisationnelle.

En tout, nous avons conduit 22 entrevues d'une durée d'une heure à une heure trente pour l'ensemble des dossiers traitant du processus de prise de décision, quatre entrevues sur la structure et une douzaine d'entrevues de moins de 15 minutes pour l'évaluation des processus de prise de décision.

4.6 L'analyse des résultats

Une fois les entrevues réalisées, nous avons transcrit le *verbatim* complet de chacune d'entre elles. À partir de ce matériel brut ainsi que des divers documents internes auxquels nous avons eu accès, nous avons bâti l'histoire de chacun des processus de prise de décision depuis le début du processus de prise

de décision jusqu'à l'autorisation de la décision. Pour ce faire, nous avons construit pour chaque dossier un diagramme de flux (Tenner, DeToro, 1997) des activités qui ont marqué chaque dossier en prenant soin d'identifier, pour chacun d'entre eux, les directions participantes à ces activités. En guise d'exemple, nous avons inséré, à l'annexe 3, les diagrammes de flux du « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » pour chacune des régions régionales. Le contenu des six diagrammes de flux a été validé par le porteur principal du dossier pour chaque région régionale.

C'est à partir de ces diagrammes de flux que nous avons construit nos études de cas. Pour chaque séquence significative au niveau des impacts de la structure sur les processus de prise de décision, une analyse est directement incluse dans l'étude de cas. Ainsi, pour chacune de ces séquences ou activités significatives, une analyse de contenu (Mucchielli, 1988) suit immédiatement. Ces micro-analyses sont ensuite assemblées dans une section nommée « Faits saillants de l'étude » pour donner une image holistique de l'impact de la structure sur le processus de prise de décision. Pour tester nos hypothèses de recherche, nous avons aussi fait une analyse de contenu pour rendre compte de l'évaluation de chaque processus de prise de décision par les répondants.

Une fois ces analyses de contenu réalisées, une analyse comparative (Patton, 1990) est présentée dans le but de mettre à jour les impacts de la structure organisationnels sur les performances respectives des régions régionales.

4.7 Quelques limites méthodologiques...

Toute démarche de recherche est confrontée à un certain réductionnisme de par les choix de critères ou de méthodes qui s'opèrent durant son déroulement. En limitant notre démarche autour des variables structurelles, nous délimitons une frontière artificielle entre ce facteur et les autres variables qui peuvent avoir un impact sur le déploiement des processus de prise de décision. Il

Il y a, par conséquent, une limite intrinsèque à notre démarche qui est insurmontable. De plus, puisque cette étude est qualitative et essentiellement basée sur le jugement du chercheur (Patton, 1990), les biais perceptifs de ce dernier jouent un rôle qui peut-être plus important que dans les recherches quantitatives au niveau de la sélection, du traitement et de l'analyse des informations.

Nous avons souligné que la principale méthode de collecte d'information que nous avons privilégiée est l'entrevue semi-structurée. Or, cette méthode fait appel à la mémoire des participants. Étant donné que l'âge de deux de nos dossiers est supérieur à sept années, il est possible que quelques informations plus subtiles concernant les impacts de la structure organisationnelle sur les processus de prise de décision nous aient échappé. Cependant, il semble que ce soit le prix à payer pour avoir des dossiers qui remplissaient la majorité de nos critères.

Enfin, la technique *d'échantillonnage intentionnel* (Patton, 1990) limite la généralisation de nos résultats de recherche. En effet, étant donné que cet échantillonnage sélectionne les organisations en fonction de nos critères de recherche, nos conclusions s'appliquent davantage aux deux organisations que nous avons échantillonnées et, dans une certaine mesure, aux autres régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec. Cependant, nous ne pourrions généraliser aux autres types d'établissements qui composent le réseau de la santé et des services sociaux du Québec ou encore aux organisations qui oeuvrent dans le secteur privé.

Dans le prochain chapitre, nous passons en revue chacun des paramètres de conception de la structure des deux régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec de notre échantillon et nous posons un diagnostic les identifiant ainsi à une des configurations de Mintzberg (1979).

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES STRUCTURES

Ce chapitre présente les structures formelles des deux régies régionales de notre échantillon. Dans un premier temps, nous présentons les résultats de notre investigation sur les neuf paramètres de conception de la structure de Mintzberg (1979) pour la régie régionale qui a reçu un diagnostic préliminaire de bureaucratie mécaniste. Nous tentons par la suite d'identifier si l'agencement de ces neuf paramètres de conception correspond à une des cinq configurations proposées par Mintzberg. Nous avons baptisé cette organisation la « Régie foncadhoc ». Nous refaisons ensuite le même exercice mais cette fois-ci pour la régie régionale qui semblait posséder, *a priori*, une structure adhocratique (matricielle). Nous appelons cette régie régionale de la santé et des services sociaux, la « Régie adhoc ».

5.1 La structure formelle de la Régie foncadhoc

Avant de présenter chacun des paramètres de Mintzberg, nous invitons le lecteur à examiner attentivement l'organigramme du schéma 2 de la page suivante qui représente, dans ses grandes composantes, la structure de la Régie foncadhoc telle qu'elle était entre 1997 et 2000. L'examen de cet organigramme révèle que cette organisation repose sur quatre directions et que celles-ci sont regroupées, pour l'essentiel, par fonction, c'est-à-dire que chaque direction possède une spécialité, des compétences propres qui ne sont pas partagées par les autres directions. Nous présentons les rôles et les fonctions de chacune de ses directions.

5.1.1 Conception de la superstructure

5.1.1.1 Regroupement des unités par fonction

La direction de la trésorerie et des systèmes, qui fait partie de la technostructure de l'organisation, est composée de trois grands secteurs et elle est subdivisée en trois fonctions. Ses cinq grands secteurs sont les finances

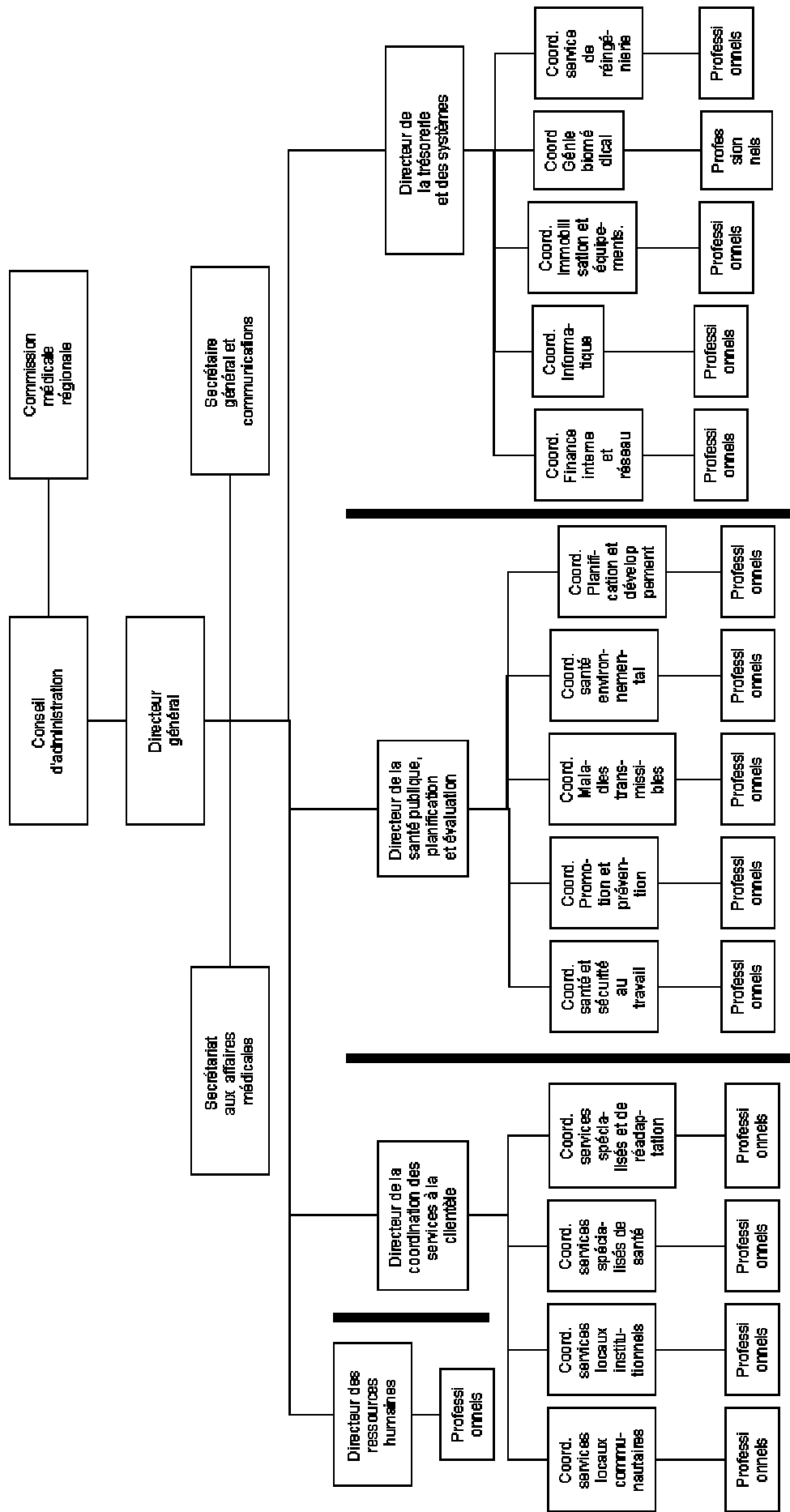


Schéma 2 : Organigramme de la Régie foncadhoc

internes et du réseau, les immobilisations et les équipements, les technologies de l'information, le génie biomédical qui conseille les établissements en matière d'achats d'équipements médicaux et un service de ré-ingénierie qui supporte le réseau dans la gestion de ses systèmes informatiques.

La direction des ressources humaines (DRH), qui fait aussi partie de la technostructure de l'organisation, est responsable de toutes les questions relatives à la dotation et au développement des ressources humaines à la région régionale et dans le réseau. Cette direction n'est pas subdivisée par secteur comme les autres directions de l'organisation. Les professionnels relèvent directement du directeur des ressources humaines.

La direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPE) est aussi subdivisée en fonction de spécialités. Elle est divisée en cinq grandes familles qui ont tous pour tâche de gérer de grands programmes pan-régionaux en matière de prévention et de promotion de la santé, de santé et de sécurité au travail, de maladies transmissibles, de santé environnementale (contamination de l'air, de l'eau et du sol), de planification et de développement.

La direction de la coordination des services à la clientèle (DCSC) est composée de quatre grands secteurs. Elle se distingue des trois autres directions car les regroupements des unités reposent sur le type de clientèle qu'ils desservent plutôt que par rapport à leur spécialité fonctionnelle (finance ou ressources humaines). Les services locaux institutionnels s'occupent de différents programmes qui touchent en grande partie les CLSC et les CHSLD de la région; les services spécialisés de santé gèrent davantage les programmes impliquant les CH; les services locaux communautaires sont principalement responsables d'allocation de ressources aux organismes communautaires alors que; les services spécialisés et de réadaptation se consacrent aux programmes visant les Centres jeunesse et les Centres de réadaptation. Ce bref aperçu nous démontre que les grands secteurs de cette direction sont responsables de programmes-clientèles. Un répondant donne un aperçu de ses responsabilités :

« [La DCSC] était responsable des grands programmes-clientèles tels que alco-tox, déficience intellectuelle, perte d'autonomie des

personnes âgées, santé mentale, maintien à domicile et jeunesse. C'est la coordination de la gérance des établissements et la liaison avec eux; l'organisation des services; comment leurs services sont distribués dans la région; quels sont les plans d'intégration qu'on peut avoir entre les différents morceaux du réseau : CLSC, CHSLD, etc. Elle est également chargée de faire les suivis des parcours financiers de ces établissements. »

Ces quatre directions sont sous l'autorité du directeur général qui relève lui-même du conseil d'administration. Cette dernière est le représentant moral de la régie et elle est responsable de toutes ses activités. Mentionnons que le directeur général profite du support technique de deux secrétariats, soit celui des affaires médicales qui conseille aussi la Commission médicale régionale jouant un rôle aviseur auprès du conseil d'administration et le secrétariat général et des communications. Ce dernier secrétariat est responsable, entre autres, des communications entre la régie régionale et ses partenaires.

À la lumière de ces observations, nous affirmons que la Régie foncadhoc est une organisation dont les directions sont regroupées par fonction, c'est-à-dire par spécialités. Seule la direction de la coordination des services à la clientèle (DCSC) est organisée par programmes-clientèles mais lorsque nous la comparons aux autres directions, il se trouve qu'elle possède aussi sa propre spécialité, celle de gérer des programmes-clients. En conséquence, nous pouvons qualifier cette superstructure de fonctionnelle.

5.1.1.2 Taille des unités

Mais quelle est la taille relative de chacune de ses quatre directions? En incluant les cadres et les employés à temps complet, cette organisation emploie en moyenne 217 personnes entre 1997 et 2000. Le tableau 12 de la page suivante donne le nombre d'employés par direction ainsi que le pourcentage d'employé par direction relativement à l'ensemble de celles-ci.

La plus grande direction est la direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPE). Elle regroupe 38 % du personnel et compte sept coordonnateurs qui appartiennent à la ligne hiérarchique. La direction de la trésorerie et des systèmes est la seconde en importance, vient

ensuite la direction de la coordination des services à la clientèle (DCSC) puis, la direction des ressources humaines.

Noms des directions	Nombre d'employés	Pourcentage d'employé
Direction générale	2	1
Communication	13	6
Affaires médicales	6	3
Trésorerie et système	59	27
Organisation des services à la clientèle	33	15
Ressources humaines	22	10
Santé publique	82	38
Total	217	100 %

Tableau 12 : Nombre d'employés par direction et poids relatif

5.1.2 Conception des postes

5.1.2.1 Spécialisation horizontale et verticale

Nous savons désormais que les directions de la Régie foncadhoc sont organisées par fonction et nous connaissons le poids démographique de chaque direction. « La spécialisation horizontale du travail est la forme prédominante de division du travail; elle est présente dans toutes les organisations, et même dans toutes les activités humaines. » (Mintzberg, 1979 : 88). « La régie régionale a une très grande diversité. Il n'y a aucune organisation qui couvre autant de diversité parce que tu t'occupes d'immobilisation, de toitures, de cancer du sein, de technologies, de santé environnementale, de crises politiques, d'allocations de ressources, etc. », rapporte un répondant. Puisque la variété des tâches à accomplir par l'organisation est importante. Celle-ci encourage la division du travail entre les directions ainsi qu'entre ses secteurs et ses professionnels. C'est ce qui nous permet d'affirmer que la spécialisation horizontale du travail est grande au sein de cette organisation.

La spécialisation horizontale n'est pas incompatible à la régie régionale avec l'élargissement du travail des professionnels. En effet, la majorité des dossiers des professionnels ont des ramifications complexes qui font appels à un ensemble de compétences distinctes, ce qui nous permet d'affirmer que le travail des professionnels est élargi :

« Les professionnels, dans une régie régionale, sont confrontés à plusieurs dossiers, la gamme de dossiers qu'ils ont est souvent large. Les professionnels ont dès fois à faire à des dossiers très pointus et uniques. Et ce dossier a souvent des ramifications assez complexes. Habituellement, les professionnels ont des dossiers larges et ont plusieurs tâches à accomplir. »

Non seulement le professionnel profite-t-il d'un travail élargi mais de plus, son travail est, à bien des égards, enrichi, c'est-à-dire qu'il est souvent l'exécutant et l'administrateur de son travail. Il jouit d'une grande autonomie au niveau de la gestion de son temps et dans la manière dont il administre la plupart de ses dossiers.

Puisque la spécialisation verticale correspond à la séparation de « la réalisation du travail de son administration » (Mintzberg, 1979 : 89), nous serions tentés aux premiers abords de conclure hâtivement qu'il existe une faible spécialisation du travail au sein de cette organisation. Cependant, même si le professionnel jouit d'une grande autonomie, il doit souvent se référer à son coordonnateur « qui doit faire la synthèse du travail de deux ou trois professionnels afin d'obtenir le résultat attendu. » Ce qui veut dire, qu'à la manière d'une chaîne de montage, chaque professionnel exécute une partie du travail qui est ensuite assemblée par une personne qui assure la cohérence des activités en vue d'en arriver à un travail consistant. Cet argument milite en faveur d'une certaine spécialisation verticale. De plus, la régie régionale a standardisé les processus d'allocation de ressources qui sont dans cette organisation des processus centraux. En conséquence, lorsque le professionnel doit allouer des ressources, il applique une recette, ce qui implique nécessairement qu'il y a une séparation entre l'exécution de la tâche et son administration. Étant donné cette dualité entre, d'une part, une grande autonomie du professionnel et, d'autre part, l'existence de processus standardisés et du travail d'intégration qui se fait à un échelon plus haut dans la hiérarchie, nous affirmons que la Régie foncadhoc possède une spécialisation verticale modérée.

Considérant l'argumentaire que nous venons de déployer, nous considérerons que la Régie foncadhoc est caractérisée par une spécialisation horizontale importante et une spécialisation verticale modérée.

5.1.2.2 *Formalisation*

« La formalisation du comportement [...] représente la façon qu'a l'organisation de limiter la marge de manœuvre de ses membres » (Mintzberg, 1979 : 97-98). Dans une organisation totalement formalisée, « tout le monde sait exactement ce qu'il faut faire dans chaque cas » (Mintzberg, 1979 : 99). Pour évaluer le degré de formalisation, l'étendue et la précision des descriptions de tâche des membres de l'organisation sont utilisées.

Afin de permettre au professionnel de composer avec une grande variété de dossiers et qui sont de nature complexe, la régie régionale formalise peu son comportement. De fait, la description de tâches des professionnels correspond à des « standards syndicaux » très sommaires et imprécis. Par contre, les descriptions de postes des coordonnateurs sont détaillées et spécifiques alors que celles des directeurs le sont peu. En conséquence, nous avons là une organisation peu formalisée à la base et au sommet mais formalisée au niveau des coordonnateurs, des cadres intermédiaires.

5.1.2.3 *Formation*

Pour effectuer un travail complexe qui exige beaucoup d'autonomie et de qualifications, la régie régionale embauche des personnes ayant reçu une formation universitaire de premier ou de deuxième cycle dans des domaines variés. Ainsi, une personne ayant une formation en sociologie ou en médecine peut très bien oeuvrer à titre d'agent de planification socio-sanitaire. Par conséquent, il n'y a pas de standardisation des compétences à la régie régionale comme l'on en retrouve dans les bureaucraties professionnelles tel qu'un hôpital (Mintzberg, 1979). Un directeur précise :

« La standardisation des compétences à l'externe n'est pas assurée ici [à la régie régionale]. Nous avons des gens qui ont leur profession, généralement dans le domaine de la santé et du social, sociologique ou autre, qui travaillent ensemble, et on ne se fit pas sur leur compétence à l'origine mais on se fit sur leurs compétences pour qu'ils absorbent des processus et des responsabilités. »

En conséquence, la régie régionale engage des personnes fortement scolarisées mais ce n'est pas pour leurs compétences initiales que l'organisation

a recours à eux mais davantage pour leur capacité à gérer des processus et des dossiers.

5.1.3 Conception des liens latéraux

5.1.3.1 Système de planification et de contrôle

Pour guider et soutenir les processus de prise de décision, la plupart des organisations se dotent de plans stratégique, fonctionnel et opérationnel. La régie régionale s'est doté d'un plan stratégique appelé « Plan de consolidation ». Cependant, ce plan n'est pas suivi et ne sert pas de balise pour les intervenants :

« Le CA, en 1999-2000, a adopté le plan de consolidation qui est stratégique : comment on entend organiser notre système de soins parce que c'est ça que fait la régie régionale. Nous n'avions pas le plan de consolidation en avant de nous pour savoir où nous étions rendus au bout de six mois, un an. On n'a pas un lien de nos productions avec le plan de consolidation. C'est déjà un méchant problème. T'affiches une orientation stratégique et tu ne l'as prend pas comme ton guide de déploiement technique et opérationnel. »

De plus, bien que des orientations générales soient définies dans un plan de consolidation, il semble que ces objectifs organisationnels ne soient pas déclinés à l'intérieur des directions :

« Normalement, le directeur général fait les objectifs avec les directeurs qui sont des objectifs qui sont parfois bi-annuels ou par année. Ceux-là sont fixés avec leurs coordonnateurs qui sont fixés avec leurs professionnels. Ça, c'est sur papier. Ça ne s'est pas fait systématiquement. »

En ce qui a trait aux systèmes de contrôle, ce sont les directeurs qui sont en mesure d'évaluer ce que produit la régie régionale. Mais cette activité ne semble pas être une priorité. Comme l'affirme un répondant :

« Le directeur a une certaine reddition de compte à faire en fin d'année mais il faut dire que la reddition de compte n'a jamais été quelque chose de bien consolidée. »

De plus, il n'y a pas de processus d'évaluation du rendement des professionnels et ils sont imputables de leurs résultats à un moindre degré que les directeurs ou les coordonnateurs :

« Là où on a un plan à livrer... ceux qui vont être imputable de ça, vont être les directeurs. La relation d'imputabilité est établie entre le dg et les directeurs et ensuite avec les coordonnateurs mais les professionnels ne sont pas au même niveau d'imputabilité que les directeurs qui eux doivent s'assurer que tous les morceaux rentrent. »

Ce sont donc les directeurs qui sont les plus imputables des résultats et c'est aussi eux qui détiennent les clés du système de contrôle.

Contrairement aux professionnels, les coordonnateurs doivent se soumettre à une évaluation effectuée par leur directeur respectif :

« À tout le moins au niveau des coordonnateurs il y avait un processus d'évaluation du rendement des employés. C'est quoi tes objectifs à réaliser? Là tu avais des éléments d'attitude à corriger dans leur propre façon d'être mais il y avait aussi des objectifs à atteindre. »

Une fois encore, les coordonnateurs ne sont pas soumis aux mêmes règles du jeu de l'organisation que les professionnels. Alors que ces derniers ont un travail peu formalisé et dont le travail n'est pas évalué, les coordonnateurs évoluent dans un environnement formalisé et ils font l'objet d'une évaluation.

5.1.3.2 Mécanismes de liaison de la Régie

Le seul mécanisme de liaison formel qui permet de coordonner les efforts entre les directions de la Régie foncadhoc est le comité de direction où l'on discute de différents dossiers. Plutôt que de se concentrer sur des enjeux stratégiques, un directeur rapporte que le comité de direction semble allouer une partie importante de son temps à discuter du contenu opérationnel des dossiers :

« Le directeur [de la DCSC] ramenait toutes les questions relatives à l'organisation des services à la clientèle au comité de direction et ça paralysait le processus... Il ramenait tout ici [au comité de direction]. On pouvait passer une heure pour 12 000 \$ à accorder à un organisme communautaire. C'était écœurant. Tout passait par le comité de direction. Ça a jammé le réseau ça. »

Il ajoute :

« Le comité de direction siégeait, malheureusement, du matin à la fin de l'après-midi. Je n'avais jamais vu ça. L'ensemble des directeurs

s'assoyait avec le directeur général et on épluchait les dossiers et les informations. C'était plus une plate-forme d'échange d'information que d'arrimage de dossiers. »

Il est possible que les discussions des aspects opérationnels des dossiers au comité direction soit le fruit de nombreux problèmes qui surgissent dans l'organisation ou dans le réseau qui ne peuvent être réglés aux niveaux du centre opérationnel et qui doivent, par conséquent, remonter la ligne hiérarchique. Puisque le comité de direction est le seul mécanisme de liaison formel, les problèmes inter-directionnels remontent jusqu'à son niveau.

D'autres mécanismes de liaison, tels que des comités de coordination inter-directionnels, existent mais il semble que cette formule ne soit pas souvent utilisée :

« Ce que nous avons remarqué, c'est qu'il y a une étanchéité entre les directions qui forçait souvent que l'interfaçage se fasse entre les directeurs avant de se passer entre les professionnels. On pouvait avoir des dossiers qui militaient pour une *transversalité* entre les professionnels où on avait certains comités de coordination [dans une direction précise] qui essayaient de mettre en interface des enjeux de prévention-promotion et des enjeux d'organisation de service. Ça on faisait ça, mais la plupart du temps quand on s'adressait à des problématiques d'allocation, de transformation majeure, ça militait clairement pour une interpellation au niveau du comité de direction et un lien entre les directeurs. Ça se passait beaucoup au comité de direction. »

Dans l'ensemble, cette régie régionale articule peu de mécanismes de liaison formels entre les directions. Ce phénomène, combiné à une spécialisation horizontale importante et un regroupement des unités par fonction, peut engendrer une certaine étanchéité entre les directions qui est souvent appelé « effet de silo » dans le réseau de la santé et des services sociaux pour évoquer le manque de communication et de participation conjointe entre les directions. C'est pour représenter cette étanchéité entre les directions que nous avons dessinées de larges traits entre celles-ci dans l'organigramme du schéma 2.

De plus, la Régie foncadhoc articule aussi peu de mécanismes de liaison avec le réseau dont il a le leadership :

« À cette époque, la régie [foncadhoc] est peut-être celle qui est la moins en interface avec son réseau. Il n'y a pas de table de concertation formalisée, pas de relation structurée avec le réseau par type d'établissements, pas de structure participative animée par la régie. Il y avait des tables où la régie était invitée mais ces tables n'étaient pas organisées par la régie. »

Les relations avec le réseau s'établissent plutôt sur une base informelle :

« Les relations se passaient donc sur une base informelle, les appels téléphoniques, les liaisons via leur table existante à eux plutôt qu'une mécanique relationnelle avec la régie. Là-dessus, c'est catastrophique. »

5.1.4 Conception du système de prise de décision

5.1.4.1 Démystification des notions de centralisation et de décentralisation

Selon Mintzberg (1979), les notions de centralisation et de décentralisation sont utilisées de manière très différente selon les auteurs. C'est pourquoi nous désirons démystifier leur signification respective. D'abord, il faut mentionner que nous considérons comme lui que la centralisation se comprend « exclusivement en termes de pouvoir sur les décisions prises dans les organisations » (p.173). Une structure est donc « centralisée lorsque tous les pouvoirs de décision se situent à un seul point dans l'organisation » (p.173). Par contraste, elle « est décentralisée lorsque le pouvoir est dispersé entre de nombreuses personnes » (p.173).

La notion de décentralisation peut se faire suivant deux axes : la décentralisation verticale et horizontale. Alors que la *décentralisation verticale* est liée à la « dispersion du pouvoir formel vers le bas de la ligne hiérarchique » (p.177), la *décentralisation horizontale* se définit comme étant « le passage du contrôle des processus de décisions à des personnes situées en dehors de la ligne hiérarchique » (p.178), c'est-à-dire à des analystes de la technostucture ou à des fonctionnels de support logistique.

5.1.4.2 *Décentralisation verticale*

Comment pouvons-nous maintenant articuler ces concepts à l'organisation qui nous intéresse? Bien que le professionnel de la Régie foncadhoc dispose d'une grande autonomie et qu'il contrôle en grande partie les informations qui entrent dans le processus de prise de décision, ce dernier est soumis à l'autorité de la ligne hiérarchique ou du sommet stratégique qui jouent le rôle d'arbitre dans les situations litigieuses ou dans les dossiers qui nécessitent une allocation budgétaire additionnelle. Lorsqu'une telle situation se présente, le professionnel doit se référer à son coordonnateur qui, s'il n'est pas en mesure de répondre à la demande de son professionnel, soumettra à son tour le problème à son directeur et, éventuellement, si nécessaire, au directeur général. Il doit ensuite attendre le retour d'information avant de procéder, ce qui entraîne des délais. Les décisions sont donc, en partie du moins, centralisées au sommet. Un directeur résume :

« Souvent, la prise de décision chez les professionnels est ramenée dans un giron qui se hiérarchise avec les coordonnateurs ou les directeurs. Une formule de cette nature interpelle plus une technocratie professionnelle. Nous n'avons pas ici le fonctionnement d'une université où on laisse aux professeurs ou aux cliniciens la responsabilité des processus. »

Par ailleurs, les professionnels contrôlent et influencent, dans une certaine mesure, les processus de prise de décision. Un répondant rapporte à cet effet que « les professionnels influencent largement les processus » mais que « la décision est toujours prise à une échelle plus haute ».

Considérant la marge de manœuvre des professionnels mais aussi les contraintes inhérentes à la structure de l'organisation, nous croyons qu'il y a une décentralisation verticale allant de faible à modéré à la Régie foncadhoc, c'est-à-dire qu'il y a peu ou modérément de « dispersion du pouvoir formel vers le bas de la ligne hiérarchique » (Mintzberg, 1979 : 177).

5.1.4.3 *Décentralisation horizontale*

Nous avons défini la décentralisation horizontale comme étant « le passage du contrôle des processus de décisions à des personnes situées en

dehors de la ligne hiérarchique » (Mintzberg, 1979 : 178). Or, il semble que la Régie foncadhoc soit caractérisée par une décentralisation horizontale limitée. Nous pourrions conclure à tort, en s'inspirant des propos de Mintzberg, que la Régie foncadhoc est décentralisée horizontalement massivement puisque ses processus d'allocation de ressources sont standardisés. Comme le souligne Mintzberg (1979) faisant référence à la décentralisation horizontale :

« Quand une organisation utilise des systèmes de standardisation pour coordonner ses activités, une partie du pouvoir passe nécessairement des cadres opérationnels à ceux qui ont conçu ces systèmes : les analystes de la technostructure » (p.185).

Or, bien que cette citation propose explicitement que la standardisation encourage la décentralisation horizontale des processus de prise de décision, cet argument ne tient pas la route à la Régie foncadhoc puisque c'est précisément suite à la recommandation de l'instance la plus centralisatrice, soit le conseil d'administration, que ce processus a été standardisé. De plus, cette standardisation a été opérée par la DCSC, une direction centrale à la Régie foncadhoc. En conséquence, lorsque les professionnels doivent allouer des ressources, ils sont tenus de suivre des procédures qui ont été prédéterminées par la DCSC et par le conseil d'administration, ce qui milite en faveur d'un diagnostic de centralisation horizontale des processus de prise de décision et non pas d'une décentralisation horizontale.

Les décisions qui se rattachent à l'organisation des services dans le réseau, une des principales activités de la Régie foncadhoc, sont généralement centralisées au sein de la direction de la coordination et des services à la clientèle (DCSC). De plus, un grand nombre de décisions sont centralisées au comité de direction qui va même jusqu'à se pencher sur des enjeux opérationnels. Par conséquent, il semble y avoir, à la Régie foncadhoc, une centralisation importante.

Par ailleurs, les décisions relatives à l'embauche de personnels sont décentralisées horizontalement puisqu'ils sont du ressort de la technostructure, plus précisément de la direction des ressources humaines. Les décisions relatives au contrôle financier du réseau sont aussi décentralisées

horizontalement puisque c'est la direction de la Trésorerie et des systèmes, une autre partie de la technostructure, qui exerce cette fonction. Considérant l'ensemble de ses informations sur le pouvoir dans les processus de prise de décision, nous croyons qu'il y a une décentralisation horizontale limitée à la technostructure dans cette organisation.

Dans l'ensemble, la Régie foncadhoc tend à démontrer qu'elle est caractérisée par une décentralisation verticale allant de faible à modérée et par une décentralisation horizontale limitée.

5.1.5 Une structure hybride : une bureaucratie mécaniste adhocratique

La section qui précède nous a permis de faire ressortir les principaux éléments de la structure de la Régie foncadhoc à l'aide des neufs paramètres de conception de Mintzberg (1979). En comparant chacun des paramètres de la régie régionale aux configurations de Mintzberg, nous avons constaté que cette organisation partage plusieurs similitudes avec, d'une part, la bureaucratie mécaniste et, d'autre part, avec l'adhocratie, principalement au niveau du centre opérationnel. Le tableau 13 de la page suivante donne un aperçu de la symétrie entre la Régie foncadhoc et la configuration de la bureaucratie mécaniste.

Ce tableau comparatif nous démontre que la Régie foncadhoc est semblable à la bureaucratie mécaniste sur huit paramètres. Elle est, tout comme la bureaucratie mécaniste, spécialisée verticalement et horizontalement, regroupée par fonction, grande à la base et petite au niveau de sa ligne hiérarchique, la formalisation est importante chez les coordonnateurs, elle est centralisée verticalement tout en ayant une décentralisation horizontale limitée et elle ne possède que peu de mécanismes de liaison formels. Quant à la planification des activités, elle se concrétise dans le « Plan de consolidation » qui n'est cependant pas suivi.

Paramètres de Mintzberg	Bureaucratie mécaniste	Régie foncadhoc
Regroupement des unités	Par fonction	Idem
Taille des unités	Grande à la base et petite ailleurs	Idem
Spécialisation des postes de travail	Spécialisation horizontale et verticale importantes	Idem
Formalisation	Importante	Importante pour les coordonnateurs
Mécanismes de liaison	Peu de mécanismes de liaison	Idem
Système de planification	Planification des actions	Le Plan de consolidation n'est pas suivi.
Décentralisation verticale	Centralisation verticale	Idem
Décentralisation horizontale	Décentralisation horizontale limitée	Idem

Tableau 13 : Similitudes entre la bureaucratie mécaniste et la Régie foncadhoc

Par ailleurs, les paramètres de conception de la structure portant sur la formation, la formalisation du comportement des professionnels ainsi que sur le système de contrôle, se rapprochent beaucoup plus de l'adhocratie opérationnelle³¹ que de la bureaucratie mécaniste comme en témoigne le tableau 14 ci-dessous.

Paramètres de Mintzberg	Bureaucratie mécaniste	Adhocratie opérationnelle	Régie foncadhoc
Système de contrôle	Important	peu	Peu de contrôle
Formation	Peu de formation	Beaucoup de formation	Beaucoup de formation
Formalisation	Beaucoup de formalisation	Peu de formalisation	Peu de formalisation chez les professionnels

Tableau 14 : Similitudes entre l'adhocratie et la Régie foncadhoc

Tout comme l'adhocratie, les systèmes de contrôle y sont très peu développés, la formation des intervenants est importante et la formalisation est minimale chez les professionnels.

L'ensemble de ces observations nous pousse à croire que la Régie foncadhoc possède une structure hybride. Notre diagnostic tend à démontrer que

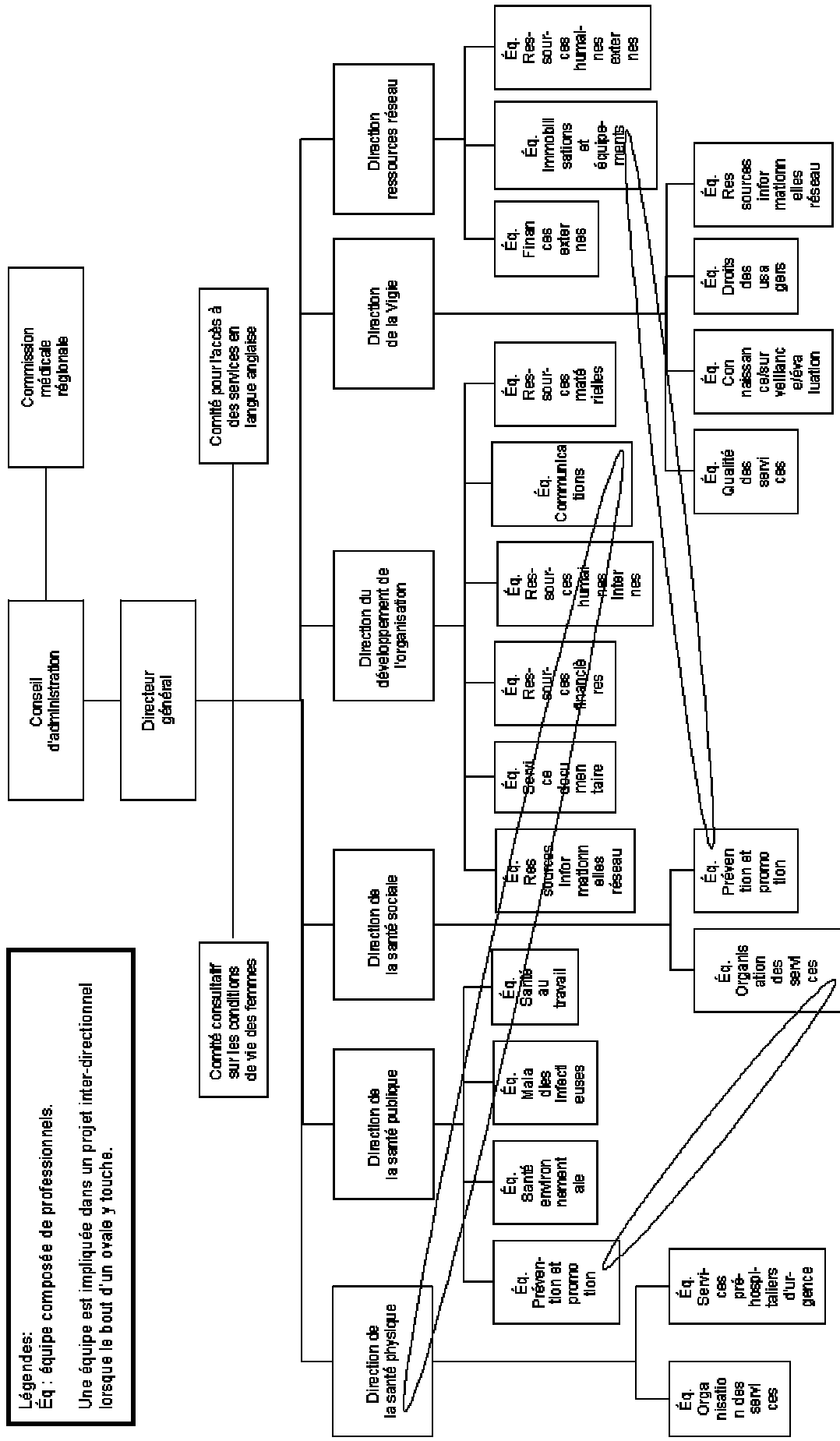
³¹ Mintzberg (1979) établit une distinction entre l'adhocratie opérationnelle et l'adhocratie administrative. Il écrit à ce sujet : « Au lieu d'entreprendre des projets pour servir ses clients et d'enchevêtrer les activités administratives et opérationnelles comme l'adhocratie opérationnelle, l'adhocratie administrative entreprend ses projets pour se servir elle-même et sépare distinctement sa composante administrative de son centre opérationnel » (p.382).

l'hybridation de la structure s'opère à la verticale. Le centre opérationnel, où travaillent les professionnels, se déploie à la manière d'une adhocratie opérationnelle alors que la ligne hiérarchique et le sommet stratégique comportent plusieurs caractéristiques de la bureaucratie mécaniste. Nous avons donc là une régie régionale de la santé et des services sociaux dont la forme structurelle est une bureaucratie mécaniste adhocratique.

5.2 La structure formelle de la Régie adhoc

Pour poser notre diagnostic quant à la configuration structurelle de la Régie foncadhoc, nous avons débuté notre analyse par l'examen de l'organigramme de celle-ci. Nous ferons de même avec la Régie adhoc. L'organigramme du schéma 3 de la page suivante représente l'essentiel des composantes de la structure telle qu'elle était en 1999. Nous avons choisi cette année en particulier puisque c'est à ce moment que la *direction des ressources réseau* fait son apparition dans l'organisation. Puisqu'un de nos processus implique la participation de cette direction, nous avons préféré choisir une année englobant sa présence tout en étant une année représentative de ce qu'était la structure au moment du déploiement des dossiers que nous étudions. Ce choix délibéré permet au lecteur d'avoir une vue d'ensemble des différents éléments de la structure tout en n'entachant pas notre compréhension de la dynamique de la structure lors du déploiement des processus de prise de décision que nous étudions.

Il est à mentionner que la structure de cette régie régionale a subi une transformation importante qui s'est étendue sur une période de sept mois et qui s'est terminée en mars 1997. Cette transformation a permis à l'organisation de passer d'une structure fonctionnelle à une structure aplatie et matricielle organisée à la fois par fonction et par programmes-clientèles. Le présent diagnostic porte exclusivement sur le type de structure mis en place après la transformation.



Légendes:
 Éq. : équipe composée de professionnels.
 Une équipe est impliquée dans un projet inter-directionnel lorsque le bout d'un ovale y touche.

Schéma 3 : Organigramme de la Régie adhoc

5.2.1 Conception de la superstructure

5.2.1.1 Regroupement des unités par programme-clientèle et par fonction

Six directions composent les fondements structurels de cette régie régionale de la santé et des services sociaux. Le regroupement de quatre de ces directions s'est opéré sur la base du type de clientèle à desservir alors que les deux autres directions sont regroupées en fonction de leur spécialité. Chacune de ces directions est composée d'un certain nombre d'équipes qui relèvent tous immédiatement du directeur.

La direction de la santé physique³² et la direction de la santé sociale ont une orientation programme-client. La direction de la santé physique gère davantage des programmes destinés aux CH de la région. Quant à la direction de la santé sociale, elle s'occupe des programmes qui touchent tous les autres établissements du territoire, soit les CLSC, les CHSLD, le Centre jeunesse, les centres de réadaptation et les organismes communautaires.

La direction du développement de l'organisation et la direction des ressources réseau jouent des rôles de direction-support pour la régie régionale elle-même et pour le réseau. Elles ont des rôles complémentaires. Alors que la première supporte tous les aspects de la gestion des ressources humaines, financières et matériels à l'interne, la seconde joue essentiellement le même rôle mais pour le réseau. La direction du développement de l'organisation a donc pour client la régie régionale elle-même. Elle est composée de six équipes et elle est aussi responsable des communications interne et externe, de la gestion des ressources informationnelles et du service documentaire. Quant à la direction des ressources réseau, elle a l'ensemble des établissements du réseau comme client. Elle est composée de trois équipes et elle administre aussi les immobilisations.

³² Les informations traitant des responsabilités de chaque direction de la Régie adhoc sont tirées d'un document interne. Cette description n'est pas exhaustive.

Les deux autres directions ont été regroupées en fonction de leur spécialité. La direction de la vigie et de la qualité des services est composée de quatre équipes. Elles assurent la gestion de la fonction de connaissance et de surveillance de l'état de la population ainsi que la fonction d'évaluation des programmes. Elles gèrent aussi les ressources informationnelles et elles s'occupent des droits de la population. À sa manière, cette direction est en support aux autres puisqu'elle leur donne un feed-back évaluatif de ce qui se passe dans la population et dans le réseau.

De son côté, la direction de la santé publique est subdivisée en quatre grandes familles qui ont tous pour tâche de gérer de grands programmes pan-régionaux en matière de prévention et de promotion de la santé, de santé et de sécurité au travail, de maladies transmissibles et de santé environnementale. Chaque secteur possède une spécialité qui lui est propre.

Six directions composent donc, en 1999, cette organisation aplatie qui ne compte que deux paliers hiérarchiques, soient les équipes composées de professionnels et les directeurs. Nous avons au cœur de cette organisation trois directions qui supportent les trois autres dans l'accomplissement de leur mission. Les directions du développement de l'organisation, des ressources réseau et de la vigie alimentent les directions qui gèrent les grands programmes régionaux, soient les directions de la santé physique, de la santé sociale et de la santé publique :

« La régie régionale est une organisation qui est matricielle puisqu'elle est à mi-chemin entre une organisation fonctionnelle et une organisation par programme. Les directions qui sont supports-conseils rassemblent diverses fonctions qui sont transversales aux trois autres directions. À titre d'exemple, la direction du développement de l'organisation assume toutes les fonctions telles que les ressources humaines, financières et matériels à l'intérieur de la régie. Alors que les trois autres directions sont davantage articulées autour de programmes. »

En somme, la Régie adhoc est regroupée à la fois par programme-clientèle et par fonction alors que la Régie foncadhoc n'est regroupée essentiellement que par fonction.

5.2.1.2 Taille des unités

Ayant maintenant en tête les regroupements des unités de la Régie adhoc, il importe de connaître la taille relative de chaque direction. En considérant les cadres et les employés à temps complet, cette organisation compte en moyenne 104 employés entre les années 1997 et 2000. Le tableau 15 suivant indique le nombre d'employés par direction ainsi que leur poids démographique relatif à l'ensemble des directions.

Noms des directions	Nombre d'employés	Pourcentage d'employés
Direction générale	3	3
Développement de l'organisation	20	19
Ressources réseau	12	12
Santé publique	27	26
Santé physique	11	11
Santé sociale	15	15
Vigie et qualité des services	15	14
Total	103	100 %

Tableau 15 : Nombre d'employés par direction et poids relatif

L'examen du tableau 15 ci-dessus nous renseigne que les directions qui ont un poids démographique plus imposant sont, dans l'ordre, la direction de la santé publique, la direction du développement de l'organisation, la direction de la santé sociale, la direction de la vigie, la direction des ressources réseau et, en dernier lieu, la direction de la santé physique. Comparativement à la Régie foncadhoc, la Régie adhoc a des unités qui sont beaucoup plus petites. Alors que la plus grande direction de la Régie foncadhoc emploie 82 personnes, celle de la Régie adhoc est composée de 27 personnes, soit un ratio de trois fois moins d'employés. Ayant brossé un tableau de la superstructure de l'organisation, nous pouvons maintenant pénétrer dans le domaine de la conception des postes.

5.2.2 Conception des postes

5.2.2.1 Spécialisation horizontale et verticale

La gamme variée de dossiers que les professionnels doivent traiter ainsi que leurs caractères complexes contribuent à rendre le travail de ceux-ci très élargi :

« Dépendant de l'intensité des dossiers, un professionnel peut avoir plusieurs dossiers mais s'il est lourd il aura un seul dossier. Mais même dans un seul dossier, le professionnel exécute plusieurs tâches. »

Par ailleurs, puisque le travail des professionnels varie énormément d'une direction à l'autre, ceux-ci développent une expertise qui est propre à leur champ d'intervention et aux compétences de leur direction. Par conséquent, la spécialisation horizontale du travail à la Régie adhoc est, comme à la Régie foncadhoc, importante.

Si la spécialisation horizontale du travail est grande, il en va autrement de la spécialisation verticale qui « sépare la réalisation du travail de son administration » (Mintzberg, 1979 : 89). De par l'aplatissement de la structure, les professionnels, regroupés au sein d'équipes, relèvent directement du directeur et il n'y a pas de chef d'équipe. Un directeur précise :

« Il n'y a pas de chefs dans les équipes. Il y a un directeur pour la direction. Chacun relève directement de moi »

Cet aplatissement de la structure force l'organisation à conjuguer les fonctions d'administration et d'exécution du travail au niveau des professionnels qui doivent dès lors disposer d'une grande autonomie :

« Les professionnels ont beaucoup d'autonomie parce que leur travail est souvent de conduire des processus, soit des processus de recherche, de concertation, des processus d'analyse de dossier...Donc, ils ont beaucoup de latitude sur la façon dont ils doivent s'y prendre. »

Le professionnel a le pouvoir de décider des étapes à suivre dans la réalisation de son mandat et de la gestion de son temps. Il peut même embaucher un consultant :

« Il est là leur pouvoir décisionnel, sur les choix, sur les moyens d'action, sur leur propre conduite comme employé, la gestion de leur horaire et de leur temps. Ils sont autonomes là-dessus. [...] Il y a aussi des décisions opérationnelles qui doivent être prise dans l'exercice du travail du professionnel. [...] Des décisions pour leur permettre de réaliser leur mandat, leur fonction, ils ont une marge de manœuvre à ce niveau dans l'ordre des moyens. Ils peuvent même

faire des démarches de sollicitation, de soumission et engager un consultant. Ils ont accès à des ressources pour réaliser leur mandat. Dans la majorité des mandats, les professionnels ont leur budget et ils engagent des dépenses. »

Dans certains dossiers, les professionnels sont réunis au sein d'équipes qui sont aussi très autonomes ayant le pouvoir de créer leurs objectifs et de planifier leurs démarches. Un directeur donne un exemple :

« Là, on a une équipe très autonome. Ils sont capables d'analyser l'objectif, de planifier la démarche et ils viennent se valider avec moi et ils passent à l'étape d'actualisation. »

Cependant, les professionnels ne peuvent allouer un budget discrétionnaire à un établissement :

« Ils ne peuvent pas décider d'allouer un budget discrétionnaire à un établissement parce qu'un établissement démontre des difficultés quelconques. Pour le faire, ils doivent en référer. Ils ne peuvent pas définir des orientations et dire dorénavant on va desservir tel panier de services. »

En somme, de par l'aplatissement de la structure et de l'absence de cadres intermédiaires, la spécialisation verticale de la Régie adhoc est faible.

5.2.2.2 *Formalisation*

Les professionnels de la régie régionale occupent des postes qui sont peu formalisés, si on en croit les descriptions des tâches qui leur correspondent :

« Dans la convention collective, c'est un libellé en 4-5 phrases. Il n'y a aucune description de tâche. Il y a des profils de poste et des attentes signifiées donc, des profils très génériques. »

La quasi-absence de formalisation est conséquente de la complexité et de la diversité des tâches à accomplir par les professionnels. Les directeurs ont aussi un travail très peu formalisé si on en juge de par leur description de tâches.

5.2.2.3 *Formation*

Les personnes qui obtiennent un poste de professionnel à la régie régionale ont, pour la plupart, une formation universitaire de deuxième ou de

troisième cycle et ont œuvré dans le réseau de la santé et des services sociaux pendant quelques années :

« C'est une expertise préalable qu'ils ont acquise avant mais c'est aussi en fonction de leur expérience de travail, c'est-à-dire une compétence dans un champ disciplinaire et une expérience dans ce champ. Ici, le niveau de scolarité est très élevé. Des doubles maîtrises et des doctorats, il y en a en masse ici, dépendant des domaines, bien entendu. Mais en général, ils ont au moins une maîtrise. Ça demande en plus d'autres habiletés mais ce sont des habiletés de tronc commun, des habiletés de gestion, ce sont des professionnels gestionnaires de processus. Ils ont des contenus mais ils doivent gérer des processus parce que ce n'est pas eux les dispensateurs de services directs. »

Les professionnels sont donc des personnes très scolarisées dont la formation est variée et qui sont appelés à gérer des processus.

5.2.3 Conception des liens latéraux

5.2.3.1 Système de contrôle et planification

Jusqu'à maintenant, nous avons touché à la composition de la superstructure et à la conception des postes de la Régie adhoc. Nous tenterons maintenant de comprendre comment les efforts des professionnels sont canalisés.

Chaque année, le comité de direction formule une dizaine d'objectifs généraux afin de concerter l'action de la régie régionale. Ces objectifs sont ensuite déclinés dans chaque direction et dans chaque équipe. Un directeur raconte comment ces activités s'articulent dans sa direction :

« Au mois d'août, le comité de direction se voit dans un *lac-à-l'épaule* où on va se fixer des objectifs inter-directionnels. On convient ensemble de 10 ou 11 objectifs qui vont impliquer du travail entre les directions. À partir de là, moi, dans ma direction, je confectionne les différentes priorités des professionnels et des équipes. [...] J'envoie ensuite, aux professionnels, les priorités du comité de direction et j'envoie mes priorités. Mes professionnels sont divisés en équipes. Le professionnel le reçoit et je réunis l'équipe. Je leur rappelle les priorités de la régie, mes priorités à moi et je leur demande de fixer leur priorité à eux. Pis, on le regarde en équipe et en supervision individuelle. C'est ça qui est convenu qu'on va faire durant l'année. »

Par conséquent, il existe un système de planification des actions organisationnelles à la Régie adhoc qui permet la définition d'objectifs annuels. Quant au système de contrôle, il est plutôt de nature informelle. En effet, l'atteinte des objectifs annuels fait l'objet d'une évaluation informelle lors de rencontres d'équipe avec le directeur. Même s'il n'y a pas d'indicateurs formels de l'atteinte de ces objectifs, le directeur est à même d'apprécier la réalisation d'une activité par les discussions qui animent les réunions d'équipe :

« Les objectifs font l'objet d'un suivi dans les réunions d'équipe. En fait, les priorités se traduisent par la conduite d'un dossier. Au cours de l'année, le professionnel travaille ses dossiers, et à chaque réunion d'équipe on fait le point. »

Par contre, il n'y a pas de mécanismes formels d'évaluation du personnel :

« Il peut y avoir des directeurs qui font une évaluation annuelle mais ce n'est pas systématique. L'évaluation se fait beaucoup dans le suivi des dossiers, dans la supervision individuelle, on fournit un feedback à ce moment-là. »

Le professionnel de la Régie adhoc a une responsabilité partagée avec son directeur quant à l'atteinte des résultats. C'est une imputabilité partagée :

« La responsabilité est partagée entre les directeurs et les professionnels. [...] En dernière analyse, c'est le dg qui est imputable des résultats au conseil d'administration et au Ministère parce que tout est rattaché à des plans triennaux convenus. [...] Donc le professionnel est imputable des résultats, il doit en rendre compte. Nous ce qu'on ne veut pas entendre ce sont les processus, on veut entendre les résultats. Et si tu n'as pas atteint les résultats escomptés, dis-moi pourquoi et ce qu'on a appris de ça. »

5.2.3.2 Mécanismes de liaison

Alors que la Régie foncadhoc possède très peu de mécanismes de liaison, la Régie adhoc utilise la forme la plus complexe des mécanismes de liaison, c'est-à-dire la structure matricielle (Galbraith, 1973; Mintzberg, 1979). La structure matricielle de la régie revêt deux formes. Une structure qui est conçue à la fois par programme-clientèle et par fonction comme nous en avons donné un aperçu dans la section traitant du regroupement des unités ainsi qu'une forme matricielle

par projet. Un directeur nous donne un aperçu de la dynamique des deux formes matricielles :

« Il y a deux formes de matrices. Dans la première, le professionnel relève d'un directeur sur le plan hiérarchique mais sur le plan fonctionnel, il peut relever de plusieurs directeurs. C'est sur deux axes. Ce n'est pas tous les professionnels mais plusieurs dans la direction de la santé sociale et de la santé physique. Par exemple, en santé sociale, un professionnel relève de son directeur hiérarchique mais il relève du directeur de la santé publique pour la fonction promotion-prévention de la direction de la santé publique. C'est une des formes matricielles qui s'exerce. [...] L'autre forme matricielle, c'est qu'il y a beaucoup de gestion de projet ici qui interpelle beaucoup de professionnels de plusieurs groupes sur un même projet et il y a plus de 200 projets. Toutes ces personnes [rassemblées dans un projet] relèvent d'un même chargé de projet. Donc, ce n'est pas un *boss* ni fonctionnel, ni hiérarchique, c'est un chargé de projet qui coordonne le projet et le professionnel a un rôle à jouer là-dedans. Encore là, ça fait travailler les gens en matricielle dans un projet donné. »

Pour souligner les nombreux mécanismes de liaison qui animent la structure de la Régie adhoc, nous avons dessiné sur l'organigramme du schéma de la page 85, trois ovales pour représenter la fluidité entre les directions. Afin que le schéma demeure lisible, nous n'avons pas représenté l'ensemble des liaisons inter-directionnelles.

Au niveau de la haute-direction, le mécanisme de liaison par excellence est le comité de direction. On y discute de la vision stratégique des dossiers et des orientations de la régie régionale. Le partage des connaissances relatives aux dossiers de chaque direction permet aux directeurs, lors des vacances de chacun d'entre eux, de prendre temporairement les responsabilités du poste (sauf en ce qui a trait à la direction publique où le titulaire du poste de directeur doit être un médecin). Un des directeurs de l'organisation raconte :

« Entre les directeurs, c'est le comité de direction [le mécanisme de liaison] qui se fait une fois par semaine. De sorte que tous les directeurs doivent se sentir concernés par tous les dossiers. Pourquoi ? Parce que nous sommes appelés à se remplacer. En période estivale, j'ai pris le relais du directeur de la santé physique, j'ai géré la crise. [...] Il y a une polyvalence de recherché. [...] On doit avoir un minimum de vision pour l'ensemble des dossiers. »

De plus, contrairement à la Régie foncadhoc, la Régie adhoc dispose de plusieurs mécanismes de liaison avec le réseau. Plusieurs tables régionales existent et sont animées par la régie régionale :

« Nous avons des Tables régionales des directeurs régionaux avec le comité de direction de la Régie régionale, on se rencontre aux 3 semaines. Les grands dossiers, la lecture de l'environnement est faite à toutes les 3 semaines. C'est permanent comme comité. Sur le plan des fonctions, par exemple, les directeurs des ressources humaines, des finances, des responsables des technologies de l'information, des responsables des services d'accueil, des responsables des laboratoires ont des comités régionaux, ils se réunissent aux 4 ou 6 semaines pour faire le point sur les dossiers. Ça amène encore des éléments et c'est coordonné par des directeurs ou des professionnels de la régie régionale qui sont alimentés. Donc nous sommes à l'interface du réseau. C'est la même chose sur le plan des programmes, par exemple les programmes-clientèles en santé physique, en santé publique... des professionnels de la régie régionale sont là avec des directeurs et des gestionnaires du réseau. Ces instances ont toujours un pouvoir de recommandations mais pas décisionnelles. »

5.2.4 Conception du système de prise de décision

5.2.4.1 Décentralisation verticale et horizontale

Bien que les professionnels soient principalement appelés à prendre des décisions de nature opérationnelle et tactique, il arrive qu'ils doivent aussi en prendre qui soient de nature stratégique. Un directeur donne sa vision du type de décision que les professionnels prennent :

« Les professionnels vont intervenir à un niveau tactique et opérationnel. Les directeurs vont intervenir à un niveau stratégique mais souvent aussi les professionnels sont à un niveau stratégique. Ça [le rôle du professionnel] demande une capacité de planifier, de tenir compte comment la planification va atterrir sur le terrain, ça prend une capacité de négocier avec les établissements, d'être à l'écoute aussi de ce que peuvent vivre des gens qui sont sur le terrain ou des administrateurs à un niveau local. Il faut bien les [les professionnels] informer des orientations de la régie, des pièges à éviter, des orientations que la régie privilégie dans les façons de faire. C'est l'avantage d'avoir une structure réduite dans ses paliers hiérarchiques à cause du rôle stratégique inclut dans le travail des professionnels, d'avoir accès directement au directeur qui lui a accès au comité de direction. C'est un élément très facilitant et qui facilite la prise de décision par le professionnel à un certain niveau de décision. Il n'a pas trop de structure à franchir. »

Sur la base de ce témoignage, il semble donc que la décentralisation verticale soit importante à la Régie adhoc.

Mintzberg (1979) définit la *décentralisation horizontale* comme étant « le passage du contrôle des processus de décisions à des personnes situées en dehors de la ligne hiérarchique » (p.178). Selon cette définition, il semble que la Régie adhoc connaisse une décentralisation horizontale modérée. Nous la qualifions de « modérée » puisque le comité de direction exerce une influence déterminante sur les décisions prises dans l'organisation, ce qui milite en faveur d'une certaine centralisation. Un directeur donne un exemple représentatif de la manière dont plusieurs décisions sont prises à la Régie adhoc :

« Le directeur ressource-réseau amène au comité de direction un dossier et il dit : « voilà qu'est-ce que j'allouerais comme budget et voici comment on va contrôler ça ». Là, le comité de direction donne son accord ou fournit des commentaires. Puis, ensuite, c'est le directeur avec la directrice générale qui va prendre la décision finale et qui va l'actualiser. La plupart des décisions se prennent comme ça. »

D'un autre côté, nous devons reconnaître l'importante décentralisation qui existe à la Régie adhoc puisque, comme nous l'avons mentionné précédemment, les professionnels de cette organisation prennent souvent des décisions qui sont, quelques fois, de nature *stratégique*.

Étant donné que les professionnels sont dispersés à travers l'ensemble des directions, il semble plus juste d'affirmer que la Régie régionale est décentralisée sélectivement. Mintzberg (1979) parle de décentralisation sélective lorsque :

« ...des décisions différentes sont prises à des endroits différents de l'organisation. Par exemple, les décisions financières peuvent être prises au sommet stratégique, les décisions de marketing dans les unités de support logistique, et les décisions de production au bas de la ligne hiérarchique » (p. 178).

Or, c'est ce qui semble se produire à la Régie adhoc si l'on se base sur les précédents témoignages. Selon la nature des dossiers, certaines décisions sont

probablement prises tantôt par les professionnels de la direction de la santé sociale, tantôt par la direction de la santé physique et à d'autres moments par le comité de direction.

5.2.5 Une adhocratie opérationnelle

À l'aide des neuf paramètres de conception de Mintzberg (1979), la section précédente nous a permis de faire ressortir les principaux éléments de la structure de la Régie adhoc. En comparant chacun de ses paramètres de conception aux cinq configurations de Mintzberg, nous avons constaté que cette organisation partage plusieurs similitudes avec l'adhocratie opérationnelle. Le tableau 16 de la page suivante donne un aperçu de la symétrie entre la Régie adhoc et l'adhocratie opérationnelle.

Les neuf paramètres de conception de la structure convergent tous vers la forme pure de l'adhocratie opérationnelle. La Régie adhoc a une structure matricielle qui est organisée à la fois par programme-clientèle (marché) et par fonction. Tout comme l'adhocratie, cette régie régionale est spécialisée horizontalement mais peu verticalement; les comportements sont peu formalisés; il y a peu de contrôle des résultats, si ce n'est un contrôle informel; elle dispose de plusieurs mécanismes de liaison; et ses unités sont de petites tailles. Malgré la grande influence du comité de direction sur les décisions, nous estimons que la Régie adhoc est décentralisée sélectivement puisque les professionnels, répartis à divers endroits dans l'organisation, contrôlent en grande partie les différentes phases des processus de prise de décision. À cet effet, Mintzberg (1979 : 179) estime que « le pouvoir sur chacune des étapes du processus de décision constitue un certain pouvoir sur le processus dans son ensemble ».

Au terme de cette analyse, nous reconnaissons que la Régie adhoc possède les caractéristiques d'une adhocratie opérationnelle.

Paramètres de Mintzberg	Adhocratie opérationnelle	Régie adhoc
Regroupement des unités	Par fonction et par marché	Idem
Taille des unités	Petite partout	Idem
Spécialisation des postes de travail	Beaucoup de spécialisation horizontale	Idem
Formalisation	Peu	Idem
Formation	Beaucoup de formation	Idem
Systeme de planification	Planification des actions limitée	Idem
Systeme de contrôle	Peu	Idem
Mécanismes de liaison	Beaucoup de mécanismes de liaison	Idem
Décentralisation verticale	Décentralisation sélective	Idem
Décentralisation horizontale	Décentralisation sélective	Idem

Tableau 16 : Similitudes entre la Régie adhoc et l'adhocratie opérationnelle

5.3 Analyse comparative des structures des deux régies régionales

Nous avons présenté les configurations structurelles des deux régies régionales. Nous tâcherons dans cette section de faire ressortir les différences fondamentales de la dynamique de chacune de ces structures. Le tableau 17 de la page suivante fait une synthèse de chacun des paramètres de conception des deux régies régionales.

5.3.1 L'aplatissement de la structure

Les régies régionales se distinguent l'une de l'autre sur une série de paramètres. Une des grandes distinctions structurelles est **1)** l'aplatissement de la structure de la Régie adhoc. Composée de 104 employés, la structure de cette régie régionale est caractérisée par des unités relativement petites et par une absence de la ligne hiérarchique lui conférant le statut de structure aplatie. De l'avis d'un directeur de la Régie adhoc, l'aplatissement de la structure favorise la rapidité d'échange d'information entre les professionnels et les directeurs :

« [Lorsqu'un problème surgit], le professionnel vient me voir et me dit : « *voilà comment la situation se présente et moi je prendrais cette orientation là.* » Et là, je peux lui dire tout de suite oui ou non, parce que je sais si la décision correspond aux orientations privilégiées par la régie ou pas. S'il y a d'autres paliers [hiérarchiques] à franchir [comme dans d'autres régies régionales], le professionnel va voir le

cadre intermédiaire qui lui n'est pas invité au comité de direction. Il peut, selon le problème, pendre ou pas la décision. S'il ne peut pas, il doit remonter [la chaîne de commande], ce qui amène un délai pour le professionnel. Ça amène aussi de la frustration parce que ce n'est pas lui qui peut compléter directement ses informations auprès du directeur. »

Paramètres de conception	Régie foncadhoc	Régie adhoc
Regroupement	Par fonction.	Par programme-clientèle et par fonction.
Taille	217 employés. Unités grandes à la base et petite ailleurs.	104 employés. Unités petites partout.
Spécialisation horizontale	Grande.	Grande.
Spécialisation verticale	Modérée.	Faible.
Formalisation	Faible pour les professionnels; grande pour les coordonnateurs.	Faible.
Formation	Universitaire.	Universitaire.
Système de planification	Un plan stratégique existe mais n'est pas suivi.	Alignement des objectifs organisationnels avec les priorités organisationnelles.
Système de contrôle des résultats	Informel.	Informel.
Mécanismes de liaison	Un seul mécanisme de liaison formel : le comité de direction.	Plusieurs incluant la structure matricielle.
Décentralisation verticale	Faible. La prise de décision remonte souvent la ligne hiérarchique.	Sélective. Les professionnels de toutes les directions prennent différents types de décision.
Décentralisation horizontale	Limitée.	Sélective.

Tableau 17 : Comparaison de la structure des deux régies régionales

De son côté, la Régie foncadhoc emploie 217 personnes, a des unités plus grandes à la base de l'organisation et possède une ligne hiérarchique composée de coordonnateurs dont les tâches sont passablement formalisées. La présence de cadres intermédiaires fait en sorte que la **2)** spécialisation verticale du travail est plus grande qu'à la régie adhoc. Le rôle des coordonnateurs devient alors celui d'administrer et d'arrimer le travail des professionnels, ce qui peut être essentiel dans une organisation qui possède autant d'effectifs.

Il est possible qu'à cause de la taille relativement grande de la Régie adhoc qu'un aplatissage de la structure soit difficilement envisageable. De fait,

on peut envisager qu'il soit nécessaire que la structure soit un peu plus pointue³³ qu'à la Régie adhoc étant donné le grand nombre de professionnels à encadrer. En effet, sans ligne hiérarchique, la surface de contrôle à la direction de la santé publique serait de 82 professionnels! Encadrer un tel nombre de professionnels semble être une tâche difficile pour un seul directeur.

5.3.2 Regroupement des unités et mécanisme de liaison

La Régie adhoc possède de nombreux mécanismes de liaison entre les directions. Elle utilise aussi le **3)** mécanisme de liaison le plus complexe, soit la structure matricielle (Galbraith, 1973). Sa structure est basée sur un **3)** regroupement basé à la fois par fonction et par programme-clientèle. Ainsi, la direction du développement de l'organisation, la direction de la vigie et la direction des ressources réseau supportent les trois autres directions qui gèrent des programmes. De par sa structure, ce type d'organisation favorise les échanges inter-directionnels par la multiplicité des points de contact entre les directions. Sa structure matricielle par projets favorise aussi le partage d'expertise entre les directions au sein de projets.

De l'avis de Mintzberg (1979), le regroupement par marché (programme-clientèle) offre plusieurs avantages dont celui de pouvoir « accomplir plus de tâches » et de changer plus aisément des éléments de sa structure « car l'indépendance relative entre les éléments lui donne la flexibilité. Des unités peuvent y être ajoutées ou en être supprimées avec plus de facilité » (p.134). Cependant, la structure par marché consomme plus de ressources que la structure fonctionnelle parce qu'elle doit multiplier les personnels et les équipements ou accepter de perdre les avantages de la spécialisation » (p.135). Ces remarques de Mintzberg sur le regroupement par marché collent davantage aux trois directions de la Régie adhoc qui sont organisées par programme-clientèle, soient la direction de la santé publique, la direction de la santé physique et la direction de la santé sociale. Les trois autres directions vont posséder davantage les caractéristiques de la structure fonctionnelle que nous décrivons ci-

³³ « Par essence, une structure pointue a une longue ligne hiérarchique » (Mintzberg, 1979 : 139).

après. Étant donné que la Régie adhoc est structurée à la fois par fonction et par programme-clientèle, elle peut potentiellement cumuler les avantages et les inconvénients des deux types de regroupement.

De son côté, le **4)** regroupement des unités de la Régie foncadhoc s'opère par fonction. Ce type de regroupement offre l'avantage de « rassembler les ressources humaines et matérielles des différents flux de travail; elle encourage aussi la spécialisation en établissant des profils de carrières qui restent à l'intérieur d'une zone donnée, en permettant aux spécialistes d'être supervisés par une des leurs, et en les rassemblant pour encourager leurs interactions » (Mintzberg, 1979 : 131). Elle permet aussi des économies d'échelle. Cependant, « l'accent mis sur une spécialité étroite restreint la perspective, et amène les individus à limiter leur attention à leurs propres moyens et non aux buts plus larges de l'organisation » (Mintzberg, 1979 : 131).

Alors que la **5)** Régie adhoc utilise plusieurs mécanismes de liaison, la Régie foncadhoc n'en possède que peu et compte davantage sur le comité de direction pour solutionner différents problèmes. Ce manque de mécanisme de liaison combiné à un regroupement des unités par fonction semble favoriser l'expression d'une certaine étanchéité entre les directions. Mintzberg (1979 : 132) dit à ce sujet :

« En fait, il manque à la structure fonctionnelle un mécanisme qui permette la coordination du flux de travail. À la différence de la structure par marché qui contient les interdépendances de flux de travail dans ses unités de base, la structure par fonction gêne à la fois la coordination entre les différents spécialistes et la supervision directe au niveau de l'unité. La structure est incomplète : on doit lui ajouter des mécanismes de coordination. »

5.3.3 La décentralisation verticale

La **6)** faible décentralisation verticale de la Régie adhoc, c'est-à-dire la nécessité pour les professionnels de devoir passer par la ligne hiérarchique lorsqu'ils rencontrent un problème, peut faire en sorte qu'il y a davantage de problèmes qui remontent la ligne hiérarchique que si les professionnels avaient

une plus grande autonomie. C'est d'ailleurs là une *tendance naturelle* de la structure fonctionnelle. Mintzberg (1979) note à ce sujet :

« La tendance naturelle est de résoudre les problèmes de coordination en leur faisant remonter la ligne hiérarchique jusqu'à ce qu'ils atteignent un niveau où les fonctions se rencontrent. Cependant, un tel niveau peut être très éloigné du problème de départ. » (p.132)

Puisque plusieurs problèmes peuvent remonter la ligne hiérarchique jusqu'au comité de direction, qui est le seul mécanisme de coordination formel de la Régie foncadhoc, les professionnels doivent attendre le retour d'information avant de continuer à traiter leur dossier, ce qui peut entraîner des délais dans l'exécution des tâches. De plus, ce phénomène surcharge le comité de direction qui s'occupe alors de gérer des accrocs de nature opérationnelle ou fonctionnelle au lieu de traiter d'enjeux stratégiques.

À la Régie adhoc, le traitement de problèmes opérationnels par le comité de direction est possiblement plus rare étant donné que la décentralisation verticale est grande, c'est-à-dire que les professionnels ont une marge de manœuvre importante pour prendre des décisions dans leur dossier. Conséquemment, le comité de direction de la Régie adhoc est libéré des enjeux de nature plus opérationnelle et peut, dès lors, se concentrer davantage sur des enjeux stratégiques.

Nous avons donc d'un côté, une adhocratie opérationnelle possédant une structure matricielle aplatie et de l'autre, une bureaucratie mécaniste adhocratique caractérisée par une structure fonctionnelle pointue. Prend fin ici la description et les distinctions des structures organisationnelles des régies régionales. Le prochain chapitre expose l'histoire de trois dossiers communs aux deux organisations. L'historique de ces dossiers nous permettra de palper les effets de la structure sur les processus de prise de décision dans les dossiers touchant à la « planification des naissances », au « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » et aux « stratégies de libération des lits de courte durée ».

CHAPITRE 6 : ÉTUDES DE CAS³⁴ ET ANALYSES

Après avoir fait un survol de la littérature, présenté la problématique, le modèle théorique, la méthodologie et les structures des deux régions régionales, nous entamons maintenant la présentation du cœur de notre démarche. Le présent chapitre expose les six études de cas qui servent d'ingrédients de base à notre étude comparative. Chaque dossier débute par une mise en contexte ainsi qu'une brève explication de ses objectifs. Nous enchaînons ensuite par l'étude de cas elle-même qui expose l'historique des événements qui ont sculpté chaque dossier. Nos études de cas sont construites de façon à ce que chaque paragraphe descriptif soit suivi d'un paragraphe analytique où nous exposons, lorsque cela s'applique, nos inférences à propos des impacts de la structure sur les processus de prise de décision. À la fin de l'étude de cas, ces inférences sont synthétisées sous la rubrique : « Faits saillants de l'étude de cas », qui est suivie de l'évaluation du processus de prise de décision. Après avoir présenté les deux études de cas ainsi que leur évaluation respective, nous tentons d'attribuer à la structure, dans une analyse comparative, les différences de performance des processus de prise de décision que nous observons.

Les études de cas sont présentées en ordre croissant de complexité. Les deux premières études de cas portent sur les « orientations ministérielles en matière de planification des naissances », les deux suivantes sur le « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » et les deux dernières sur les « stratégies de libération des lits de courte durée ».

6.1 L'organisation des services en matière de planification des naissances

En décembre 1995, le Ministère de la santé et des services sociaux envoie aux régions régionales un document s'intitulant : « Orientations ministérielles en matière de planification des naissances ». Ce document précise

³⁴ Dans le but de conserver l'anonymat des répondants que nous avons consultés, nous avons masculinisé tous les passages du texte.

les principes directeurs et les approches privilégiées d'intervention concernant la planification des naissances. Il comprend cinq volets : la contraception, la sexualité et les MTS, les interruptions volontaires de grossesses (IVG), l'infertilité ainsi que la stérilisation. Parmi leurs responsabilités, les régies régionales doivent « planifier la prestation des services et décider de leur organisation régionale en fonction des réalités de leur territoire dans le respect des orientations définies par le Ministère³⁵ ».

Deux mois plus tard, en février 1996, le Ministère envoie une lettre aux régies régionales les priant de bien vouloir déposer un plan d'action touchant aux cinq volets contenus dans le document ministériel. La nature de la décision consiste donc à rédiger un plan d'action spécifiant l'organisation des services en matière de planification des naissances. Pour les fins de l'étude, puisque le volet traitant de l'organisation des services en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG) semble être le plus important, nous concentrons spécifiquement nos efforts à son analyse. Un répondant rapporte :

« Pour nous, la planification des naissances, à cette époque, c'était essentiellement les interruptions volontaires de grossesse. Ce qui était prioritaire, c'était les IVG. »

6.1.1 Études de cas : L'organisation des services en matière d'IVG au sein de la Régie foncadhoc

6.1.1.1 Les « orientations ministérielles » entrent à la Régie

Le document spécifiant les orientations ministérielles entre, comme la plupart des dossiers ministériels, à la Régie foncadhoc par la direction générale. Le directeur général et le comité de direction examinent rapidement le dossier qui est confié à la direction de la coordination et des services à la clientèle (DCSC). Le directeur de cette unité fait suivre le dossier à un de ses coordonnateurs qui mandate un professionnel de la section des services hospitaliers. Ce dernier entreprend de faire un état de la situation des interruptions volontaires de grossesses (IVG) dans la région.

³⁵ *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*, Gouvernement du Québec – Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, p.28.

Analyse. Le dossier entre par la direction générale et, à la manière d'une cascade, s'écoule dans l'organigramme, suivant la ligne hiérarchique, jusqu'au professionnel qui en prend la responsabilité. L'implication des cadres supérieurs permet une distribution stratégique des dossiers qui leur assure que le dossier atterrit dans la direction ayant les compétences pour répondre adéquatement aux exigences du dossier.

6.1.1.2 Un changement de professionnel dans le dossier

Cependant, à peine le professionnel de la DCSC a-t-il le temps de faire un état de la situation qu'il est retiré du dossier. Un professionnel de la même direction et du même secteur prend la relève. Au moment où ce dernier devient responsable du dossier, il constate que la date d'échéance du Ministère pour remettre le plan d'action est déjà dépassée.

6.1.1.3 Un budget pour les IVG et un budget pour la réduction du taux de grossesse chez les adolescentes

Ayant pris connaissance des « orientations ministérielles en matière de planification des naissances », le conseil d'administration de la Régie foncadhoc fait des interruptions volontaires de grossesse (IVG) une priorité régionale. Il alloue une importante somme d'argent pour l'organisation de ce service dans la région. La priorité est alors à l'allocation des ressources et non pas la rédaction du plan d'action en matière de planification des naissances :

« La priorité, ici, était, dans un premier temps, de faire des allocations parce qu'il y avait de l'argent que le conseil d'administration avait octroyé. »

Puisque le conseil d'administration a adopté une politique visant à encourager la prévention et la promotion de la santé, 10 % du budget est dédié à la réduction du taux de grossesse chez les adolescentes. La direction de la santé publique se voit confiée ce volet alors que l'organisation des services relève de la direction de la coordination et des services à la clientèle (DCSC).

Analyse. Le conseil d'administration octroie deux sommes d'argent visant chacune un champ d'intervention précis pris en charge par une direction spécifique. Cette méthode d'allocation des ressources encourage une division du travail basée sur les spécialités. En procédant de la sorte, le conseil d'administration augmente ses chances de voir l'argent utilisé comme il l'entend, ce qui constitue, pour nous, une forme de centralisation du pouvoir.

Outre le contrôle qu'acquière le conseil d'administration en allouant des sommes d'argent vouées à des buts relativement circonscrits pris en charge par des directions spécifiques, un autre facteur l'aide à contrôler l'allocation des ressources. Il s'agit de la standardisation des processus d'allocation de ressources à la Régie foncadhoc :

« À l'époque, il y avait un processus d'allocation des ressources qui partait du moment où on recevait une lettre du Ministère jusqu'au moment où le chèque arrivait dans l'établissement. »

La standardisation des processus est une des caractéristiques fondamentales de la bureaucratie mécaniste (Mintzberg, 1979). L'avantage de la standardisation est que le conseil d'administration est libéré de devoir sanctionner chaque produit ou résultat issu des processus d'allocation des ressources :

« Le conseil d'administration arrête les sommes d'argent et nous étions [les professionnels] responsables de la répartition des sommes d'argent. Parce que le conseil d'administration avait entériné auparavant le processus, ce qu'il nous demande, c'est de s'assurer du respect du processus dans la répartition. Par la suite, ça ne remontait pas au conseil d'administration. »

En d'autres termes, on peut inférer que la standardisation du processus d'allocation de ressources légitime le résultat atteint en autant que les professionnels suivent la procédure établie par la standardisation.

6.1.1.4 Un travail d'équipe et la formation du comité aviseur

Le professionnel de la DCSC et son directeur estiment qu'il est plus avantageux de travailler ce dossier conjointement avec la direction de la santé publique. Cette initiative permet à la direction de la coordination et des services à

la clientèle (DCSC) ainsi qu'à la direction de la santé publique de partager des informations sur les parties respectives dont ils ont la responsabilité. Un professionnel de la santé publique raconte :

« Moi, comme je participais à ce comité là, ça faisait qu'on travaillait moins en silo, on se communiquait nos informations. Je savais un peu ce qui se passait [à la DCSC] et eux [les professionnels de la DCSC] savaient ce qu'on faisait.

En passant par les Tables régionales, le professionnel de la DCSC, porteur principal du dossier, forme un comité aviseur de 11 experts appartenant à différents types d'établissements. On retrouve au sein de ce comité les deux professionnels de la régie régionale, trois représentants des CH, deux des CLSC, deux d'organismes communautaires et deux de différentes Tables régionales.

Analyse. La participation de deux directions au sein du comité fait de ce dernier un véritable mécanisme de liaison (Galbraith, 1973). Le fait que les professionnels des deux directions se rassemblent autour de la même table semble engendrer des bénéfices puisqu'ils peuvent ainsi partager des informations et mettre en commun leur expertise respective en vue de réaliser leur mandat.

6.1.1.5 Une première rencontre du comité aviseur

La première rencontre du comité aviseur a lieu au mois de juillet 1997. Au cours de cette rencontre, le professionnel de la DCSC présente les orientations ministérielles. « Le mandat du comité est de proposer une organisation d'activités et de services en planification des naissances. [...] Le bien livrable du comité est un plan d'action³⁶. » Chacun des professionnels impliqués dans le processus a des responsabilités qui sont claires. Le professionnel de la DCSC est responsable de l'allocation budgétaire et de l'organisation des services d'interruption volontaire de grossesse (IVG) alors que le professionnel de la direction de la santé publique s'occupe du volet touchant à la prévention des grossesses.

³⁶ Selon un compte rendu de la rencontre du comité aviseur daté du 4 juillet 1997.

Analyse. Chaque direction est donc responsable de certains aspects reliés à la planification des naissances et ce, en fonction de son expertise. Par conséquent, il y a une spécialisation horizontale assez importante au sein du comité aviseur où la DCSC s'occupe d'organisation des services et d'allocation des ressources alors que la direction de la santé publique est responsable du volet prévention des grossesses. Cette dichotomie dans la répartition des responsabilités est à l'image d'une bureaucratie mécaniste organisée autour de fonctions comme c'est le cas pour la Régie foncadhoc. La citation suivante reflète bien la division du travail au sein du comité aviseur :

« Nous [la DCSC], on travaillait à l'allocation budgétaire pour l'organisation des services alors que la santé publique travaillait avec moi. Mais eux, travaillaient plus leur partie en prévention-promotion, comme la prévention des grossesses par exemple. »

Cette participation des deux directions au sein d'un comité aviseur semble être une formule intéressante pour traiter ce dossier. D'un côté, il n'y a pas véritablement de duplication des fonctions puisque chaque professionnel s'occupe de son champ d'expertise, ce qui peut potentiellement entraîner une économie importante du temps consacré au dossier par chaque professionnel. D'un autre côté, la présence du professionnel de la santé publique au comité d'experts permet, comme nous l'avons souligné, l'instauration d'un travail interdisciplinaire où il y a un partage d'expertise.

6.1.1.6 Un comité d'experts pour rédiger un devis d'allocation de ressources

Durant la rencontre, le professionnel de la DCSC annonce la formation d'un comité d'experts. Ce comité est formé de six personnes qui rédigeront un devis qui précise les critères d'allocation des ressources. Alors que le professionnel de la DCSC est membre de ce comité, aucun professionnel de la santé publique n'y siège.

Analyse. La formation du comité d'experts semble aussi être l'expression de la structure fonctionnelle. En effet, sa création exclut, à ce stade du processus, la direction de la santé publique encourageant ainsi la participation d'une seule catégorie de spécialiste dans pour la rédaction du devis d'allocation des

ressources. De plus, la manière dont le conseil d'administration a divisé le budget encourage aussi probablement davantage la participation d'une seule direction dans la rédaction du devis laissant peu de place à l'expression d'un travail interdisciplinaire.

6.1.1.7 Le comité d'experts se rencontre pour l'allocation des ressources

Le 12 septembre 1997, le comité d'experts tient une rencontre où il fait une évaluation des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires pour pratiquer une IVG. Considérant ces informations, le comité arrête, par consensus, un coût par IVG. Le comité d'experts débute la rédaction du devis d'allocation. Peu après, le Ministère demande le dépôt d'un plan d'action pour juillet 1998 mais là n'est pas, pour l'instant, la priorité de la Régie foncadhoc qui considère que la rédaction d'un devis d'allocation est plus pressante que la rédaction d'un plan d'action.

6.1.1.8 Un devis d'allocation est présenté au comité aviseur

Le 30 octobre 1997, une première version du devis d'allocation des ressources est présentée au comité aviseur par les membres du comité d'experts responsables de l'attribution budgétaire. Parmi les paramètres de répartition retenus par le comité d'experts et acceptés par le comité aviseur, on note que la répartition de l'argent sera faite « au prorata de l'incidence d'IVG³⁷ ». Ce qui veut dire que les sommes d'argent seront attribuées non pas en fonction des IVG réellement pratiquées par les établissements de la région mais selon le nombre de femmes âgées entre 15 et 29 ans qui subissent une IVG au cours d'une année par territoire. « L'argent a été distribué aux établissements qui faisaient déjà des IVG », note une répondante. Ce qui suggère que cette répartition a amené peu de changement au niveau de l'organisation des services pour la clientèle.

Analyse. Comparativement à l'étude de cas portant sur la Régie adhoc que nous présentons au point 6.1.4, la Régie foncadhoc ne change pas

³⁷ Tel que décrit dans le devis d'allocation daté du 30 octobre 1997.

réellement l'organisation des services de son territoire malgré son mandat de « proposer une organisation d'activités et de services en planification des naissances³⁸ ». Elle fait une allocation de ressources sans trop chambarder l'organisation du réseau tel qu'il est à cette époque. Deux facteurs peuvent expliquer la relative inertie de la régie régionale. D'une part, il est possible que l'organisation des services de la région soit déjà suffisamment bonne et, en ce sens, il serait inutile de vouloir la changer. Cependant, cela ne semble pas être l'avis du Ministère de la santé et des services sociaux qui souhaitera, plus tard dans le processus, que les régies régionales augmentent le taux rétention³⁹ de leur région, c'est-à-dire que les femmes qui désirent se faire avorter le fassent dans leur région plutôt que dans une région voisine, ce qui n'est pas sans lien avec l'organisation des services. La standardisation du processus d'allocation des ressources peut aussi être à la source de la relative inertie de la régie régionale. Étant donné que les professionnels doivent suivre une procédure précise, il est possible que cela ne leur laisse pas suffisamment de marge de manœuvre pour adapter l'organisation des services aux besoins de la population.

6.1.1.9 Le comité d'experts est dissout

Après cette présentation du devis d'allocation, le comité d'experts est dissout et toutes les activités sont conduites désormais par les membres du comité aviseur. C'est ce comité qui s'occupe de peaufiner le devis d'allocation et ce, avec la participation de la direction de la santé publique. À ce stade du processus, il semble que le professionnel de la DCSC trouve avantageux que le professionnel de la direction de la santé publique partage son expertise de médecin. Le professionnel de la DCSC note :

« Il [le professionnel de la santé publique] avait plus le côté médical de la santé publique, moi [le professionnel de la DCSC], j'avais plus le côté « organisation des services ». De par sa pratique en privé, le professionnel de la santé publique avait une certaine connaissance de l'articulation que tous les aspects des IVG peuvent demander au sein du bureau du Médecin. Ce qui était avantageux. »

³⁸ Selon un compte rendu de la rencontre du comité aviseur daté du 4 juillet 1997.

³⁹ Selon des documents internes.

Analyse. À ce stade du processus, on assiste à une forme de collaboration interdisciplinaire où le professionnel de la santé publique, qui est aussi médecin, apporte son expertise dans le comité. Par la suite, il n'y aura plus d'exclusion de la direction de la santé publique pour allouer les ressources.

6.1.1.10 Une tournée régionale et le projet prévention des grossesses

Le professionnel de la direction de la DCSC entame une tournée régionale pour présenter le devis d'allocation aux directeurs généraux des établissements touchés par les IVG :

« Une fois la répartition complétée, j'avais [le professionnel de la DCSC] rencontré les directeurs généraux des établissements impliqués pour leur faire part du devis d'allocation, de ce que les sommes représentaient et de recueillir les commentaires. »

De son côté, le professionnel de la santé publique prépare un projet sur la prévention des grossesses :

« Le projet mis de l'avant par la santé publique en prévention-promotion concerne les adolescentes. Ce projet vise la prévention des grossesses précoces ou non désirées⁴⁰. »

Analyse. Cet extrait démontre que les professionnels de la Régie foncadhoc concentrent leurs activités respectives en fonction de leur spécialité. Il est possible que cela soit le fait de la structure fonctionnelle où la division du travail se fait suivant les spécialités des directions.

6.1.1.11 Une première allocation budgétaire

Une fois la répartition budgétaire arrêtée par le comité aviseur, le professionnel de la DCSC du secteur du service hospitalier donne sa recommandation sur l'allocation budgétaire à son coordonnateur qui la remet au directeur de la DCSC. C'est ce dernier qui présente le budget final au comité de direction :

⁴⁰ Selon un compte rendu de la rencontre du comité aviseur daté du 2 décembre 1997.

« On connaît nos budgets, style X \$ réparti en fonction des IVG à effectuer. Le comité aviseur donne un avis sur la répartition d'argent et cet avis est entériné par le comité de direction. Moi, je donne ma recommandation à mon supérieur de secteur [coordonnateur] qui la remet au directeur de l'organisation des services, qui lui présente ça au comité de direction. Pour faire l'allocation, on suit une méthodologie de répartition. »

La première allocation budgétaire aux établissements a finalement lieu le 22 mai 1998, soit un an après que le budget ait été octroyé par le conseil d'administration de la Régie foncadhoc.

6.1.1.12 Un changement de professionnel dans le dossier

Le professionnel de la direction de la coordination et des services à la clientèle (DCSC) relevant du secteur des services hospitaliers est enfin prêt pour débiter la rédaction du plan d'action que requiert le Ministère de la santé et des services sociaux. Il a toutes les informations en tête... Alors que le professionnel de la DCSC se prépare à sa rédaction, il se voit retiré du dossier en juin 1998. À ce sujet, le professionnel mentionne : « Au moment où j'ai quitté, j'étais prêt pour rédiger le plan ». Un autre professionnel, relevant du même secteur, prend la relève.

6.1.1.13 Une seconde allocation budgétaire

Ce *nouveau* professionnel se contentera de reconduire la deuxième allocation budgétaire selon les mêmes principes d'attribution que l'année précédente. Ce second budget est octroyé en juin 1999. Entre-temps, un professionnel provenant du secteur des services locaux de la DCSC se joint au dossier.

6.1.1.14 Le professionnel de la DCSC est remplacé

Le professionnel des services hospitalier de la DCSC est remplacé de nouveau. C'est le quatrième professionnel de la Régie foncadhoc à être impliqué dans le dossier. Cette fois-ci, le dossier est transféré au secteur des services locaux, un secteur parmi les quatre secteurs de la direction de la coordination et des services à la clientèle (DCSC). Il y a donc à ce moment deux professionnels

de la DCSC d'impliqués dans le dossier. Un d'entre eux relève du secteur des services locaux et l'autre du secteur des services spécialisés de santé. Ils relèvent donc chacun d'un coordonnateur différent.

Analyse. En tout, pas moins de quatre professionnels de la direction de la coordination et des services à la clientèle (DCSC) se sont succédés dans le dossier. Ces changements fréquents de professionnels dans le dossier semblent indiquer soit un manque de planification au niveau des ressources humaines, un manque de *slack organisationnel*⁴¹ (Cyert et March, 1963), l'expression d'un environnement trop instable pour une structure fonctionnelle (Lawrence et Lorsch, 1967) ou encore une combinaison de ces différents facteurs.

Si nous retenons l'hypothèse du manque de planification, cela signifierait que la Régie foncadhoc ne se comporte pas, de ce point de vue, à l'image d'une bureaucratie mécaniste puisque, selon Mintzberg (1979), une des forces importantes de cette configuration est sa capacité de planifier ses actions. Or, pour planifier de manière efficace, encore faut-il pouvoir planifier, ce qui est rendu plus facile dans un environnement stable. Or, en assistant à une présentation faite par l'ancien dg d'une régie régionale du Québec, nous avons appris que plusieurs dossiers qui entrent dans une régie régionale d'un grand centre urbain ont un caractère imprévisible et urgent. Ce qui contribue, à notre avis, à rendre l'environnement des régies régionales instable et difficilement planifiable.

D'un autre côté, si la Régie foncadhoc avait la possibilité d'avoir, en dépit des compressions budgétaires à l'œuvre dans la fonction publique, un *slack organisationnel*, cela lui permettrait de répondre de manière plus efficace aux dossiers imprévisibles. En conséquence, il est possible que la Régie foncadhoc préfère ne pas trop planifier l'utilisation de main d'œuvre puisqu'elle ne peut prédire sur quels dossiers ils devront travailler en urgence dans un avenir rapproché.

⁴¹ Que l'on peut traduire par « excès de ressources ».

6.1.1.15 Le comité aviseur fait un suivi auprès des CLSC

Le 23 novembre 1999, le comité aviseur convient qu'il est nécessaire de faire un suivi auprès des CLSC pour voir si la répartition des budgets entre les établissements est équitable. Le professionnel des services locaux de la DCSC effectue ce suivi. Pendant ce temps, la direction de la santé publique s'occupe toujours du volet promotion-prévention.

6.1.1.16 L'allocation budgétaire crée des injustices

Après avoir fait un suivi auprès des établissements du territoire qui reçoivent un budget en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG), le professionnel de la DCSC observe des écarts importants entre les distributeurs. Certains établissements sont en déficit par rapport à ce programme alors que d'autres sont en surplus⁴². Ces écarts seraient attribuables au fait que les femmes qui désirent se faire avorter ne subissent pas nécessairement une IVG dans leur territoire de résidence mais vont souvent dans une région ou un territoire voisins. Il constate aussi que trois CLSC recevant des budgets pour contracter des services sur des territoires adjacents utilisent l'argent à d'autres fins. Devant ces constats, le comité convient qu'il est nécessaire d'apporter des ajustements budgétaires entre les distributeurs⁴³.

6.1.1.17 Une allocation budgétaire responsable

Au mois de mars 2000, les deux professionnels de la DCSC créent trois scénarios de répartition budgétaire entre les établissements qu'ils présentent au comité aviseur. Le comité retient, par consensus, un seul scénario. Parmi les recommandations, le comité milite en faveur du retrait des budgets alloués aux trois CLSC qui recevaient de l'argent mais qui n'ont pas développé de services d'IVG. De plus, le comité retient comme paramètre d'attribution budgétaire non pas l'incidence d'IVG par territoire mais le nombre d'IVG réellement pratiqués par établissement. Étant donné que la nouvelle allocation budgétaire entraîne une coupure des revenus pour trois CLSC, le comité aviseur sent la nécessité de faire valider son devis d'allocation auprès du directeur intérimaire de la DCSC. Ce

⁴² Selon un compte rendu de la rencontre du comité aviseur daté du 25 janvier 2000.

⁴³ Même remarque que précédemment.

dernier contresigne les recommandations. En mai 2000, des lettres sont envoyées pour aviser les établissements de la nouvelle répartition budgétaire pour l'an 2000. Pendant ce temps, un professionnel de la direction de la santé publique, dont l'unique mandat consiste à rédiger le plan d'action demandé par le Ministère, s'ajoute aux membres du comité aviseur.

Analyse. La spécialisation horizontale de la structure fonctionnelle se manifeste une fois de plus dans le processus de prise de décision par le fait que ce soit les professionnels de la DCSC qui s'occupent d'élaborer des nouveaux scénarios de répartition budgétaire.

6.1.1.18 Des directeurs généraux de CLSC en furie

Les directeurs généraux des CLSC qui se voient retirer leur budget sont furieux. Ils téléphonent au directeur général de la Régie foncadhoc pour lui faire part que ces sources de revenu sont nécessaires pour assurer l'équilibre budgétaire de leur établissement. Ces pressions politiques convainquent le directeur général de la Régie foncadhoc de ne pas leur enlever leur budget et il renverse la recommandation du comité aviseur. Un document interne daté du 19 juillet 2000 relate cette décision prise au mois de juin 2000 :

« Suite à la décision du dg de ne pas enlever le budget aux trois CLSC... »

6.1.1.19 Le directeur général de la Régie foncadhoc se résigne

Informé de la décision et outré, les membres du comité rédigent une lettre à l'intention du directeur intérimaire de la DCSC pour exprimer leur mécontentement. Suite à ces protestations, le directeur général de la régie régionale informe le directeur intérimaire de la DCSC que le budget voté par le comité aviseur est accepté mais qu'il est reporté d'une année. Un document interne daté du 25 juillet 2000 mentionne :

« La direction de l'organisation des services retient la proposition du comité aviseur mais ne pourra apporter les correctifs qu'à compter de l'exercice financier 2001-2002. »

En peu de mots, cela signifie que les CLSC recevront pour une année supplémentaire un budget pour des services d'IVG qu'ils n'offrent pas. Les membres du comité aviseur comprennent aussi que cette décision retardera l'ouverture du septième point de service dans la région, le seul élément proposé par la DCSC qui apparaîtra dans le plan d'action. Les établissements reçoivent leur crédit pour la troisième allocation des ressources dans le dossier au mois d'août 2000.

Analyse. Cet événement suggère qu'il semble y avoir un manque de cohésion et de communication entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Il est probable que si le directeur général avait été au courant des travaux du comité, il y a fort à parier que le budget n'aurait pas été reconduit pour une année ultérieure. La ligne hiérarchique de la Régie foncadhoc peut, dans ce cas, concourir à rendre les canaux de communication moins efficaces et moins efficaces puisque le sommet stratégique est en quelque sorte coupé du centre opérationnel par des intermédiaires. De plus, il semble qu'il y ait des problèmes importants de communication au niveau même du sommet stratégique puisque le directeur général renverse une décision entérinée par un de ses directeurs. Ce qui tend à démontrer que le seul mécanisme de liaison formel de la Régie foncadhoc, soit le comité de direction, souffre de lacunes importantes.

6.1.1.20 Le plan d'action

Le professionnel de la direction de la santé publique engagé pour rédiger le plan d'action collige toutes les informations et les études entreprises par le comité aviseur et le dépose au mois d'octobre 2001. Ce plan est essentiellement une œuvre de la direction de la santé publique. C'est ainsi qu'un des professionnels de la DCSC commente :

« Le plan d'action concernant le planning des naissances, il y a un gros volet prévention-promotion, moi, ce volet, je ne suis pas au fait de ça. Ça a été plus guidé par la santé publique. »

L'unique recommandation en matière d'organisation des services d'IVG dans ce plan est l'ouverture d'un septième point de service telle que proposée par la direction de la coordination et des services à la clientèle afin d'augmenter le

taux de rétention dans la région. À cet effet, un professionnel de la DCSC s'exprime :

« Le plan d'action comprend cinq volets et moi, j'en ai un. J'y ai seulement recommandé que l'on augmente l'accès des services d'IVG en développant un autre point de service dans un de nos territoires. »

Ce nouveau point de service est un CLSC qui n'a jamais réellement manifesté d'intérêt à pratiquer des IVG. Par manque de ressources, l'ensemble des actions décrites dans le plan d'action ne pourront être mises en œuvre et, au moment où ce mémoire est écrit, le septième point de service n'est toujours pas ouvert.

6.1.2 Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie foncadhoc

6.1.2.1 Une collaboration inter-directionnelle et les effets de la spécialisation horizontale

Les différentes analyses qui jalonnent la présentation de l'étude de cas, suggèrent que le comité aviseur joue le rôle d'un mécanisme de liaison entre les deux directions de la Régie foncadhoc ainsi qu'avec le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, le professionnel de la DCSC, n'a pas été sans souligner l'expertise qu'a apporté le professionnel de la direction de la santé publique dans le processus au niveau de l'allocation des ressources.

Le diagnostic de la structure organisationnelle que nous avons présenté au chapitre 5 révélait que le centre opérationnel de la Régie foncadhoc a les caractéristiques d'une adhocratie. Les éléments que nous venons de soulever semblent corroborer à ce diagnostic puisque la formation de ce comité aviseur, où les professionnels collaborent entre eux à un certain moment dans le processus, n'est pas sans nous rappeler une structure organisée autour de la gestion de projets qui correspond chez Mintzberg (1979) à l'adhocratie. Ce type d'organisation permet aux professionnels de partager au sein d'un même comité leur expertise, ce qui peut avoir, selon nos hypothèses présentées au chapitre

trois, un impact positif sur l'efficacité du processus de prise de décision étant donné la multiplicité des points de vue entendus.

D'un autre côté, la structure fonctionnelle semble aussi affecter la manière dont les professionnels organisent leur travail puisqu'une partie importante de celui-ci s'effectue de manière quasi-indépendante d'une direction à l'autre. En effet, nous avons noté que le professionnel de la DCSC exclut la participation de la direction de la santé publique dans les activités liées à l'allocation budgétaire en créant un sous-comité. La structure fonctionnelle, organisée autour de spécialités, se manifeste aussi dans la distribution des responsabilités dans le processus ainsi que dans la création de nouveaux scénarios d'allocation de ressources. C'est ainsi que la DCSC s'occupe de l'organisation des services alors que la direction de la santé publique est responsable de la prévention des grossesses :

« Tout au long du dossier, mis à part l'allocation des ressources, la direction de la santé publique va toujours faire le volet promotion et la DCSC, le volet organisations des services. »

Cette organisation fonctionnelle permet de bien délimiter les responsabilités des professionnels dans le processus. Elle amène aussi des économies de ressources, notamment au niveau du temps et des ressources humaines, en évitant la duplication des fonctions.

En somme, l'étude de cas démontre que la structure fonctionnelle se fait ressentir dans le processus de prise de décision dans les responsabilités respectives des directions en fonction de leur spécialité. Elle suggère aussi, par ailleurs, que la formation du comité aviseur encourage un échange d'expertise que nous assimilons à l'expression d'une structure par gestion de projets (adhocratie) qui caractérise au moins partiellement le travail des professionnels.

6.1.2.2 Un manque de cohérence entre le sommet stratégique et le centre opérationnel

Le manque de cohérence dans la décision du dg de renverser, puis de reporter d'une année, la décision relative à la coupure du budget d'IVG des trois

CLSC reflète, à notre avis, un malaise dans l'organisation. L'étude de cas ne nous permet cependant que de spéculer sur des causes structurelles à la base d'une telle décision. Il est possible d'attribuer, au moins partiellement, à la ligne hiérarchique les événements qui se sont produits. En effet, si la ligne hiérarchique avait été plus courte (ou absente), il est possible que le directeur général ait été mieux informé des travaux et de la direction prise par le comité, limitant ainsi les possibilités pour le réseau, dans ses représentations politiques auprès du dg de la Régie foncadhoc, de faire reporter la décision du comité. En plus de la présence de la ligne hiérarchique, la communication au sein du comité de direction et entre les directeurs semble souffrir de lacunes importantes. Le directeur général remet en question la décision du directeur intérimaire de la DCSC et ce, même après que les établissements aient été avisés de la décision par une lettre officielle.

6.1.2.3 *Des changements de professionnels qui affectent le déroulement du dossier*

Les nombreux changements de professionnels dans le dossier ont certainement eu un impact important sur l'efficacité du processus. Comme nous l'avons mentionné, la mauvaise planification au niveau des ressources humaines; un manque de *slack organisationnel*⁴⁴ (Cyert et March, 1963); l'expression d'un environnement trop instable pour une structure fonctionnelle (Lawrence et Lorsch, 1967); ou encore une combinaison de ces différents facteurs, peuvent être à l'origine des nombreux changements de professionnels. Ces changements entraînent quasi-inévitablement divers problèmes notamment une perte d'efficacité dans le processus si on ne considère que la somme d'énergie et de temps que chaque professionnel doit consacrer pour s'approprier un dossier lorsqu'il en devient responsable. Nous aurons d'ailleurs une confirmation à la section 6.1.3.1 du peu d'efficacité de ce processus.

6.1.2.4 *Standardisation des processus et innovation*

Les bureaucraties sont reconnues pour être des organisations qui suscitent peu d'innovation (Mintzberg, 1979). Comparativement à la Régie adhoc,

⁴⁴ Que l'on peut traduire par « excès de ressources ».

la Régie foncadhoc n'altère pas les façons de faire dans la région au niveau de l'organisation des services des IVG. De plus, sur quelques années, les professionnels se sont contentés d'allouer des budgets aux CLSC qui pratiquaient déjà des IVG sans remettre en question ce qui se faisait dans la région. On peut invoquer la standardisation du processus d'allocation des ressources comme étant à la base de cette inertie. En ayant une procédure standard à suivre pour allouer les ressources, nous croyons qu'il y a un risque que les professionnels se désresponsabilisent quant aux résultats du processus d'allocation de ressources. En effet, ne définissant pas par eux-mêmes les étapes du processus, ils sont tenus de suivre celles qui sont prédéterminées. En d'autres termes, ce type de standardisation risque de rendre les professionnels plus enclins à la passivité. Par conséquent, la standardisation ne semble pas être un facilitant encourageant les professionnels à se responsabiliser et à changer les pratiques dans le réseau. Par ailleurs, la standardisation simplifie les processus d'allocation des ressources et rend la procédure prévisible.

6.1.3 Évaluation du processus de prise de décision

Pour faire l'évaluation de la performance de ce processus de prise de décision, nous avons utilisé les cinq dimensions proposées par Nutt (2000, 2002) qui se rattachent aux notions d'efficacité et d'efficacités. Deux mesures permettent d'apprécier l'efficacité des processus de prise de décision. La première est le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin jusqu'à son autorisation finale et la seconde, le temps écoulé entre l'autorisation finale de la décision et le moment de sa mise en œuvre. En ce qui a trait aux mesures de l'efficacité, nous avons trois variables, soit celles de l'adoption partielle, de l'adoption intégrale et de l'appréciation globale des acteurs concernant la manière dont a été mené le processus. Pour compléter les critères d'efficacité et d'efficacité des processus de Nutt, nous avons demandé aux répondants quels étaient les impacts positifs et négatifs de la décision.

6.1.3.1 Le temps : deux mesures d'efficacité

Le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin et l'autorisation finale de la décision est le premier facteur considéré. La lettre du Ministère de la

santé et des services sociaux de février 1996 est le moment que nous assimilons à la « reconnaissance du besoin », soit le début du processus. Ne disposant pas du moment exact auquel le conseil d'administration a sanctionné le plan d'action et considérant que la présentation de la version finale du document a été présentée au comité aviseur au mois d'avril 2001 et que le dépôt officiel du plan d'action s'est fait en octobre 2001, nous avons fixé au 15 juillet 2001 la date à laquelle le conseil d'administration a accordé l'autorisation finale pour la déposition du plan, soit la date à mi-chemin entre ces deux événements. Par conséquent, depuis la reconnaissance du besoin jusqu'à l'autorisation finale, 5 ans et 3 mois se sont écoulés.

La seconde mesure d'efficience est le temps écoulé entre le dépôt du plan d'action et l'application des mesures y figurant. La principale mesure concernant l'organisation des services d'IVG dans le plan d'action est l'ouverture d'un septième point de service. Or, ce septième point de service n'est toujours pas ouvert au moment de la rédaction de ce mémoire. Par conséquent, nous ne pouvons qu'évaluer le temps qui s'est écoulé entre l'autorisation de la décision au 15 juillet 2001 et la date à laquelle nous rédigeons ce mémoire et nous concluons qu'il aura fallu au moins 2 ans avant que ce point de service ne soit ouvert.

6.1.3.2 Adoption partielle et intégrale : deux mesures d'efficacité

L'adoption partielle évalue si la décision prise, dans ce cas les recommandations figurant dans le plan d'action, a été au moins partiellement appliquées et si elle perdure dans le temps. L'adoption intégrale consiste à savoir si la décision est appliquée de manière complète et entière telle qu'elle a été entérinée.

Considérant qu'il y a déjà deux ans que le plan d'action est déposé et que nous ne considérons que l'ouverture du septième point de service comme mesure, nous concluons qu'il n'y a pas eu d'adoption ni partielle ni intégrale.

6.1.3.3 *Satisfaction globale du processus : une troisième mesure d'efficacité*

La troisième mesure d'efficacité est le jugement global des répondants sur la manière dont le Régie foncadhoc a passé à travers le processus. Pour l'évaluer, les répondants ont quatre choix de réponses qui figurent dans le tableau 18 suivant et pour lesquels une note est associée pour fin de comparaison entre les établissements.

Évaluation	note
Pas satisfaisant	1
Peu satisfaisant	2
Satisfaisant	3
Très satisfaisant	4

Tableau 18 : Échelle de satisfaction des répondants

Les deux répondants interrogés se sont dits satisfaits de la manière dont la Régie foncadhoc a passé à travers ce processus. Ce qui veut dire que ce processus obtient une note satisfaction globale de 3 / 4. Cette note est l'évaluation de deux répondants qui ont participé aux activités du comité aviseur de septembre 1999 au mois d'octobre 2001. Cependant, les répondants semblent avoir davantage axée leur appréciation sur l'allocation des ressources que sur le plan d'action lui-même comme en témoigne la citation suivante:

« Les intervenants ont été satisfaits au sens où l'argent suit le client. Si les établissements en font plus, ils ont plus d'argent alors que ce n'était pas nécessairement le cas dans certains dossiers. »

6.1.3.4 *Les effets positifs et négatifs de la décision*

Pour compléter nos mesures d'efficience et d'efficacité de la décision, nous avons demandé aux répondants quels étaient les effets positifs et négatifs de celle-ci. Les effets positifs d'ouvrir un septième point de service est d'augmenter l'accessibilité des services ainsi que d'augmenter le taux de rétention de la région, c'est-à-dire que les femmes enceintes dans une région subissent une IVG dans la région où elles habitent. Quant aux effets négatifs, de l'avis des répondants, il ne semble pas y en avoir.

6.1.3.5 Synthèse des mesures de performance pour la Régie foncadhoc

En ce qui a trait aux mesures de performance par rapport à l'organisation des services d'IVG de la Régie foncadhoc, le tableau 19 suivant résume les informations que nous avons colligées.

Mesures	Critères	Régie foncadhoc
Efficience	Temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin et son autorisation	5 ans et 3 mois
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'application	Plus de 2 ans
Efficacité	Adoption partielle	non
	Adoption intégrale	non
	Évaluation globale	3 / 4 satisfaisant
Efficience / Efficacité	Effets positifs	-meilleure accessibilité -plus haut taux de rétention
	Effets négatifs	-aucun

Tableau 19 : Évaluation de la performance de la Régie foncadhoc par rapport au volet d'IVG

6.1.4 Études de cas : L'organisation des services en matière d'IVG au sein de la Régie adhoc

6.1.4.1 Le dossier est confié à la direction de l'organisation des services

Lorsque le dossier traitant des orientations ministérielles en matière de planification des naissances entre à la Régie adhoc, le dg le confie à la direction de l'organisation des services (DOS) :

« Le dg sait quelle direction porte les dossiers. Il envoie le dossier à la direction de l'organisation des services. »

À cette époque, la Régie adhoc a une structure fonctionnelle⁴⁵ et la DOS veille à l'organisation des services hospitaliers, des services locaux et des soins de longue durée.

⁴⁵ Nous basons cette affirmation sur l'examen d'un organigramme et de documents internes qui convergent en faveur d'un diagnostic de structure fonctionnelle.

6.1.4.2 *Un porteur du dossier est identifié*

Le directeur de la DOS identifie un professionnel-porteur qui sera responsable du dossier ayant une forte composante de santé physique. Le professionnel de la Régie adhoc raconte l'analogie entre son travail d'agent de planification socio-sanitaire et celui d'un consultant :

« Le fonctionnement au niveau de la régie régionale, quand on nous identifie comme étant le porteur du dossier, notre directeur agit avec nous au même titre que s'il confiait un mandat à l'extérieur. Le rôle que nous avons comme agent de planification, c'est comme des consultants. On chemine, on fait une recommandation et puis c'est comme ça qu'on se positionne. On travaille avec des comités, avec des partenaires. On est partie prenante du dossier et en même temps on se garde une distance. Les décisions que l'on prend se traduisent par des recommandations qui sont acceptées. C'est comme ça que l'on peut influencer des décisions. »

Analyse. L'analogie qu'utilise le professionnel pour faire la description de la nature de son travail, suggère que la décentralisation verticale est importante au sein de la Régie adhoc et que le centre opérationnel semble fonctionner à la manière d'une structure adhocratique à une époque où la Régie adhoc a une structure fonctionnelle. La décentralisation verticale semble être telle que le professionnel va même jusqu'à dire : « notre directeur agit avec nous au même titre que s'il confiait un mandat à l'extérieur. » De plus, le professionnel reconnaît son pouvoir de recommandation et qu'il peut, par son biais, influencer les décisions. Implicitement, on comprend donc que le professionnel dispose d'une grande latitude et autonomie dans la manière qu'il peut mener son dossier.

6.1.4.3 *Des transformations qui occasionnent un délai*

Cependant, étant au fait des importantes transformations qui ont lieu à ce moment dans le réseau de la santé et des services sociaux, le directeur général de la régie régionale se charge personnellement d'aviser le Ministère de l'impossibilité de déposer un plan d'action dans les délais prescrits. Le dossier est mis de côté pour quelque temps. En plus des transformations du réseau qui retardent le traitement du dossier, la structure de la régie régionale se prépare aussi à une grande transformation. Elle fait peau neuve et passe d'une structure fonctionnelle à une structure matricielle, ce que Mintzberg appelle une adhocratie.

6.1.4.4 *Des démarches avant la mise en place de la structure adhocratique*

Puisque la régie régionale ne possède pas à l'interne l'expertise nécessaire pour produire le plan d'action demandé par le Ministère, le professionnel-porteur a besoin d'aller chercher de l'expertise à l'extérieur des murs de la régie :

« La régie ne possède pas l'expertise clinique pour élaborer un plan d'action, il faut que ce soit les gens terrains. Nous sommes des gestionnaires de processus mais nous ne possédons pas tous les contenus des programmes. Mais quand on a implanté un programme et qu'il nous faut du contenu, on met en place un comité d'experts et sur ce comité on est allé chercher des personnes impliquées directement à la planification des naissances. »

Après une brève réflexion sur la composition de son comité, le professionnel expose ses idées de recrutement à son directeur hiérarchique qui accepte. Le professionnel fait donc une présentation au Comité de condition de vie des femmes de la régie régionale, dans l'espoir que celui-ci lui recommande des personnes susceptibles de l'aider à produire le plan d'action. Le professionnel explique alors que les transformations du réseau et celles de la régie régionale vont retarder l'initiation des travaux du comité qui se penchera sur l'organisation des services d'IVG dans la région.

6.1.4.5 *La Régie régionale adopte une structure matricielle aplatie*

Au printemps 1997, la nouvelle structure de la régie régionale est mise en place. La structure fonctionnelle se métamorphose en structure matricielle. Parmi les transformations de la régie, il est à noter que la direction de l'organisation des services (DOS), à laquelle appartient le professionnel-porteur du dossier, est éclatée en deux directions distinctes, soit celle de la direction de la santé physique et celle de la direction de la santé sociale. Le porteur du dossier relève maintenant du directeur de la santé physique.

6.1.4.6 *Formation du comité aviseur*

Une fois cette importante étape de la vie du réseau et de la Régie adhoc passée, le professionnel se met en branle rapidement pour actualiser le plan d'action. Tenant compte des recommandations faites par le comité de condition de vie des femmes, le porteur du dossier forme son comité d'experts. Le comité est initialement composé de cinq personnes soit, deux infirmières, un médecin pratiquant au CH Z et un représentant d'un organisme communautaire et du professionnel-porteur.

6.1.4.7 *Le comité dresse un portrait de la situation*

Après en être arrivé à une compréhension commune des priorités ministérielles, le comité établit un portrait des services disponibles sur le territoire concernant les cinq volets du programme de planification des naissances. Pour ce faire, un questionnaire est construit par les membres du comité d'experts. Surchargé par ses dossiers, le professionnel décide de se faire aider d'un consultant qui rédigera le plan d'action :

« On s'est adjoint en court de route un consultant, compte tenu qu'on était déjà en retard dans notre dossier. Puis moi, j'avais beaucoup d'autres dossiers, je ne pouvais pas me taper l'écriture du plan d'action. »

Ce dernier est engagé par le professionnel-porteur de la direction de la santé physique pour colliger les réflexions du comité dans un questionnaire qui est envoyé aux CLSC, aux CH et à un organisme communautaire qui pratiquent des IVG :

« Tout le comité participe à l'élaboration du questionnaire. La consultante était avec nous et nous avons fait une séance de brainstorming pour voir ce qu'on voulait aller investiguer dans le questionnaire. La consultante a fait un premier travail et elle nous est revenue après puis nous l'avons bonifié. »

Analyse. L'embauche d'un consultant par le professionnel reflète l'autonomie du professionnel et la latitude dont il dispose pour mener son dossier. Il est plausible de croire que la faible spécialisation verticale de la structure adhocratique, qui est elle-même une conséquence de l'aplatissement de la

structure, encourage l'autonomie du professionnel. De fait, si la surface de contrôle pour les directeurs est importante, cela implique que les professionnels doivent bien fonctionner seuls. Par conséquent, la faible spécialisation verticale de la structure donne la latitude au professionnel d'utiliser des ressources externes qui peuvent accélérer le processus de prise de décision. Cette latitude peut aussi être l'expression d'un *slack* organisationnel donnant la possibilité au professionnel de faire une embauche de manière très décentralisée, sans demander l'autorisation à son supérieur, ce qui peut contribuer à accélérer le processus de prise de décision.

6.1.4.8 *La direction de la santé publique s'intègre...*

Sur demande du professionnel de la direction de la santé physique, un professionnel de la direction de la santé publique est intégré dans le dossier. Ce dernier a une bonne connaissance de la problématique des IVG. Cependant, son implication semble davantage localisé au niveau des analyses statistiques :

« Dr X est arrivé par après. Il s'est beaucoup impliqué au niveau des statistiques. Il a dressé un portrait détaillé sur l'ampleur de la problématique au plan provincial et local à l'égard des cinq volets des orientations ministérielles. »

Le professionnel de la direction de la santé publique fait donc un état de la situation régionale et sous-régionale en matière de planification des naissances à partir des statistiques de la RAMQ et à partir de données dont dispose la régie régionale. Les données colligées sont analysées par l'ensemble des membres du comité d'experts. Ils constatent que le CH Z de la région pratique des IVG de premier trimestre en bloc opératoire. Or, cette pratique va à l'encontre des orientations ministérielles.

Analyse. La direction de la santé publique est présente à titre de support ponctuel pour alimenter le comité d'experts. Fonctionner de la sorte amène des économies importantes au niveau des ressources humaines puisque le professionnel de la direction de la santé publique n'est impliqué qu'au moment où le professionnel de la santé physique a besoin de lui. De plus, puisque les décisions du groupe se limitent réellement à l'organisation des services d'IVG et

que cette spécialité relève directement de la direction de la santé physique, on peut penser que l'implication des autres directions dans ce processus alourdirait inutilement le processus.

6.1.4.9 Sortir les IVG de premier trimestre des blocs opératoires

Le comité fait rapidement un consensus quant à la nécessité de sortir les IVG de premier trimestre des blocs opératoires. Il est hors de question que le CH Z continue cette pratique qui « engendre des coûts financiers et sociaux importants ».

6.1.4.10 Des gynécologues mécontents

Les deux médecins du comité d'experts partagent aux deux gynécologues du CH Z l'intention du comité d'experts de mettre fin aux IVG de premier trimestre au bloc opératoire. Les gynécologues sont furieux. Ils menacent d'arrêter de faire des IVG si le comité d'expert va de l'avant avec cette mesure.

6.1.4.11 Sortir les IVG du bloc opératoire

Malgré ces protestations, le comité recommande la sortie des IVG de premier trimestre du bloc opératoire afin que celles-ci soient exécutées, dans les cas sans complication, uniquement en clinique externe, en CLSC ou encore dans un organisme communautaire de la région habileté à faire des IVG de premier trimestre.

6.1.4.12 Les contestations des gynécologues font réfléchir les médecins du comité

Devant les contestations de leurs collègues et les pressions qu'ils exercent sur eux, les deux médecins au sein du comité commencent à voir les avantages qu'offre le bloc opératoire pour les IVG de premier trimestre. En effet, de l'avis d'un d'entre eux, le bloc opératoire permet, dans certains cas, de faire d'une pierre deux coups, soit une ligature en même temps qu'une IVG. Il rappelle aussi qu'il y a une certaine clientèle qui est traumatisée par le son de l'aspirateur et que d'autres ne désirent pas sentir de douleur. Les médecins siégeant sur le

comité ont donc un nouveau rationnel pour militer en faveur de leur collègue gynécologue :

« Avoir un bloc opératoire, ça peut avoir des bons côtés. Tu peux faire une IVG et une ligature en même temps. Une autre affaire, c'est le contrôle de la douleur. En salle d'opération, on donne un produit qui n'est pas une vraie anesthésie générale où tu es intubé. L'opération dure de 10 à 15 minutes et tu n'as pas mal. Souvent, le bruit de l'aspirateur traumatise les femmes. Il y avait des femmes qui disaient qu'elles appréciaient ce service là parce que ça fait pas mal. »

Malgré la nouvelle position des médecins, le comité demeure fidèle à ses premières propositions. Le comité recommande la sortie des IVG de premier trimestre des blocs opératoires.

6.1.4.13 Le centre régional en planification des naissances devrait subsister mais...

Le comité d'expert amorce un débat de fond sur l'organisation des services d'IVG dans la région. Les médecins sur le comité défendent la nécessité de conserver un centre régional en planification des naissances afin d'accueillir les cas plus complexes nécessitant une attention plus particulière et d'offrir un service continue de 365 jours par année. Puisqu'une équipe de planification des naissances existe déjà au CH Z, les médecins estiment qu'il est nécessaire de conserver cette équipe dans la région. Cependant, les autres membres du comité ne semblent pas impressionnés par ces avantages et semblent plutôt en faveur pour que chaque CLSC soit responsable des IVG sur son propre territoire sans qu'il y ait un centre régional de planification des naissances. Finalement, l'idée de conserver un centre d'expertise régional en matière de planification des naissances est abandonnée dans des circonstances nébuleuses. Le centre régional de planification des naissances du CH Z ferme ses portes en 2001. Un membre du comité d'expert donne son avis :

« Le CH Z s'est débarrassé de nous [l'équipe de planning au CH Z]. Je suis parti pour un long congé et lorsque je suis revenu, l'équipe de *planning* régional était éclatée. Pourtant, je ne me souviens pas d'avoir voté en faveur de son l'éclatement. Il y a probablement quelqu'un à la régie qui a pris le dossier et qui s'est dit que la meilleure manière de régler ça, c'est que chaque CLSC s'occupe de ses *bébélles* dans sa cours. »

6.1.4.14 *Le comité d'experts formule des recommandations*

Le comité d'experts s'entend finalement sur une série de recommandations. Voici les principales: supporter financièrement les femmes des régions éloignées pour le transport et l'hébergement; rendre gratuite les IVG dans tous les organismes de la région; faire en sorte que les IVG de premier trimestre pratiquées en salle d'opération dans les CH soient transférées en ambulatoire; réduire les délais de rendez-vous; assurer une formation continue de tous les intervenants en matière d'IVG... Ces recommandations sont présentées au directeur de la santé physique afin de s'assurer qu'elles font un consensus au sein de la Régie adhoc :

« Avant de faire monter les recommandations au conseil d'administration, il faut qu'il y ait une unité de penser au sein du comité d'experts, des professionnels, du directeur et de la direction générale. Ces orientations doivent être supportées par la direction générale avant que ce ne soit présenté au conseil d'administration puisque ça engage la régie dans sa totalité. Pour nous, c'est un processus complet. »

Les questions relatives au financement de ces recommandations ne feront jamais l'objet de discussions approfondies. Comme le rapporte un répondant :

« Mais je me souviens, qu'on discutait avec [le professionnel] pour lui dire, on a beau faire tout ça mais si les budgets ne suivent pas, à quoi ça va servir? Il répondait : « *on verra, on va faire notre travail et ensuite les budgets vont venir.* » Régulièrement, on disait : « *qu'est-ce que ça va changer si on pas de budget.* » »

Analyse. Le professionnel de la Régie adhoc prend soin de s'assurer que les recommandations font l'objet d'un consensus non seulement au sein du comité d'experts mais aussi au sein de la direction générale, puis du conseil d'administration, avant de s'engager dans une action. Cette précaution élimine le risque de se retrouver dans la situation où le directeur général reporte la décision d'un comité à l'interne comme ce fut le cas avec la Régie foncadhoc. Il est possible que la taille relativement plus petite et l'aplatissement de la structure de la Régie adhoc facilite ce type de démarche consultative visant un consensus à l'interne.

6.1.4.15 Des consultations

Une fois le plan d'action écrit, le professionnel de la direction de la santé physique présente les recommandations du comité d'experts à une série d'instances afin de recueillir leurs commentaires. Les intervenants du milieu, les organismes communautaires, les directions de la santé sociale et de la santé publique de la Régie adhoc ainsi que le Comité de condition de vie des femmes et la Commission médicale régionale seront consultées.

6.1.4.16 Le conseil d'administration autorise le plan d'action

Le conseil d'administration de la Régie adhoc autorise le plan d'action le 3 février 1999.

6.1.5 Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie adhoc

6.1.5.1 Les effets de la structure fonctionnelle

Il est difficile de distinguer les effets produits par la structure adhocratique de ceux engendrés par l'ancienne structure fonctionnelle. Bien qu'il y ait eu un délai en début de processus, il ne semble pas y avoir eu de discontinuité dans le traitement du dossier qui serait attribuable au changement de structure. En ce sens, il est bien possible que l'instauration de la nouvelle structure, qui a été conceptualisée et instaurée par les professionnels eux-mêmes⁴⁶, soit l'expression d'un fonctionnement qui était déjà établi de manière informelle dans l'organisation. En ce sens, la transformation de l'organisation n'a possiblement que formalisé ce qui se faisait déjà de manière informelle dans l'organisation. Ranson, Hinings et Greenwood (1980), puis Greenwood et Hinings (1988), ont traité implicitement de ce phénomène organisationnel. Sur la base de cette argumentation, nous estimons que nous pouvons faire une analyse comparative des structures des deux régies régionales même si, en début de processus, la Régie adhoc avait une structure fonctionnelle.

⁴⁶ Nous avons eu accès à cette information lors d'une présentation de celui qui était responsable d'orchestrer le changement de structure à la Régie adhoc.

6.1.5.2 Une faible spécialisation verticale

L'embauche d'un consultant par le professionnel reflète l'autonomie du professionnel dans son dossier. Il est plausible de croire que la faible spécialisation verticale de la structure adhocratique, qui est elle-même une conséquence de l'aplatissement de la structure, encourage l'autonomie du professionnel. De fait, si la surface de contrôle pour les directeurs de la Régie adhoc est relativement grande, conséquence de la disparition des cadres intermédiaires, cela implique que les professionnels doivent avoir plus d'autonomie pour ne pas surcharger le seul directeur qui doit encadrer plusieurs professionnels. Par conséquent, la faible spécialisation verticale de la structure peut contribuer à donner de la latitude au professionnel lui permettant même d'utiliser des ressources externes qui peuvent accélérer le processus de prise de décision.

6.1.5.3 Une décentralisation verticale importante

L'importante décentralisation verticale, qui permet au professionnel d'orchestrer lui-même le déploiement du processus de prise de décision, tel qu'on peut en déduire à la lecture de cas, contribue à son autonomie et à sa capacité d'influencer le processus par son pouvoir de recommandation. Dans ce cas, la grande décentralisation verticale peut être une résultante de la faible spécialisation verticale du professionnel. En effet, pour les mêmes raisons que celles citées plus haut, les professionnels doivent être en mesure de prendre un certain nombre de décisions dans leur dossier afin de ne pas surcharger leur directeur de qui ils relèvent tous.

De plus, tous les membres du comité participent à l'analyse des résultats, à la création d'un questionnaire et à la formulation des recommandations dans ce qui semble être un réel effort de collaboration interdisciplinaire entre la Régie adhoc et le réseau de la santé et des services sociaux. Par conséquent, nous croyons qu'il y a une décentralisation verticale importante dans ce dossier à la Régie adhoc.

6.1.5.4 Un dossier qui implique la direction de la santé physique

Il n'y a véritablement que la direction de la santé physique qui soit responsable du processus de prise de décision. La direction de la santé publique vient davantage offrir un support spécifique à l'analyse de certaines données. Puisque la nature du dossier même nécessite l'expertise de la santé physique, l'invitation tardive de la direction de la santé publique dans le dossier permet possiblement une économie des ressources humaines puisque cette direction n'est intégrée à un moment précis dans le processus. Par ailleurs, il n'est pas dit qu'une intervention plus précoce de la direction de la santé publique dans le dossier n'aurait pas engendré certains bénéfices.

À la lecture de cette étude de cas, il semble y avoir peu d'impacts de la structure sur les processus de prise de décision. Or, nous croyons que ce silence relatif parle justement de la structure. Cette dernière laisse une telle marge de manœuvre au professionnel qu'elle ne s'impose pas et, par conséquent, elle ne se révèle que peu dans l'étude de cas.

6.1.6 Évaluation du processus de prise de décision

Pour faire l'évaluation de la performance du processus, nous avons utilisé cinq dimensions proposées par Nutt (2000, 2002) qui se rattachent aux notions d'efficience et d'efficacité. Deux mesures permettent d'apprécier l'efficience des processus de prise de décision. La première est le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin jusqu'à son autorisation finale et la seconde, le temps écoulé entre l'autorisation finale de la décision et le moment de sa mise en œuvre. En ce qui a trait aux mesures de l'efficacité, nous avons trois variables, soit celles de l'adoption partielle, de l'adoption intégrale et de l'appréciation globale des acteurs concernant la manière dont a été mené le processus. Pour compléter les critères d'efficience et d'efficacité des processus de Nutt, nous avons demandé aux répondants de nous décrire les impacts positifs et négatifs de la décision.

6.1.6.1 Le temps : deux mesures d'efficience

Le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin et l'autorisation finale de la décision est le premier facteur considéré. L'autorisation finale du plan d'action par le conseil d'administration a été accordée en février 1999. La mesure de la « reconnaissance du besoin » qui est, dans ce cas-ci, la demande du Ministère de produire un plan d'action, est la même que pour la Régie foncadhoc, soit février 1996. Il s'est donc écoulé trois ans depuis la reconnaissance du besoin jusqu'à l'autorisation finale.

Quant à la mesure du temps écoulé entre l'autorisation du conseil d'administration d'implanter les recommandations du plan d'action et leur mise en application, il y a certaines d'entre elles qui ont été implantées avant même que le plan ne soit terminé alors qu'il n'y en a d'autres qui ne sont toujours pas implantés. Le tableau 20 suivant donne un aperçu des dates d'implantation des mesures ainsi que du temps écoulé entre l'autorisation de la décision et le moment de l'implantation. Il indique aussi le nombre de mois moyen avant que les mesures ne soient implantées. La moyenne est de 3,7 mois.

Principales recommandations	Date d'implantation	Temps écoulé entre l'autorisation de la décision et le moment de l'implantation
Supporter financièrement les femmes qui résident en région éloignée.	août 1999	6 mois
Faire en sorte que les IVG de premier trimestre pratiquées en salle d'opération dans les CH soient transférées en ambulatoire.	Pas implanté	Indéfini
Réduire les délais de rendez-vous.	Déjà implanté au moment de l'autorisation	0 mois
Assurer une formation continue de tous les intervenants	juillet 1999	5 mois
Temps moyen d'implantation		3,7 mois

Tableau 20 : Efficience en terme du temps écoulé entre l'autorisation de la décision et le moment de l'implantation

6.1.6.2 *Adoption partielle et intégrale : deux mesures d'efficacité*

L'adoption partielle évalue si la décision prise a été au moins partiellement appliquée et si elle perdure dans le temps. L'adoption intégrale consiste à savoir si la décision est appliquée de manière complète et entière telle qu'elle a été entérinée.

De l'avis des répondants, il semble que les recommandations aient été implantées sauf en ce qui a trait à la sortie des IVG de premier trimestre des blocs opératoires. À ce chapitre, les gynécologues continuent leur pratique sans avoir tenu compte du plan d'action. Un répondant rapporte :

« Presque tout a été implanté : la gratuité des avortements dans l'organisme communautaire de la région, le support financier aux femmes habitant dans des régions éloignées, une formation continue auprès des intervenants, etc. Par contre, les gynécologues pratiquent toujours les IVG de premier trimestre en salle d'opération alors que le plan suggère que les IVG de premier trimestre se fassent en ambulatoire. »

Puisque l'adoption partielle évalue si la décision a été au moins partiellement appliquée et si elle perdure dans le temps, nous concluons qu'il y a, dans ce cas, une adoption partielle. Par contre, puisque les gynécologues n'ont jamais cessé de faire des IVG de premier trimestre en bloc opératoire, il n'y a pas eu d'adoption intégrale du plan d'action.

6.1.6.3 *Satisfaction globale du processus : une mesure troisième d'efficacité*

La troisième mesure d'efficacité est le jugement global des répondants sur la manière dont le Régie adhoc a passé à travers le processus. Pour l'évaluer, les répondants ont quatre choix de réponses qui figurent dans le tableau 21 de la page suivante et pour lesquels une note est associée pour fin de comparaison entre les établissements.

Évaluation	note
Pas satisfaisant	1
Peu satisfaisant	2
Satisfaisant	3
Très satisfaisant	4

Tableau 21 : Échelle de satisfaction des répondants

Pour ce processus, nous avons les réponses de deux répondants. Un des membres du comité s'est dit *très satisfait* de la manière dont la Régie adhoc a passé à travers ce processus. Ses commentaires sont éloquentes :

« Le plan a permis de travailler de façon consensuelle sans pour autant empêcher les membres du comité d'avoir des débats de fond lorsque c'était nécessaire. Le comité a aussi travaillé au niveau du besoin des femmes et non pas sur les besoins des organisations. »

Une autre personne s'est dite à la fois *satisfaite* en ce qui a trait au développement du plan d'action mais *pas satisfaite* relativement à la phase d'implantation. La citation suivante en témoigne :

« Lorsque est venu le moment de l'implantation, la personne qui a remplacé le professionnel avec qui nous avons cheminé manquait d'engagement, de volonté et il était moins efficace. En n'ayant plus de centre régional, l'expertise s'est trouvée à être diluée. Il n'y a plus de continuité de services pendant le temps des fêtes et pendant la semaine de relâche. Quand il n'y a pas assez de médecin, il y a un bris de service. »

Considérant les trois évaluations des deux répondants, ce processus obtient une note satisfaction globale de 2,67 / 4 pour l'appréciation de la manière dont la Régie adhoc a passé à travers ce processus. Ce qui veut dire que le processus est jugé entre *peu satisfaisant* et *satisfaisant* par les acteurs.

6.1.6.4 Les effets positifs et négatifs de la décision

Pour compléter nos mesures d'efficience et d'efficacité de la décision, nous avons demandé aux répondants quels étaient les effets positifs et négatifs de celle-ci. Il ressort que la grande majorité des mesures adoptées dans le plan semblent avoir, par définition, plusieurs effets positifs tels qu'un support financier pour les femmes vivant dans les régions éloignées, la réduction des délais de rendez-vous, etc.

Par ailleurs, il semble que la décision du comité de sortir les IVG de premier trimestre du bloc opératoire ait des répercussions potentiellement négatives sur le choix des femmes dans le type d'avortement qu'elles désirent. Comme le rapporte un répondant :

« Faire en sorte que les IVG de premier trimestre pratiquées en salle d'opération dans les CH soient transférées en ambulatoire a un impact négatif au sens où les femmes ont moins de choix dans le type d'opération qu'elles peuvent recevoir ainsi qu'être plus traumatisant pour elles, n'étant pas endormies. En bloc opératoire, les femmes n'entendent pas l'aspirateur. Elles sont endormies sous narcose. »

6.1.6.5 Synthèse des mesures de performance pour la Régie adhoc

En ce qui a trait aux mesures de performance de la Régie adhoc par rapport à l'organisation des services d'IVG, le tableau 22 suivant résume les informations que nous avons colligées.

Mesures	Critères	Régie adhoc
Efficience	Temps écoulé entre la reconnaissance du besoin et l'autorisation	3 ans
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'application	3,7 mois
Efficacité	Adoption partielle	oui
	Adoption intégrale	non
	Évaluation globale	2,67 / 4 entre peu satisfait et satisfait
	Effets positifs	-plusieurs
	Effets négatifs	-moins de choix de type d'IVG pour les femmes -traumatismes potentiels avec le bruit de l'aspirateur

Tableau 22 : Évaluation de la performance de la Régie adhoc (IVG)

6.1.7 Conclusion : Les impacts différentiels de la structure d'une Régie foncadhoc et d'une Régie adhoc sur l'organisation des services en matière d'IVG

Les études de cas qui précèdent nous ont permis de jeter un regard sur la manière dont la structure organisationnelle de deux régies régionales de la santé et des services sociaux influence le processus de prise de décision en matière

d'organisation des services d'IVG. Il convient maintenant, dans une analyse comparative, d'explorer les relations de contingence entre la structure et la performance des processus de prise de décision. Pour ce faire, nous dresserons un tableau comparatif des performances de chacune des régies régionales en terme d'efficience et d'efficacité. Nous tenterons par la suite d'expliquer ces résultats par les différences structurelles que nous avons observées. Nous soumettrons également une hypothèse alternative extra-structurelle qui peut nous permettre de comprendre les différences de performance.

6.1.7.1 Efficience

Comme le tableau 23 de la page suivante le démontre, la Régie adhoc est plus efficiente sur nos deux critères que la Régie foncadhoc et ce, de manière significative. Le temps écoulé entre la demande ministérielle et la déposition du plan d'action est presque deux fois plus grand pour la Régie foncadhoc et au moins six fois plus grand pour ce qui est du temps écoulé entre l'autorisation du conseil d'administration et la mise en œuvre des décisions. Comment peut-on expliquer les performances respectives des régies régionales en fonction de leur structure?

6.1.7.2 Efficience : le temps écoulé entre la reconnaissance du besoin et son autorisation

6.1.7.2.1 Les interactions entre les acteurs

L'étude de cas portant sur la Régie foncadhoc révèle que celle-ci utilise le comité aviseur comme un mécanisme de liaison entre les deux directions. Pour certains thèmes, les professionnels des deux directions s'entraident alors que sur d'autres, ils travaillent de manière indépendante. Ce fonctionnement nous semble optimal parce que les professionnels ont la flexibilité d'opérer, à l'intérieur du comité aviseur, les arrangements structuraux nécessaires pour arriver aux résultats attendus en travaillant soit indépendamment ou en collaboration.

Mesures	Critères	Régie foncadhoc	Régie adhoc
Efficience	Temps écoulé entre reconnaissance et autorisation	5 ans, 3 mois	3 ans
	Temps écoulé entre autorisation et application	Plus de 24 mois.	3,7 mois
Efficacité	Adoption partielle	non	oui
	Adoption intégrale	non	non
	Évaluation globale	3 / 4 satisfaisant	2,67 / 4 entre peu satisfaisant et satisfaisant

Tableau 23 : Comparaison de la performance de la Régie foncadhoc et de la Régie adhoc en matière d'IVG

Alors que la Régie foncadhoc fait intervenir de manière plus importante deux directions de la régie régionale, le processus de prise de décision à la Régie adhoc implique surtout la participation d'une seule direction, celle de la santé physique. La direction de la santé publique joue alors un rôle de support qui se limite à l'analyse des données. Par conséquent, même si le comité aviseur de la Régie foncadhoc semble avoir un fonctionnement optimal, il est possible que l'interaction entre les professionnels de la Régie foncadhoc soit plus complexe qu'il ne l'est à la Régie adhoc ce qui nécessiterait plus de temps pour arriver à un consensus sur les actions à entreprendre et qui pourrait expliquer pourquoi l'efficience de la régie foncadhoc est moins élevée qu'à la Régie adhoc.

6.1.7.2.2 De nombreux changements de professionnels dans le dossier

Le nombre impressionnant de changement de professionnels de la DCSC dans le dossier à la Régie foncadhoc est un facteur important pouvant découler de la structure et qui peut expliquer, en partie du moins, la plus grande efficience de la Régie adhoc. Comme il a été mentionné, le second professionnel de la DCSC à être impliqué dans le dossier était prêt à écrire le plan d'action au moment où il a été retiré du dossier. S'il n'avait pas été retiré du dossier, la Régie foncadhoc aurait été rapidement dotée d'un plan d'action. Comment peut-on expliquer autant de changements de professionnels dans un dossier?

Quatre hypothèses ont été suggérées dans notre analyse. Comme nous l'avons expliqué à la section 6.1.1.14, cela peut être le résultat d'un manque de

planification des ressources humaines au sein de la Régie foncadhoc, d'un manque de slack organisationnel (Cyert et March, 1963), d'un environnement trop instable pour une structure fonctionnelle ou encore d'une combinaison de ses facteurs.

De fait, il est possible que la Régie foncadhoc soit confrontée à un environnement politiquement plus instable, que la Régie adhoc, qui l'oblige à faire face à une plus grande quantité de dossiers imprévus diminuant ainsi sa capacité à planifier les types de dossier que la régie régionale devra prendre en charge ce qui affecte à son tour la capacité de cette organisation à faire une planification judicieuse de ses ressources humaines. Paradoxalement, le manque de planification n'est pas le propre de la bureaucratie mécaniste qui valorise le contrôle et la planification des actions (Mintzberg, 1979).

Par ailleurs, il est aussi possible que la Régie foncadhoc ait dispose de moins d'excès de ressources (*slack organisationnel*), c'est-à-dire qu'il y ait proportionnellement moins de professionnels de disponibles pour ses besoins réels que la Régie adhoc. Enfin, ces trois hypothèses peuvent aussi être en interaction, expliquant ainsi la plus faible efficience de la Régie foncadhoc dans le processus.

6.1.7.2.3 Une faible spécialisation verticale

Un autre facteur structurel peut expliquer que la Régie adhoc soit plus efficiente par rapport au temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin et son autorisation. Il s'agit de la faible spécialisation verticale de la Régie adhoc qui est le résultat de sa structure aplatie, sans ligne hiérarchique (en terme de composante de l'organisation). La faible spécialisation verticale confère au professionnel une autonomie importante et une grande capacité de répondre à ses besoins immédiats, tel que celui d'engager un consultant, ce qui a pour effet d'augmenter l'efficience du processus. En effet, l'autonomie du professionnel permet d'éviter les fameux délais qu'entraîne l'utilisation de la *ligne hiérarchique*.

6.1.7.2.4 Au-delà de la structure organisationnelle

D'autres facteurs peuvent être évoqués pour expliquer la différence d'efficacité observée entre les deux régies régionales. À cet effet, notons que la rédaction du plan d'action en matière de planification des naissances n'a jamais été une **priorité régionale** pour la Régie foncadhoc alors qu'elle a été possiblement un peu plus prioritaire à la Régie adhoc. Cette explication alternative est primordiale puisqu'il y a fort à parier que si cette activité avait été une priorité pour la Régie foncadhoc, qu'il n'y aurait pas eu autant de changements de professionnels dans le dossier à la Régie foncadhoc et elle aurait probablement mis davantage de ressources dans le processus pour arriver plus rapidement à un résultat.

6.1.7.3 Efficience : temps écoulé entre l'autorisation du plan d'action et son application

La décision du directeur général de la Régie foncadhoc de repousser d'une année les changements apportés au budget par le comité aviseur entraîne, par définition, une baisse importante d'efficacité dans le processus puisque cette décision retarde automatiquement d'un an la possibilité d'ouvrir un septième point de service dans la région. Cette curieuse décision semble être le reflet d'un problème dans l'organisation qui peut être partiellement expliqués par la présence d'une ligne hiérarchique (abstraction représentant la composante de l'organisation où sont regroupés les cadres intermédiaires; suivant cette définition, nous pouvons affirmer qu'elle est absente à la Régie adhoc) au sein de la Régie foncadhoc. Par conséquent, même si la ligne hiérarchique offre l'avantage de diminuer la surface de contrôle pour les cadres, elle peut aussi entraîner un filtrage d'information privant le directeur général d'avoir une connaissance suffisante des activités qui se déroulent à la base de son organisation et d'être victime de pressions politiques externes qui nuisent à l'efficacité des processus de prise de décision. Étant donné la proximité structurelle entre les professionnels et le directeur général de la Régie adhoc, il est moins probable qu'un tel phénomène se manifeste dans cette organisation. De plus, l'étude de cas sur la Régie adhoc révèle que cette organisation tente toujours de faire un consensus à l'interne de l'organisation avant d'aller, par

exemple, en consultation dans le réseau ou d'informer le réseau d'une décision (voir la section 6.1.4.13).

6.1.7.4 Efficacité : adoption partielle

Comme le démontre le tableau 23, la Régie adhoc semble plus efficace sur le critère d'adoption partielle puisque, comme nous l'avons démontré, la presque totalité de ses recommandations se sont actualisées. De l'autre côté, l'adoption partielle est un critère très sensible pour la Régie foncadhoc qui n'a fait, dans le plan d'action, qu'une seule recommandation qui ne s'est pas actualisée. Puisque l'unique recommandation d'organisation des services d'IVG ne s'est pas matérialisée, nous devons conclure que l'efficacité est plus grande à la Régie adhoc. Comment expliquer structurellement cette différence ?

Il est difficile d'invoquer la structure pour répondre à cette question. Cependant, l'étude de cas révèle que la Régie adhoc est nettement plus consultative auprès des différentes instances du réseau que ne l'est la Régie foncadhoc. Cette dernière a inclus dans le plan d'action l'ouverture d'un septième point de service alors que le CLSC concerné n'a toujours pas indiqué, en 2003, s'il était intéressé à pratiquer des IVG. Par conséquent, il faudrait chercher la réponse peut-être davantage dans la culture consultative de la Régie adhoc ou dans la personnalité des professionnels-porteurs plutôt que dans un phénomène structurel pour expliquer cette différence au niveau de l'adoption de la décision et donc, de l'efficacité. Nous reviendrons sur ces explications alternatives au septième chapitre.

6.1.7.5 Efficacité : adoption intégrale

Pour des raisons différentes, aucune des deux régies n'a vu son plan d'action adopté intégralement par le réseau de la santé et des services sociaux. Comme nous venons de l'affirmer, il est peu probable que des facteurs structurels expliquent ces observations. À la Régie adhoc, cela est le fruit de la résistance des gynécologues de changer leur pratique alors qu'à la Régie foncadhoc, cela semble dû à l'indifférence, au refus silencieux ou à l'incapacité du CLSC de devenir un point de service pour les IVG.

6.1.7.6 *Efficacité : évaluation globale*

La troisième mesure de l'efficacité de Nutt (2000, 2002) est l'évaluation globale du processus de prise de décision. En observant le tableau 23, il semble que les répondants de la Régie foncadhoc soient légèrement plus satisfaits de la manière dont leur organisation a passé à travers ce processus. Cependant, cette différence ne semble pas significative et, de plus, les réponses sont peu comparables. En effet, les répondants de la Régie foncadhoc ont eu tendance à répondre, non pas en fonction de la proposition d'ouvrir un septième point de service, mais par rapport à la troisième allocation budgétaire alors que les répondants de la Régie adhoc ont davantage donné leur réponse en fonction de l'organisation des services d'IVG et sur l'impact de cette organisation sur la clientèle. Par conséquent, nous ne pouvons comparer « des pommes avec des oranges ». Il est curieux que du côté de la Régie foncadhoc qu'aucun répondant n'ait mentionné dans son évaluation globale du processus le report d'une année de la décision de retirer le budget de trois CLSC. Nous nous attendions à ce que cet événement diminue la satisfaction globale des participants. Ceci étant dit, il est difficile d'évoquer la structure pour tenter de comprendre les disparités dans l'évaluation globale des processus de prise de décision.

À la lumière de nos observations, il semble que la structure ait un impact très important sur l'efficacité des processus de prise de décision mais qu'elle ait un effet négligeable sur l'efficacité des processus de prise de décision dans ces deux études de cas.

Nous avons présenté l'étude de cas présentant le niveau de complexité de plus faible selon les critères que nous avons définis au chapitre 4. La prochaine étude de cas porte sur le « Programme de dépistage du cancer du sein ». Ce processus de prise de décision touche à un niveau de complexité un peu plus élevé que les « orientations ministérielles en matière de planification des naissances. »

6.2 Programme québécois de dépistage du cancer du sein

En octobre 1997, le Ministère de la santé et des services sociaux fait l'annonce officielle de la venue du programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Divers objectifs sous-tendent ce programme qui vise, en dernière analyse, la diminution de la mortalité par le cancer du sein. Pour répondre à cet impératif, une série de mesures sont envisagées telles que l'implantation d'un système d'information provincial, le renouvellement d'équipements médicaux ainsi que la modification de la distribution actuelle des services de mammographie sur laquelle porte les deux études de cas qui suivent. Pour répondre à cette dernière mesure, diverses activités sont à orchestrer par chacune des régions régionales du Québec dans leur région respective. Les régions régionales doivent recommander au Ministère une liste de Centres de dépistage désigné (CDD) où toutes les femmes de 50 à 69 ans de la province sont invitées à passer un test de dépistage du cancer du sein afin de détecter les tumeurs potentielles. Ils doivent aussi nommer des Centres de référence pour investigation désignés (CRID) où les femmes qui obtiennent un résultat positif au Centre de dépistage (CDD) sont convoquées pour des examens plus approfondis.

Étant donné la nature des besoins en terme d'équipements, seuls les CH peuvent devenir CRID mais en ce qui a trait aux CDD, autant les CH que les cliniques privées peuvent être désignées. Une des contraintes que pose le Ministère dans le dossier est que les régions régionales doivent faire des efforts pour réduire au minimum le nombre de CRID dans chaque région afin de diminuer les coûts ainsi que de concentrer l'expertise ce qui contribue à améliorer la compétence des cliniciens.

Alors que l'annonce officielle du programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) se fait en octobre 1997, les travaux du Ministère débutent en juin 1995 lorsque celui-ci met sur pied une équipe provinciale qui a pour mandat de créer un cadre de référence établissant les orientations ministérielles pour le PQDCS, c'est-à-dire les objectifs, les normes et les

exigences du programme. Puisque cette équipe est constituée, entre autres, de professionnels oeuvrant dans différentes régies régionales du Québec, ces dernières se préparent à la venue du programme bien avant son annonce officielle...

6.2.1 Étude de cas : La Régie foncadhoc et le PQDCS

6.2.1.1 Une lutte entre deux directions

Au fait des intentions du Ministère de créer un programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), le directeur de la santé publique et le directeur de la coordination et des services à la clientèle (DCSC) se disputent le programme afin de déterminer qui aura la responsabilité de celui-ci au sein de la Régie foncadhoc. Le directeur de la santé publique est d'avis que ce programme relève de sa direction puisque ce dossier a une saveur de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'un volet médical important, deux compétences qui sont au cœur de sa direction. De son côté, le directeur de la DCSC défend plutôt la position que ce programme nécessite une nouvelle organisation des services et, en conséquence, que c'est sa direction qui devrait être responsable de ce programme. Un des directeurs de la Régie foncadhoc rapporte sa perception des événements :

« Le débat n'a pas duré longtemps. Le directeur de la DCSC disait que c'est un programme qui descend du Ministère, que c'est un programme financé, que c'est un programme d'application où il faut *dealer* avec des hôpitaux, où il faut accréditer des cliniques, ça c'est dans ma cours, c'est l'organisation des services à la clientèle. Le directeur de la santé publique répondait : « *oui mais c'est un programme qui demande une expertise médicale crédible puis il doit y avoir une relance, il y a une surveillance à faire au niveau des femmes qui reçoivent un premier diagnostic positif, on doit s'assurer que la femme sera vue par un CRID...* ».

Après quelques discussions animées, le directeur de la DCSC cède à la pression et la direction de la santé publique s'approprie le dossier, excluant volontairement les autres directions du processus :

« Quand les autres directions voulaient s'impliquer [dans le programme] c'était : « *NON! C'est nous qui allons s'occuper de ce programme.* »

Analyse. Les effets de la structure fonctionnelle se font ressentir tôt dans le processus. La Régie régionale vient à peine d'être mis au fait qu'il y aura éventuellement un programme d'annoncé que, déjà, il y a une compétition entre les directions pour savoir qui *gagnerait* la responsabilité du programme et quelle direction serait exclue du processus. Une structure regroupée par fonction et possédant une spécialisation horizontale importante comme la Régie foncadhoc peut encourager ce type de comportement compétitif. En effet, il semble, dans cette régie régionale, que chaque direction cherche à imposer sa rationalité locale aux autres directions (Cyert et March, 1963) afin de maximiser ses propres intérêts. Le débat rapporté dans la première citation en témoigne.

6.2.1.2 *Création d'une équipe de coordination*

Le directeur de la santé publique réunit ensuite ses coordonnateurs pour discuter de la façon dont la coordination du programme se fera dans la région. La discussion tourne autour de la pertinence d'intégrer la coordination de ce programme dans le secteur de la prévention-promotion de la direction de la santé publique ou plutôt de créer une cellule indépendante de coordination possédant son propre budget. Comme le coordonnateur du secteur de la prévention-promotion, qui est très occupé, a certaines réticences à piloter ce dossier à l'intérieur de son secteur, la seconde option est retenue et une cellule de coordination est créée à l'extérieur de la chaîne de commande. Le directeur de la santé publique de la Régie foncadhoc raconte comment s'est créée cette cellule :

« C'est moi et mes coordonnateurs à mon propre comité qui avons pris la décision de créer une équipe de coordination. On s'est demandé si on devait ou non l'intégrer dans le secteur prévention-promotion ou dans un autre secteur. Mais le coordonnateur de ce secteur a dit que ça ne lui tentait pas et qu'il était trop occupé. Finalement, on s'est dit qu'on était pour en faire une cellule de coordination à part, parce que c'est un programme assez ciblé. »

Cette décision étant prise, le directeur de la santé publique approche un professionnel de sa direction déjà impliqué dans le dossier au niveau provincial. Ce dernier accepte la responsabilité de l'équipe de coordination régionale.

Analyse. Le refus du coordonnateur de prendre la responsabilité du PQDCS force la direction de la santé publique à créer une cellule de coordination, qui ne fait pas partie de la structure formelle. La création de cette cellule de coordination altère aussi la nature de la décentralisation horizontale au sein de la Régie foncadhoc puisque qu'avec cette cellule de coordination, le contrôle du processus de prise de décisions passe à une personne située en dehors de la chaîne de commande (Mintzberg, 1979), soit à un professionnel qui relèvera désormais directement du directeur de la santé publique. La création de cette cellule de coordination décentralise aussi verticalement le processus de prise de décision en conférant davantage de pouvoir entre les mains du professionnel responsable du dossier qui agit comme un chef de projet dans le dossier. Du coup, nous avons là une preuve que non seulement la structure influence le processus de prise de décision mais que la relation inverse est aussi vraie puisque, dans ce cas, le processus de prise de décision force l'apparition d'une nouvelle entité structurelle : la cellule de coordination. La structure et le processus de prise de décision s'influencent donc mutuellement dans une danse dialectique. À cet effet, les travaux sur les archétypes de Greenwood et Hinings (1988) sous-tendent l'existence de cette relation dialectique entre ces deux entités organisationnelles.

6.2.1.3 Le professionnel-porteur au cœur de la coordination

Le professionnel porteur du dossier œuvre au sein de la Régie foncadhoc depuis une douzaine d'années. Comme il connaît très bien ses collègues de travail ainsi que les besoins spécifiques du programme, il approche, de sa propre initiative et sans passer par les canaux formels de l'organisation, les professionnels des autres directions qui sont susceptibles de l'assister dans la réalisation de son mandat. Soulignant l'importance des relations informelles dans la mise en œuvre d'un tel programme, le professionnel-porteur commente :

« Ça facilite les choses quand on connaît bien les gens comme je les connaissais. »

Afin de recevoir un support au niveau de l'analyse des besoins de la clientèle et de la distribution des ressources, le professionnel-porteur demande à un professionnel de la direction de la coordination et des services à la clientèle (DCSC) de participer à quelques activités reliées à la mise en place du programme. Deux professionnels de la direction de la trésorerie et des systèmes, un professionnel de la direction des ressources humaines et un autre du secrétariat général et de la communication sont aussi recrutés par le professionnel-porteur. La participation de tous ces professionnels est essentielle puisqu'ils répondent tous, par leur compétence, à un des volets spécifiques du programme. Cependant, ils ne travailleront jamais en équipe. Comme en témoigne un répondant, ils ne seront appelés qu'à se rencontrer une seule fois afin d'être exposés aux objectifs et aux différents volets du programme :

« Tout le monde a été réuni seulement au début pour présenter le programme et les différents volets qu'il fallait faire. C'est seulement à ce moment que c'était rentable de réunir tout le monde. »

De tous ces professionnels, seuls ceux relevant de la direction de la santé publique et de la DCSC seront appelés à s'occuper de l'identification des Centres de référence pour investigation désignés (CRID) et des Centres de dépistage désignés (CDD).

Analyse. Dans une structure fonctionnelle, les employés travaillent souvent sur une partie de la chaîne de montage sans connaître explicitement l'ensemble des étapes de l'assemblage. On peut faire un parallèle avec la contribution de chacun des professionnels à un des volets du PQDCS. De fait, les professionnels sont intégrés à la pièce pour faire une partie du travail sans qu'ils aient une vision d'ensemble du projet. Le professionnel-porteur commente : « Toutes les activités se faisaient de manière parallèle », soulignant la relative indépendance entre le travail des professionnels. Pour sa part, ce professionnel s'occupe de faire l'intégration (coordination) de la contribution de chaque professionnel des différentes directions. Nous retrouvons ici intégralement le couplage différenciation-intégration (Lawrence et Lorsch, 1967) qui offre, dans ce

contexte, des économies d'échelle dans l'utilisation des ressources humaines. En effet, puisque les professionnels travaillent chacun sur une partie spécifique du dossier, ils n'ont pas besoin de comprendre l'envergure et les subtilités de l'ensemble de ce généreux programme, les disposant ainsi à s'investir davantage dans d'autres dossiers.

De plus, l'étude de cas nous a révélé que ce ne sont pas les mécanismes formels de la Régie foncadhoc qui permettent au professionnel-porteur de rassembler temporairement les personnes compétentes en vue de la réalisation de son mandat. Tout se passe dans l'informel et grâce à ses contacts personnels. C'est donc sa connaissance intime des professionnels qui lui permet de « recruter » et de se faire aider par des professionnels relevant d'autres directions. À ce chapitre, la coordination se fait par ajustement mutuel comme dans une adhocratie. Cet extrait nous fournit un indice supplémentaire que le centre opérationnel de cette organisation se comporte à la manière d'une adhocratie tel que nous l'avons décrit au cinquième chapitre.

6.2.1.4 *Traitement des données et établissement des critères*

Afin de bien comprendre leur réalité régionale, le professionnel-porteur du dossier et le professionnel relevant aussi de la direction de la santé publique font une étude de la clientèle de la région à l'aide des données de la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec) et de Médéco. Ils traitent les données à partir d'un modèle britannique qui donne une approximation du nombre de cas anormaux détectés par rapport au nombre de femmes qui subissent un test de dépistage du cancer du sein. Seuls les professionnels de la direction de la santé publique sont impliqués dans l'analyse de ces données⁴⁷. Une fois ces données traitées, le professionnel de la DCSC est invité à se joindre aux deux professionnels de la santé publique⁴⁸ dans le but d'établir les critères de désignation des CRID et des CDD. Une fois ces critères *objectifs* élaborés, le professionnel de la DCSC *retourne* au sein de sa direction et ne sera

⁴⁷ Cette information nous a été divulguée lors de la validation de nos diagrammes de flux (pour plus d'information concernant les diagrammes de flux, référez-vous à la section 4.6)

⁴⁸ Même commentaire que précédemment.

formellement impliqué de nouveau dans le dossier que plus tard. De l'avis d'un répondant, la participation de la DCSC à la prise de décision est relativement peu centrale :

« Les décisions se sont prises à la direction de la santé publique. Il y a eu quelques échanges avec la DCSC mais c'était marginal. »

Analyse. Cet extrait étaye l'analyse précédente quant à la différenciation de la structure. L'intégration du travail des professionnels se fait réellement au niveau de la santé publique et la participation de la DCSC au processus de prise de décision est restreinte à quelques activités. Il est possible que cette attitude, fruit de la différenciation⁴⁹ au sens où Lawrence et Lorsch (1967) l'entendent, soit le résultat de l'impact du regroupement des unités par fonction et de l'étanchéité entre les directions. Un des répondants rapporte :

« Une des conclusions que j'ai vue par la suite [une fois les opérations du PQDCS débuté], c'est que nous avons des directions très étanches les unes des autres. C'était un problème à la régie. »

Cette citation semble expliquer que le professionnel de la DCSC n'est pas véritablement partie-prenante de l'ensemble du processus de prise de décision et que le travail d'équipe inter-directionnel est sporadique et non continu. Pourtant, il y a fort à parier que la participation du professionnel de la DCSC a été salubre pour augmenter l'efficacité et l'efficacité du processus de prise de décision puisqu'il aurait pu davantage faire bénéficier l'équipe de coordination de son expertise au niveau de l'organisation des services.

6.2.1.5 *Une tournée des cliniques privées sans embûche*

Les professionnels de la direction de la santé publique entament deux tournées. Une d'entre elles vise à informer les cliniques privées de leur opportunité de devenir CDD. Cette tournée se déroule sans embûche puisque les cliniques qui le désirent n'ont qu'à se manifester pour devenir CDD. Une liste de

⁴⁹ La différenciation est définie par Lawrence et Lorsch (1967) comme étant la différence dans l'orientation cognitive et émotionnelle parmi les gestionnaires de départements différents.

14 cliniques privées est soumise au conseil d'administration et est approuvée le 26 mars 1998.

6.2.1.6 *Une tournée des CH qui suscite des réactions*

La tournée visant la désignation des CRID suscite cependant des résistances. La présentation des critères de désignation par les professionnels de la direction de la santé publique de la Régie foncadhoc laisse sous-entendre qu'il n'y aura que trois ou quatre CH de la région, sur une possibilité de dix, qui seront appelés à devenir CRID. Les chirurgiens sont en colères. Pour eux, la chirurgie du sein est une intervention simple qui devrait pouvoir se pratiquer dans n'importe quel CH :

« Pour les chirurgiens, ils ne voulaient pas participer [au programme] si seulement certains centres étaient pour être nommés et pas d'autres. Les chirurgiens et ensuite les CMDP [Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens] nous disaient : *« ça n'a pas de sens, la chirurgie du sein c'est une chirurgie banale, de base, facile, vous n'allez pas nommer que certains centres. » »*

Plusieurs chirurgiens et tous les présidents des Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des CH de la région rencontrent le directeur de la santé publique de la Régie foncadhoc pour que soit désigné un nombre maximal de CRID :

« Il y a eu les chirurgiens et ensuite, tous les présidents des CMDP des hôpitaux concernés ont rencontré notre directeur de la santé publique pour lui dire qu'ils n'étaient pas d'accord pour concentrer les activités à certains endroits seulement. »

De leur côté, les radiologistes ne voient pas de problème avec la désignation. Ils saisissent plutôt l'occasion pour négocier une prime de 7\$ par patient pour les tâches cléricales supplémentaires que leur personnel devra accomplir pour répondre aux exigences du programme :

« Pour les radiologistes, il n'y avait pas de problème sauf au moment où on a leur a dit qu'il fallait installer un système d'information. Ils disaient que ce système amenait une plus grande dépense de temps. Donc, eux, ils ont négocié au départ une somme attachée, soit 7\$ par

mammographie de dépistage qu'ils font, juste pour le côté clérical. Donc, les radiologistes en général étaient contents. »

Analyse. Malgré que ces deux tournées régionales aient un contenu typiquement orchestré par une direction telle que la DCSC, ce sont les professionnels de la direction de la santé publique qui les animent. Le professionnel de la DCSC n'est pas invité à ces activités. À cette étape du processus, le travail d'équipe inter-directionnel est absent. Comme nous l'avons déjà mentionné, il est possible que l'expertise du professionnel de la DCSC ait été profitable pour envisager de nouvelles pistes de solutions ou optimiser les solutions suggérées. Par ailleurs, il est aussi possible que le professionnel de la DCSC ait contribué de manière informelle dans le processus mais les données que nous avons recueillies sont muettes à ce sujet.

6.2.1.7 *Des pressions politiques qui altèrent la décision finale*

Pendant que des pressions politiques se font sentir à la Régie foncadhoc, le Ministère annonce officiellement le PQDCS en octobre 1997. Dans le but de tenter de concilier les pressions politiques provenant du réseau avec la contrainte ministérielle voulant qu'il y ait le moins de CRID possible dans la région, les professionnels de la direction de la santé publique et son directeur négocient avec les médecins des CH où il n'y a pas assez de volume de clientèle afin qu'ils acceptent de travailler en collaboration avec d'autres établissements :

« On sait qu'il faut concentrer les expertises pour être meilleur, alors dans les endroits où il n'y avait pas assez de volume, on a demandé aux chirurgiens des établissements s'ils voulaient travailler ensemble. »

S'ils acceptent, les professionnels de la direction de la santé publique de la régie régionale pourront regrouper par deux les établissements, où il y a moins de volume, sous l'égide d'un seul CRID. Il y aurait par conséquent un CRID pour deux CH, permettant ainsi aux chirurgiens de ne pas altérer substantiellement leur pratique. Quatre établissements acceptent ces conditions.

6.2.1.8 *Le comité de direction et le conseil d'administration autorisent la décision*

Une fois toutes les contraintes médicales et les réactions du réseau connues, le directeur de la santé publique convoque les deux professionnels de sa direction ainsi que le professionnel de la DCSC pour une rencontre visant à prendre une décision relativement à la désignation du nombre de CRID qu'il y aurait dans la région. Sur la base de toutes ces informations et tenant compte des contraintes politiques, les professionnels des deux directions et le directeur de la santé publique en arrive à la conclusion que sur les dix CH de la région, neuf d'entre eux seront réunis sous l'égide de sept CRID et pourront pratiquer des chirurgies du sein. L'avantage de conserver autant de point de service est la grande accessibilité dont jouiront les femmes dans la région. Cependant, ce privilège s'accompagne d'une diminution de concentrer de l'expertise, ce qui ne favorise pas le développement des compétences des chirurgiens. Bien que le réseau soit très satisfait de cette décision, une des personnes impliquées de près dans le processus trouve que la solution proposée n'est pas optimale, il s'explique :

« Je ne trouvais pas ça logique d'avoir deux hôpitaux à moins de 6 kilomètres qui seraient des CRID. C'était supposé se faire selon une distribution géographique mais il y a une dynamique régionale ici qui a dû être respectée. Je n'envisageais pas qu'il y ait 9 CRID [9 sites]. Au démarrage, on en a prévu moins que ça. Finalement, à peu près tous les hôpitaux sont devenus des CRID et ça m'embarrassait. »

La direction de la santé publique soumet la liste des CH désigné au comité de direction qui accepte les recommandations. L'ensemble des volets du programme est soumis au conseil d'administration qui l'autorise le 21 mai 1998.

Analyse. Structurellement, cet extrait démontre que la cellule de coordination court-circuite la ligne hiérarchique. Les décisions se prennent entre les professionnels dans le dossier et le directeur de la santé publique. L'avantage de cet arrangement structurel semble être la vitesse du transfert d'information entre le centre opérationnel et le sommet stratégique de la Régie foncadhoc qui subit d'énormes pressions politiques qui ont une incidence directe sur l'organisation des services dans la région.

6.2.2 Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie foncadhoc

6.2.2.1 Un mécanisme de liaison : la cellule de coordination

La création de la cellule de coordination pour implanter le PQDCS témoigne de l'influence du processus de prise de décision dans la détermination de la structure. En effet, dans cette étude de cas, c'est la venue du programme qui métamorphose la structure organisationnelle. La création de la cellule de coordination entraîne dans son sillage une décentralisation à la fois horizontale et verticale accrue par rapport aux autres dossiers. En effet, la décentralisation horizontale est intimement liée à l'apparition même de cette cellule puisque le pouvoir sur le processus passe à l'extérieur de la chaîne de commandement habituelle (Mintzberg, 1979). De son côté, la décentralisation verticale y devient aussi importante puisque le contrôle du processus de prise de décision passe directement aux mains du professionnel-porteur du dossier, donc à un professionnel du centre opérationnel qui relève alors directement du directeur de la santé publique sans qu'il doive passer par la ligne hiérarchique.

Véritable mécanisme de liaison, la cellule de coordination est une structure qui amène beaucoup de flexibilité à la Régie foncadhoc puisque son fonctionnement se calque sur une structure par gestion de projet, laissant place à beaucoup de latitude au professionnel-porteur qui profite de ses relations informelles pour recruter les personnes qui oeuvreront sur différents volets du PQDCS. Par conséquent, l'ajustement mutuel est le mécanisme de coordination privilégié dans ce dossier. De plus, si nous considérons que cette équipe de coordination relève directement du directeur de la santé publique, court-circuitant du coup la ligne hiérarchique de l'organisation, l'ensemble de ses caractéristiques n'est pas sans nous rappeler la configuration adhocratique que dépeint Mintzberg (1979).

6.2.2.2 Une certaine étanchéité entre les directions

La création de la cellule de coordination donne une grande flexibilité au porteur du dossier qui mène son dossier à la manière d'une gestion de projet en

recrutant sur une base informelle les professionnels dont il a besoin dans l'ensemble des directions de l'organisation. Par ailleurs, même s'il opère sur la base d'une gestion de projet, les effets de la structure fonctionnelle de la Régie foncadhoc se font sentir dans le déploiement des activités de la cellule de coordination.

Nous l'avons souligné, il existe au sein de cette organisation une certaine étanchéité entre les directions assortie d'une certaine compétition considérant l'attitude des deux dirigeants qui voulaient s'approprier le PQDCS. Cette étanchéité se révèle par le contrôle des activités par la direction de la santé publique alors que les autres directions de la Régie foncadhoc sont davantage invitées à exercer des fonctions de supports. À la manière d'une chaîne de montage, les professionnels des autres directions exécutent une partie du travail sans qu'ils soient informés de la progression des travaux dans les autres volets du programme. C'est le professionnel-porteur qui se charge d'intégrer les différentes parties en un tout cohérent. C'est parce que les professionnels travaillent de manière indépendante que nous considérons que la structure fonctionnelle influence la cellule de coordination dans ses activités.

L'avantage de fonctionner de cette façon en ne réunissant pas tous les professionnels pour qu'ils travaillent conjointement est l'économie des ressources humaines puisque, les professionnels en support n'ont pas alors besoin de comprendre tous les éléments du programme. De plus, le professionnel de la direction de la santé publique s'assure aussi de conserver le contrôle sur l'ensemble du dossier. Par contre, cette façon de faire diminue l'apport substantiellement important que chaque professionnel pourrait ajouter au processus dans son ensemble. Les privant d'une véritable expérience de travail d'équipe, les professionnels ne développent pas une vision globale et stratégique du dossier qui leur permettrait possiblement d'être plus versatiles dans d'autres processus. Cette organisation du travail contribue aussi probablement à entretenir l'étanchéité entre les directions puisque les professionnels ne sont pas appelés à se rencontrer pour travailler entre eux.

6.2.2.3 *Un processus de prise de décision politisé*

Il est peu probable que la structure organisationnelle ait, dans cette étude de cas, un lien avec la décision de la Régie foncadhoc d'assouplir ses positions face à la diminution du nombre de CRID dans la région. Cependant, il est impératif de reconnaître que les pressions politiques externes ont joué, dans cette décision, un rôle capital.

6.2.3 **Évaluation du processus de prise de décision**

Pour faire l'évaluation de la performance du processus, nous avons utilisé cinq dimensions proposées par Nutt (2000, 2002) qui se rattachent aux notions d'efficacité et d'efficacités. Deux mesures permettent d'apprécier l'efficacité des processus de prise de décision. La première est le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin jusqu'à son autorisation finale et la seconde, le temps écoulé entre l'autorisation finale de la décision et le moment de sa mise en œuvre. En ce qui a trait aux mesures de l'efficacité, nous avons trois variables, soit celles de l'adoption partielle, de l'adoption intégrale et de l'appréciation globale des acteurs concernant la manière dont le processus a été mené. Pour compléter les critères d'efficacité et d'efficacité des processus de Nutt, nous avons demandé aux répondants de décrire les impacts positifs et négatifs de la décision.

6.2.3.1 *Le temps : deux mesures d'efficacité*

La première mesure d'efficacité est le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin jusqu'à son autorisation finale. Dans cette étude de cas, « la reconnaissance du besoin » survient lorsque les régies sont mises au courant de l'intention du Ministère de créer un programme québécois de dépistage du cancer du sein et qu'elles commencent à participer aux rencontres provinciales visant la création d'un tel programme. D'après les répondants, cette date correspond pour les deux régies régionales que nous étudions au mois de juin 1995. En ce qui a trait à l'autorisation de la décision, nous avons deux dates. La Régie foncadhoc a autorisé, le 26 mars 1998, la liste des CDD proposée par la direction de la santé publique et, en ce qui a trait au CRID, elle a donné son

autorisation le 21 mai 1998. En prenant le nombre de jours qui s'est écoulé entre les deux événements, le nombre de jours moyen pour prendre la décision finale est donc de 1042 jours comme en témoigne le tableau 24. Ce qui correspond à environ à **2 ans et 10 mois** pour la Régie foncadhoc.

Type d'accréditation	Début du processus	Date d'autorisation	Nombre de jours écoulés entre le début du processus et l'autorisation (jours)
CDD	15-06-95⁵⁰	26-03-98	1014
CRID	15-06-95	21-05-98	1070
Nombre moyen de jours			1042 jours

Tableau 24 : Nombre moyen de jours écoulés entre le début du processus et l'autorisation de la décision

La seconde mesure de l'efficacité est la mesure du temps écoulé entre l'autorisation finale de la décision et le moment où elle est mise en œuvre. Pour l'évaluer, nous utiliserons le même indicateur, soit le nombre de jour moyen entre l'autorisation de la décision et sa mise en application pour l'ensemble des CDD. Le tableau 25 suivant donne toutes les informations nous permettant de calculer le nombre moyen de jours nécessaire à la nomination des CDD⁵¹.

CDD	Date de l'autorisation	Date de désignation	Nombre de jours écoulés entre l'autorisation et la désignation
1	26-03-98	03-06-1998	68
2	26-03-98	01-11-2000	585
3	26-03-98	03-06-1998	68
4	26-03-98	03-06-1998	68
5	26-03-98	15-07-2000	476
6	26-03-98	03-06-1998	68
7	26-03-98	03-06-1998	68
8	26-03-98	03-06-1998	68
9	26-03-98	03-06-1998	68
10	26-03-98	03-06-1998	68
11	26-03-98	03-06-1998	68
12	26-03-98	26-08-1998	152
13	26-03-98	24-03-1999	363
14	26-03-98	26-06-2002	94
Nombre moyen de jours			163 jours

Tableau 25 : Nombre moyen de jours nécessaires pour la désignation des CDD

⁵⁰ Lorsque le jour exact du mois n'est pas connu, nous prenons par défaut le jour mitoyen du mois, soit le 15^e jour.

⁵¹ Ces dates sont celles qui apparaissent dans la Gazette officielle du Québec. L'évaluation de ce processus stipule que le temps de traitement des désignations des CDD par le Gouvernement du Québec est constant.

Nous considérerons donc que le nombre moyen de jours pour que les CDD soient désignés a été de **163 jours**, ce qui correspond environ à **5 mois et 11 jours**. Nous refaisons le même exercice pour les CRID. Les résultats sont indiqués dans le tableau 26 suivant.

CRID	Date de l'autorisation	Date de l'accréditation	Nombre de jours écoulés entre l'autorisation et l'accréditation
1	21-05-98	15-04-99	331
2	23-04-98	17-01-00	606
3	23-04-98	en cours	en cours
4	23-04-98	15-01-00	604
5 (en lien avec 4)	23-04-98	-	-
6 (en lien avec 7)	23-04-98	-	-
7	23-04-98	15-07-99	420
8	23-04-98	21-06-00	762
9	23-04-98	09-07-01	1145
Nombre moyen de jours			553 jours

Tableau 26 : Nombre moyen de jours nécessaires pour la désignation des CRID

Le nombre moyen de jours pour la désignation des CRID est donc de **553 jours**. Ce qui correspond à environ **un an et six mois**. Nous devons cependant considérer que ce nombre moyen de jours est en réalité supérieur à un an et six mois puisqu'il y a un CRID qui est toujours en processus d'accréditation.

6.2.3.2 *Adoption partielle et adoption intégrale : deux mesures d'efficacité*

L'adoption partielle évalue si les décisions prises, dans ce cas-ci la désignation par la Régie régionale des CRID et des CDD, ont été au moins partiellement appliquée et si elle perdure dans le temps. L'adoption intégrale consiste à savoir si la décision est appliquée telle qu'elle a été entérinée, dans toute sa complétude. Puisque la totalité des CDD ont été accrédités à l'exception de un, il y a bel et bien une adoption partielle mais pas d'adoption intégrale.

6.2.3.3 *Satisfaction globale du processus : une troisième mesure d'efficacité*

La troisième mesure d'efficacité est le jugement global des répondants sur la manière dont le Régie foncadhoc a passé à travers le processus. Pour l'évaluer, les répondants ont quatre choix de réponses qui figurent dans le tableau

27 suivant et pour lesquels une note est associée pour fin de comparaison entre les établissements.

Évaluation	note
Pas satisfaisant	1
Peu satisfaisant	2
Satisfaisant	3
Très satisfaisant	4

Tableau 27 : Échelle de satisfaction des répondants

Les deux répondants interrogés se sont dits *très satisfaits* de la manière dont la Régie foncadhoc a passé à travers ce processus. Ce qui veut dire que ce processus obtient une note de satisfaction globale de 4 / 4. Il semble que la flexibilité de la Régie régionale à l'égard des pressions politiques ait engendré une grande satisfaction dans le réseau. Un répondant oeuvrant dans le réseau s'exprime :

« La Régie a été à l'écoute des établissements. Au début, il devait n'y avoir que quelques CRID et CDD plus concentrés là où il y a une plus grande densité de population. Mais la Régie a écouté les préoccupations des établissements au niveau de l'accessibilité des services à la population et a désigné plus de CRID. »

6.2.3.4 Les effets positifs et négatifs de la décision

Pour compléter nos mesures d'efficience et d'efficacité de la décision, nous avons demandé aux répondants quels étaient les effets positifs et négatifs de celle-ci. Concernant les effets positifs, les répondants ont été unanimes. Le plus grand effet positif « d'avoir sept CRID et 14 CDD, c'est l'accessibilité pour les femmes ». Les répondants s'accordent également en ce qui a trait à l'effet négatif d'une telle décision. Selon les études, le prix à payer pour avoir une plus grande accessibilité est d'engendrer une perte au niveau de la concentration de l'expertise et, par conséquent, une perte de volume permettant aux spécialistes d'améliorer leur compétence. Comme le souligne un répondant :

« Il y a des études qui ont démontré que plus on concentre les activités, plus on augmente le volume chez un professionnel, meilleur est la qualité des résultats en terme de morbidité. Donc, augmenter la concentration aurait augmenté un peu plus l'expertise mais ce se serait fait au détriment de l'accessibilité. »

6.2.3.5 Synthèse des mesures de performance pour la Régie foncadhoc

En ce qui a trait aux mesures de performance du processus de désignation des CRID et des CDD, le tableau 28 suivant résume les informations que nous avons colligées.

Mesures	Critères	Régie foncadhoc
Efficience	Temps écoulé entre la reconnaissance et son autorisation	1042 jours (2 ans et 10 mois)
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'application (CDD)	163 jours (5 mois et 11 jours)
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'application (CRID)	553 jours (1 an et 6 mois)
Efficacité	Adoption partielle	oui
	Adoption intégrale	non
	Évaluation globale	4 / 4 très satisfaisant
Efficience et efficacité	Effets positifs	Plus grande accessibilité des services.
	Effets négatifs	Perte au niveau de la qualité des services et d'amélioration des compétences.

Tableau 28 : Évaluation de la performance de la Régie foncadhoc par rapport au PQDCS

6.2.4 Études de cas : La Régie adhoc et le PQDCS⁵²

6.2.4.1 Deux directions collaborent au sein d'une structure fonctionnelle

Lorsque les directeurs de la Régie régionale apprennent l'intention du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec de mettre sur pied un programme québécois de dépistage du cancer du sein, un consensus est rapidement fait au comité de direction afin de donner la responsabilité du dossier à la direction de l'organisation des services (DOS) de l'époque. Le professionnel qui participera au comité provincial et qui portera le dossier est rapidement identifié par le directeur de la DOS qui, étant donné l'expertise de la direction de

⁵² Au moment où le Ministère crée son équipe de travail pour élaborer le programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), cette régie régionale possède une structure fonctionnelle semblable à celle de la Régie foncadhoc.

la santé publique en matière d'implantation de programme *populationnel*, invite la direction de la santé publique à participer dans le dossier. Cependant, cette invitation ne se fait pas sans inconfort. En effet, la collaboration inter-directionnelle est peu commune à l'époque. Comme le note un répondant :

« Ce n'était pas dans notre culture organisationnelle de travailler des directions ensemble. Quand je suis arrivé ici, dans l'ancien système de direction que nous avons, la DOS et la santé publique, c'était l'eau et le feu. Ça ne s'entendait pas. Il n'y avait pas de collaboration entre les directions. On ne travaillait pas beaucoup ensemble. »

Le directeur de la DOS craint de perdre le contrôle de l'organisation des services au profit de la direction de la santé publique qui vient tout juste d'emménager dans les locaux de la régie régionale. De son côté, étant donné le récent déménagement de sa direction, le directeur de la santé publique a peur qu'en collaborant avec la DOS, que ses professionnels préfèrent y travailler et qu'ils délaissent la direction de la santé publique. Un répondant donne ses impressions :

« On sentait qu'il y avait des frictions parce que le directeur de santé publique à l'époque se sentait menacé parce qu'il ne voulait pas perdre ses joueurs. Et le directeur de la DOS se sentait menacé en disant : « *Les gens de la santé publique ne doivent pas nous dire quoi faire.* » »

Analyse. Les événements se déroulent à une époque où la Régie adhoc possède une structure fonctionnelle semblable à celle de la Régie foncadhoc. Cet extrait tend à démontrer que le travail inter-directionnel ne fait pas parti des mœurs de la Régie adhoc et il semble exister une certaine méfiance vis-à-vis une collaboration inter-directionnelle. Pourtant, cela n'empêche pas le directeur de la DOS de suggérer la participation de la direction de la santé publique dans le dossier étant donné l'expertise qu'elle peut y apporter. Encore une fois, il semble que la structure organisationnelle soit influencée par le processus de prise de décision, comme ce fut le cas pour la Régie foncadhoc. En effet, nous voyons ici que les impératifs du dossier précipitent un changement dans la structure amenant une collaboration entre la DOS et la direction de la santé publique qui se concrétisera dans la participation d'un comité de pilotage, véritable mécanisme de liaison entre les deux directions de la Régie adhoc.

6.2.4.2 *La coordination du programme assumée par un CH*

Dès les premières rencontres, l'influence du professionnel de la direction de la santé publique se fait sentir et laissera une trace indélébile. Ce dernier propose que la coordination régionale du PQDCS se fasse dans le CH qui dessert le plus grand bassin de population de la région et qui est, de surcroît, un centre de cancérologie. Un professionnel de la direction de la santé publique raconte :

« La grande chose dont nous avons discuté c'était de savoir où on met la coordination du programme. Moi, je trouvais que c'était plus une affaire clinique [ce programme]. Pis de toute façon, avec le temps, ça va devenir quelque chose qui va s'intégrer dans les coutumes cliniques et c'est un programme qui va fonctionner tout seul. Le débat a [ensuite] été de trouver quel milieu clinique? Nous savions qu'un de nos hôpitaux couvrait le plus gros bassin de notre population et devait se renouveler et devenir un hôpital régional fort, et qu'on y ferait de la radiothérapie. Je trouvais intéressant qu'il prenne en charge le programme. C'est un point que j'ai influencé que le programme aille dans les milieux cliniques. »

Après quelques discussions entre les deux professionnels et, après en avoir discuté avec le directeur de la DOS, l'idée de laisser la coordination du programme à un CH de la région est acceptée au sein de la Régie adhoc qui a, à cette époque, une structure fonctionnelle et non pas une structure adhocratique.

Analyse. Ce groupe de travail est un mécanisme de liaison qui fait véritablement l'intégration entre deux directions. Le professionnel de la santé publique n'est pas seulement invité à donner son opinion sur un des aspects du programme, il participe réellement à la définition même de l'organisation des activités qui vont concourir au déploiement du programme. En ce sens, il emprunte les caractéristiques d'une équipe de travail (Roy, 1999 ; Savoie, 2000), du moins au niveau de la dynamique entre ces deux professionnels, puisqu'il y a un réel partage d'expertise, un réel travail interdisciplinaire.

6.2.4.3 *Un délai dans le processus*

Frappé par la maladie, le professionnel-porteur, qui relève de la DOS, doit s'absenter du travail pour une période de six mois. Étant donné qu'il est

responsable du dossier, le directeur de la DOS préfère arrêter les travaux de l'équipe et attendre son retour. De l'avis du professionnel de la DOS, il aurait été possible pour le professionnel de la santé publique de prendre la relève pour continuer à cheminer seul dans le dossier. Il commente :

« Tu vois comme c'est bête, quand les gens misent seulement sur une personne. J'ai été en maladie et on a attendu mon retour pour faire cheminer le dossier alors que le professionnel de la santé publique aurait pu le faire à ma place parce que nous étions sur le même comité et que nous avons la même vision, la même manière de penser. Mais mon directeur voulait attendre mon retour. »

Analyse. Le fait que le professionnel de la DOS estime que le professionnel de la santé publique puisse mener le dossier en son absence, dénote que ce groupe de travail est très versatile et que son fonctionnement peut être assimilé, à quelques égards, à une équipe semi-autonome (Roy, 1999) où les professionnels peuvent assumer diverses fonctions dans l'équipe et être interchangeables. Il ne semble donc pas y avoir de dichotomie ou d'étanchéité entre les membres de cette équipe de travail. Cependant, le directeur de la DOS ne l'entend pas ainsi. Il préfère patienter et attendre le retour de son professionnel. Cela pourrait être un effet de la différenciation (Lawrence et Lorsch, 1967) d'une structure fonctionnelle. Il est possible que le comportement du directeur de la DOS soit motivé par la crainte de perdre le contrôle du dossier au profit de la direction de la santé publique, résultat d'une certaine compétition entre les directions. Ces observations ne sont pas sans nous rappeler la structure hybride de la Régie foncadhoc qui présente une configuration adhocratique au niveau du centre opérationnel et une configuration de bureaucratie mécaniste au niveau de la ligne hiérarchique et sommet stratégique.

6.2.4.4 *Le CH accepte le rôle de coordonnateur régional*

Une fois de retour de son congé de maladie, le professionnel de la DOS et le professionnel de la santé publique organisent une première rencontre avec le CH à qui sera confié la coordination du programme. À leur seconde rencontre, le CH accepte le rôle de coordonnateur régional du PQDCS. À ce moment, le groupe de travail suspend ses activités. Le temps est venu, pour la régie régionale, de mettre en place une nouvelle structure...

6.2.4.5 *Une restructuration, une nouvelle définition des unités*

Au mois de mars 1997, après sept mois d'une rigoureuse réorganisation, la nouvelle structure matricielle de la Régie adhoc est opérationnelle. Alors que la direction de la santé publique garde le même nom et essentiellement les mêmes fonctions (sauf en ce qui a trait à son rôle de vigie), la direction de l'organisation des services (DOS) fait peau neuve. Elle est scindée en deux directions distinctes, soit la direction de la santé physique et la direction de la santé sociale. Le professionnel de la DOS se retrouve maintenant au sein de la direction de la santé physique et il conserve aussi le même directeur.

6.2.4.6 *Formation d'un comité de pilotage*

Une fois la restructuration terminée, la coordination régionale du PQDCS est officiellement confiée au centre de cancérologie du plus important CH de la région. Une équipe de coordination médicale du PQDCS est alors mise sur pied. Elle est composée des deux professionnels de la régie régionale ainsi que d'une coordonnatrice médicale et d'une coordonnatrice administrative qui sont, toutes deux, à l'embauche du CH. Cette équipe a besoin de l'expertise de divers spécialistes pour concrétiser son mandat. C'est dans cette optique qu'un comité de pilotage est formé. Il est composé de dix personnes, soit des quatre personnes qui forment le comité de pilotage, de deux radiologistes, d'un chirurgien, d'un médecin, d'un anatomo-pathologiste ainsi que de deux représentantes du Comité de condition de vie des femmes de la Régie adhoc.

Analyse. En confiant la coordination du PQDCS à un établissement externe, la Régie adhoc décentralise au maximum à la fois horizontalement et verticalement la prise de décision. Si une telle décentralisation à l'avantage de rapprocher la prise de décision de la clientèle, elle a cependant l'inconvénient de voir la Régie adhoc perdre, comme nous le verrons, une partie du contrôle du PQDCS.

6.2.4.7 *Premières réunions du comité de pilotage*

Le Ministère annonce officiellement la venue du PQDCS en octobre 1997 et les premières réunions du comité de pilotage ont lieu peu après. À ce moment, le comité examine les données fournies par la RAMQ et il cherche à connaître le nombre de femmes par bassin de desserte des CH de la région. Grâce à son expertise, c'est le professionnel de la santé publique qui dirige les travaux d'analyse des données sur la clientèle⁵³. Son expertise est aussi utile au niveau des normes *populationnelles*. Le professionnel de la santé physique décrit l'expertise de son collègue de la direction de la santé publique :

« Il avait le *focus* beaucoup plus sur la santé publique. Il avait un regard plus critique par rapport aux normes *populationnelles*. Par exemple, s'il y a 12 000 personnes [dans tel territoire], un seul mammographe c'est suffisant. Il avait cette expertise là. »

De son côté, le professionnel de la direction de la santé physique est responsable de tous les aspects reliés à l'organisation des services :

« Moi, j'intervenais plus sur l'organisation physique, sur l'organisation des services. Qui désigne-t-on? Quel mandat leur confit-on? Quels liens leur demande-t-on de développer? Moi, c'était plus la désignation des centres sur lequel je portais mon attention. »

Analyse. La nouvelle structure aplatie de la Régie adhoc a transformé, en partie du moins, les anciennes directions. En dépit des modifications de la structure, la spécialisation horizontale est demeurée importante à la Régie adhoc. Ainsi, la nouvelle direction de la santé physique a une spécialisation en regard de l'organisation des services essentiellement par rapport aux CH et la direction de la santé publique a, dans ses grandes lignes, les mêmes responsabilités et spécialités qu'avant la transformation (exemption faite des aspects reliés à la vigie du réseau). Par conséquent, chaque professionnel anime les activités pour lesquelles il a une expertise, ce qui entraîne possiblement une grande efficacité et efficacité dans le processus de prise de décision.

⁵³ Cette information nous a été donnée lors de la validation de nos diagrammes de flux (pour plus d'information concernant les diagrammes de flux, référez-vous à la section 4.6).

6.2.4.8 *L'analyse des données*

À l'aide de l'ensemble de ces données et de l'analyse qui en est faite, le comité de pilotage fixe les critères pour désigner les CRID et les CDD. Entre autres, le comité s'entend sur deux critères essentiels. Il est impératif qu'un CH⁵⁴ ait une masse critique de population pour être désigné et, considérant l'ensemble de la région, que les services soient accessibles. De plus, le comité a le souci de respecter la configuration régionale. En conséquence, *l'interprétation* qu'a fait le comité des intentions ministérielles voulant qu'il n'y ait qu'un seul CRID dans la région est systématiquement rejetée par le comité :

« On s'est vite entendu autour du comité que c'est sûr que les gens ne voulaient pas qu'on s'en aille vers un seul CRID dans notre région, les gens ne voulaient pas que l'on réduise au strict minimum les CDD. Ils voulaient que l'on respecte la configuration de notre région. »

6.2.4.9 *Des protestations de la part des CH non-désignés*

Après quelques discussions, la majorité des membres du comité s'entendent pour désigner cinq CRID et quatre CDD parmi lesquels trois CRID sont aussi des CDD. Puisque, dans la région, deux CH ne rencontrent pas la masse critique de population pour être désignés, ces derniers sont exclus. Insatisfaits de la décision, ils font des pressions auprès des professionnels de la Régie adhoc qui n'entendent pas plier l'échine. Les radiologistes membres du comité, qui pratiquent à la fois dans des CH désignés et dans des CH non-désignés, font des pressions pour que soit désigné un plus grand nombre de CRID dans le territoire où ils pratiquent. En d'autres termes, les radiologistes veulent que soit aussi désignés les deux CH qui ont été exclus pour pouvoir continuer à y pratiquer. Cependant, les membres de la régie régionale qui siègent sur le comité font front commun et défendent leur position. Ils ne veulent pas désigner les CH dont le bassin de desserte n'atteint pas la masse critique :

« Le CH [A] et le CH [B], qui eux avaient un mammographe et voulaient être désignés, n'ont jamais été désignés. Ils nous relancent encore cinq ans plus tard. Ils veulent être désignés et c'est non! La

⁵⁴ Dans cette région, il n'y a pas que des CH qui peuvent être désignés CRID. Il y a aussi des établissements de santé qui se nomment « regroupements de santé » ou « carrefour de santé » qui sont essentiellement de petits CH régionaux dont la mission englobe celles des CLSC et des CHSLD.

désignation repose sur une masse critique de personnes et [dans cette ville] la masse critique nous dit qu'il ne faut pas plus qu'un mammographe et il est déjà dans un hôpital du territoire. »

6.2.4.10 *La désignation par le conseil d'administration*

En appliquant rationnellement les critères de désignation, le comité arrête son choix. Il recommande la désignation de cinq CDD et de quatre CRID. Le conseil d'administration de la Régie adhoc autorise la désignation le 4 février 1998.

6.2.4.11 *Des problèmes particuliers liés à l'implantation du PQDCS*

Une fois que la liste des CRID et des CDD est adoptée par le conseil d'administration, des problèmes sérieux commencent à se vivre dans l'implantation du programme québécois du cancer du sein (PQDCS) entre la Régie adhoc et le centre de coordination du CH. Il semble que la transformation du réseau laisse peu de ressources au CH pour que ce dernier prenne sérieusement en main la coordination du PQDCS, ce qui entraîne des frictions entre la régie régionale et le CH. Un répondant raconte comment le CH se défend de ne pouvoir s'impliquer davantage dans la coordination du PQDCS :

« Au moment où la coordination administrative est mise en place dans le CH, on est dans un contexte où il y a beaucoup de turbulences. L'hôpital va dire : *« on m'exige de faire des coupures et dans les faits, je ne dispose pas de suffisamment de ressources. Ma coordination administrative va être limitée, on ne peut pas partir en peur. »* Donc, il se joue des tensions à ce moment-là. »

Pour exacerber ces tensions, il y a une ambiguïté entre les rôles de la régie régionale et du CH dans la coordination du programme qui serait lié à un manque de clarification dans les rôles au début du processus. Le même répondant ajoute :

« Se vit à ce moment une forme d'ambiguïté parce qu'il y a des choses qui ne sont pas suffisamment clarifiées quant à la façon dont va s'exercer l'appui de la régie et le rôle de coordination du Centre hospitalier. Les responsabilités ne sont pas assez établies. Ce qui est dit : *« vous devez répondre aux exigences du cadre de référence »*. Mais les attentes n'ayant pas été précisées clairement entre ce qui

relève du CH et ce qui relève des rôles qui demeurent à la régie, ça a créé une certaine ambiguïté qui est associée à un manque d'écrits et de contrats à l'époque. »

Combiné à une restructuration interne de l'hôpital, cette ambiguïté des rôles contribue probablement à ce que le centre de coordination du programme, qui est sous la responsabilité du CH, ne joue pas le rôle qu'on attend de lui. Le répondant continue :

« On peut s'attendre à ce qu'un centre de coordination associe étroitement les quatre CRID. En 2003, ce bout-là tarde toujours à venir parce qu'il y a une structuration interne du Centre hospitalier qui rentre en jeu et qui fait en sorte que la qualité de ses liens avec les autres établissements n'est pas présentement à son plus fort. Sa capacité à être proactif et à aller dans ces milieux-là n'est pas à son plus fort. »

6.2.5 Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie adhoc

6.2.5.1 Une structure fonctionnelle

Lorsque la Régie adhoc débute ses activités en vue d'implanter le PQDCS, elle possède une structure fonctionnelle. L'étude de cas nous fournit quelques indices qui suggèrent que sa structure de l'époque est possiblement un hybride où le sommet stratégique est une bureaucratie mécaniste et le centre opérationnel, une adhocratie. La différenciation, définit comme étant la différence dans l'orientation cognitive et émotionnelle parmi les gestionnaires de départements différents (Lawrence et Lorsch, 1967) et considéré comme étant le fruit de la spécialisation du travail et du regroupement des unités, pourrait être à l'origine du comportement et de l'attitude des directeurs de la Régie adhoc qui font partie de la composante de l'organisation qui se comporte comme une bureaucratie mécaniste, c'est-à-dire le sommet stratégique. La différenciation entre les directions se manifeste par la méfiance respective des directeurs d'impliquer leur professionnel dans un dossier commun. Elle se manifeste aussi dans la décision du directeur de la DOS d'attendre le retour de congé de maladie de son professionnel plutôt que de confier temporairement le dossier au professionnel de la santé publique.

D'autre part, cette différenciation entre les fonctions ne semble pas se vivre de la même manière chez les professionnels. À ce sujet, un des professionnels note :

« Le professionnel de la santé publique aurait pu le faire à ma place [coordonner le comité] parce que nous étions sur le même comité et que nous avons la même vision, la même manière de penser. Mais mon directeur voulait attendre mon retour ».

En d'autres termes, le professionnel de la santé publique aurait pu continuer à diriger les activités relatives au PQDCS durant l'absence du professionnel de la DOS mais son directeur a préféré attendre son retour. Cela témoigne de l'inflexibilité relative des directeurs qui craignent de perdre le contrôle du dossier. Par ailleurs, l'attitude des professionnels est tout autre. Pour eux, il semble que l'important soit que quelqu'un s'occupe du dossier et ce, indépendamment de l'expertise du professionnel. C'est sur cet argument des professionnels, qui nous donne un indice de la flexibilité du centre opérationnel de la Régie adhoc, que nous croyons que les professionnels évoluent à leur niveau dans une configuration adhocratique. La flexibilité de la structure adhocratique est d'ailleurs une de ses caractéristiques (Mintzberg, 1979).

6.2.5.2 *Décentralisation verticale et horizontale*

L'étude de cas révèle la création d'une équipe de coordination du PQDCS dans un établissement du réseau. Cette décision souligne bien que la Régie adhoc encourage une très grande décentralisation horizontale et verticale en confiant à un établissement du réseau le contrôle et la coordination du PQDCS. Cependant, considérant la structure hybride de l'époque, il est difficile d'expliquer en quoi la structure fonctionnelle a pu influencer une telle décision.

6.2.5.3 *Un mécanisme de liaison : une équipe de travail*

Cependant, la décision de mettre l'équipe de coordination dans un établissement du réseau est le fruit d'une réflexion faisant participer les deux professionnels des deux directions ainsi que le directeur de la DOS. Il semble donc que ce groupe de travail fonctionne réellement comme une équipe (Roy, 1999; Savoie, 2000) où il y a véritablement un échange d'expertises, un travail

interdisciplinaire entre les professionnels. Ce groupe de travail forme donc un mécanisme de liaison entre deux directions qui, fondamentalement, ne s'apprécient guères. La liberté relative qui semble exister à l'intérieur du groupe de travail nous fournit un indice de plus que le centre opérationnel se comporte comme une structure adhocratique. Par ailleurs, les effets de la spécialisation horizontale sont aussi palpables dans l'étude de cas. En effet, chaque professionnel anime les activités pour lesquelles il a une expertise, ce qui entraîne possiblement une grande efficacité et efficacité dans le processus de prise de décision.

6.2.5.4 Le processus influence la structure

Prenant connaissance du dossier, le directeur de la DOS (qui deviendra la direction de la santé physique) décide, non sans hésitation, de faire appel à la direction de la santé publique dans le dossier, estimant que l'expertise de cette direction peut être utile pour mener le dossier à terme. S'amorce alors une collaboration entre la DOS et la direction de la santé publique, une coopération qui, de l'avis d'un répondant, est loin d'être évidente à une époque où c'est « l'eau et le feu » entre elles. Cette série d'événements tend à démontrer que ce sont les caractéristiques du dossier et l'amorce du processus de prise de décision qui influencent la structure organisationnelle dans cette étude de cas et non l'inverse. La collaboration inter-organisationnelle qui se concrétise par la création d'un petit groupe de travail est possiblement un effet de la relative complexité du PQDCS qui nécessite l'expertise de deux directions.

6.2.5.5 Un comité de coordination qui résiste aux pressions politiques

Comme nous venons de le mentionner, au début du processus, l'équipe de travail formée seulement des deux professionnels constitue véritablement un mécanisme de liaison efficace où chaque individu a de l'espace pour partager son point de vue et son expertise. Plus tard dans le processus, lorsque les professionnels du réseau sont intégrés et que la coordination du programme relève du CH, des pressions politiques sont exercées sur le comité pour que soit désigné un plus grand nombre de CRID. Devant ces pressions politiques, les professionnels de la régie régionale demeurent solidaires. Il est, par ailleurs, peu

probable que cette solidarité soit le fruit possible de l'instauration de la nouvelle structure organisationnelle.

6.2.6 Évaluation du processus de prise de décision

Pour faire l'évaluation de la performance du processus, nous avons utilisé cinq dimensions proposées par Nutt (2000, 2002) qui se rattachent aux notions d'efficience et d'efficacité. Deux mesures permettent d'apprécier l'efficience des processus de prise de décision. La première est le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin jusqu'à son autorisation finale et la seconde, le temps écoulé entre l'autorisation finale de la décision et le moment de sa mise en œuvre. En ce qui a trait aux mesures de l'efficacité, nous avons trois variables, soit celles de l'adoption partielle, de l'adoption intégrale et de l'appréciation globale des acteurs concernant la manière dont a été mené le processus. Pour compléter les critères d'efficience et d'efficacité des processus de Nutt, nous avons demandé aux répondants de décrire les impacts positifs et négatifs de la décision.

6.2.6.1 Le temps : deux mesures d'efficience

La première mesure d'efficience est le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin jusqu'à son autorisation finale. Dans ce cas, la reconnaissance du besoin correspond plutôt au moment où les régies régionales commencent à participer aux rencontres provinciales puisque c'est à partir de ce moment que les régies commencent à mettre en branle un processus pour instaurer le PQDCS. Cette date correspond pour les deux régies que nous étudions au mois de juin 1995. En ce qui a trait à l'autorisation de la décision, la Régie adhoc a autorisé la liste des CDD et des CRID à son conseil d'administration à la même date soit en février 1998. Par conséquent, pour connaître le temps qui s'est écoulé, nous calculons le nombre de jours qui séparent les deux événements. Comme le démontre le tableau 29 de la page suivante, il y a 975 jours qui séparent la *reconnaissance du besoin* de son autorisation finale, ce qui correspond environ à **2 ans et 8 mois**.

Type d'accréditation	Début du processus	Date de l'autorisation	Nombre de jours écoulés entre le début du processus et l'autorisation (jours)
CDD	15-06-95 ⁵⁵	15-02-98	975
CRID	15-06-95	15-02-98	975

Tableau 29 : Nombre de jours écoulés entre le début du processus et l'autorisation de la décision

La seconde mesure d'efficacité est la mesure du temps écoulé entre l'autorisation finale de la décision et le moment où elle est mise en œuvre. Pour l'évaluer, nous utiliserons le nombre moyen de jours. Nous calculerons le temps moyen qui s'est écoulé entre le 15 février 1998 et le moment où les établissements ont été accrédités par le Ministère. Le tableau 30 suivant donne toutes les informations qui nous permettent de calculer le temps moyen qui a été nécessaire pour que les CDD soient officiellement désignés :

CDD	Date de l'autorisation	Date de désignation	Nombre de jour écoulé entre l'autorisation et la désignation
1	15-02-1998	01-12-1998	314
2	15-02-1998	26-10-1998	253
3	15-02-1998	27-10-1998	254
4	15-02-1998	13-05-1999	452
5	15-02-1998	16-06-1999	121
6 ⁵⁶	15-02-1998	15-12-1998	328
Nombre du jour moyen			287 jours

Tableau 30 : Nombre moyen de jours nécessaires pour la désignation des CDD

Le nombre moyen de jours pour que les CDD soit désignés a été de **287 jours**, ce qui correspond environ à **9 mois et 13 jours**. Nous referons le même exercice pour les CRID. Comme le démontre le tableau 31 de la page suivante, le nombre moyen de jours pour la désignation des CRID est donc de **415 jours**. Ce qui correspond à environ **1 an et 2 mois**.

⁵⁵ Lorsque le jour exact du mois n'est pas connu, nous prenons par défaut le jour mitoyen du mois soit le 15 du mois.

⁵⁶ S'il y a 6 CDD au lieu de 5 dans cette liste, c'est parce qu'il y a un CH qui contient deux sites et que la mise en œuvre des deux sites n'a pas été simultanée.

CRID	Date de l'autorisation	Date d'accréditation	Nombre de jour écoulé entre l'autorisation et l'accréditation
1	15-02-1998	01-12-1998	314
2	15-02-1998	27-10-1998	254
3	15-02-1998	13-05-1999	452
4	15-02-1998	16-06-1999	121
5 ⁵⁷	15-02-1998	08-09-2000	936
Nombre du jour moyen			415 jours

Tableau 31 : Nombre moyen de jours nécessaires pour la désignation des CRID

6.2.6.2 Adoption partielle et adoption intégrale : deux mesures d'efficacité

L'adoption partielle évalue si les décisions prises, dans ce cas-ci la désignation des CRID et des CDD par la régie régionale, ont été au moins partiellement appliquée et si elle perdure dans le temps. L'adoption intégrale consiste à savoir si la décision est appliquée telle qu'elle a été entérinée, dans toute sa complétude. Puisque la totalité des CDD et des CRID ont été accrédités, nous pouvons affirmer qu'il y a, à la fois, une adoption partielle et intégrale à la Régie adhoc.

6.2.6.3 Satisfaction globale du processus : une mesure d'efficacité

La troisième mesure d'efficacité est le jugement global des répondants sur la manière dont le Régie adhoc a passé à travers le processus. Pour l'évaluer, les répondants ont quatre choix de réponses qui figurent dans le tableau 32 de la page suivante et pour lesquels une note est associée pour fin de comparaison entre les établissements.

Évaluation	note
Pas satisfaisant	1
Peu satisfaisant	2
Satisfaisant	3
Très satisfaisant	4

Tableau 32 : Échelle de satisfaction des répondants

Un des répondants s'est dit *satisfait* du processus puisque « plusieurs consultations ont été faites dans le réseau. » Le second répondant s'est dit *très*

⁵⁷ S'il y a 5 CRID au lieu de 4 dans cette liste, c'est parce qu'il y a un CH qui contient deux sites et que la mise en œuvre des deux sites n'a pas été simultanée.

satisfait « puisque le processus a abouti à quelque chose de concret. » Les répondants ont donc donné une note moyenne de 3,5 / 4 pour l'appréciation de la manière dont la Régie adhoc a passé à travers ce processus. Ce qui veut dire que dans l'ensemble le processus est jugé entre *satisfaisant* et *très satisfaisant* par les acteurs.

6.2.6.4 *Les effets positifs et négatifs de la décision*

Pour compléter nos mesures d'efficience et d'efficacité de la décision, nous avons demandé aux répondants quels étaient les effets positifs et négatifs de celle-ci. Les effets positifs relevés de la décision sont :

« Une plus grande accessibilité pour les femmes et la mise en place une approche intégrée auprès de ces clientèles. »

Quant aux effets négatifs, les répondants ont nommé l'insatisfaction des deux établissements qui n'ont pas été désignés. Comme le rapporte un d'entre eux :

« Deux établissements n'ont pas été désignés pour faire des mammographies de dépistage alors qu'ils en faisaient auparavant. Cette décision diminue l'achalandage de ces établissements et donc le revenu de leur médecin. Ces établissements étaient insatisfaits. »

Il semble qu'il y ait eu aussi des accrochages entre la Régie adhoc et le CH qui a hérité du centre de coordination du programme. Comme le souligne un répondant :

« Il y a eu quelques embûches avec le CH qui était le centre de coordination du programme. Le CH avait une approche très centralisatrice alors que la Régie voulait une approche très décentralisée. »

Pour faire suite à ce dernier commentaire, nous avons soulevé dans l'étude de cas des effets négatifs appréciables reliés à la décision de confier à un établissement externe la coordination d'un programme ayant une portée régionale. Il semble que l'établissement ne remplisse pas les rôles qui lui incombent et que les responsabilités respectives de la régie régionale et du centre de coordination aient été mal définies.

6.2.6.5 Synthèse des mesures de performance pour la Régie foncadhoc

En ce qui a trait aux mesures de performance du processus de désignation des CRID et des CDD, le tableau 33 suivant résume les informations que nous avons colligées.

Mesures	Critères	Régie adhoc
Efficiency	Temps écoulé entre la reconnaissance du besoin et l'autorisation	975 jours (2 ans et 8 mois)
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'application (CDD)	287 jours (9 mois et 13 jours)
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'application (CRID)	415 jours (1 an et 2 mois)
Efficacité	Adoption partielle	oui
	Adoption intégrale	oui
	Évaluation globale	3,5 / 4 entre satisfaisant et très satisfaisant
Efficiency et efficacité	Effets positifs	Plus grande accessibilité des services / plus grande intégration des services.
	Effets négatifs	Insatisfaction des CH qui n'ont pas été désignés / Friction entre la Régie et le CH coordonnant le programme / Une coordination qui soulève des problèmes.

Tableau 33 : Évaluation de la performance de la Régie adhoc par rapport au PQDCS

6.2.7 Conclusion : Les impacts différentiels de la structure des deux régies régionales sur le déploiement du PQDCS

Les deux études de cas qui précèdent nous ont permis de jeter un regard sur la manière dont la structure organisationnelle de deux régies régionales de la santé et des services sociaux influence le processus de prise de décision en regard du PQDCS. Il convient maintenant, dans une analyse comparative, d'explorer les relations de contingence entre la structure et la performance des processus de prise de décision. Pour ce faire, nous dressons un tableau comparatif des performances de chacune des régies régionales en terme d'efficiency et d'efficacité. Si nous observons des différences, nous tenterons

d'expliquer ces résultats par les différences structurelles des régies régionales. Sinon, nous émettrons des hypothèses qui permettent de comprendre pourquoi il n'y a pas de différences d'observées.

6.2.7.1 Efficienc e : temps écoulé entre le début des activités et l'autorisation

Laquelle des deux Régies régionales de la santé et des services sociaux est la plus efficace dans le dossier du PQDCS? Dans l'ensemble, les résultats démontrent qu'il ne semble pas y avoir de tendance marquée d'une plus grande efficacité d'une régie régionale par rapport à l'autre. En effet, le temps écoulé entre le début des activités et l'acceptation par le conseil d'administration de la liste des CDD recommandés ou des CRID désignés est en moyenne de 1042 jours pour la Régie foncadhoc et de 975 jours pour la Régie adhoc. Cette différence d'environ deux mois est trop négligeable pour nous permettre de conclure qu'il y a une différence d'efficacité entre les deux régies régionales. Le tableau 34 de la page suivante synthétise les résultats comparatifs des deux régies régionales.

6.2.7.2 Efficienc e : temps écoulé entre l'autorisation et l'accréditation

Sur le deuxième critère d'efficacité, les résultats sont un peu plus mitigés. En effet, la Régie foncadhoc est plus performante par rapport à l'accréditation des CDD dans leur région (163 jours versus 287) alors que la Régie adhoc est plus performante pour l'accréditation des CRID (415 jours versus 553). Le fait qu'une des régies régionales soit plus efficace pour l'accréditation des CDD et l'autre pour les CRID ne nous permet pas de trancher en faveur d'une plus grande efficacité pour une régie régionale ou pour l'autre. Nous concluons donc qu'il n'y a pas de différence dans le traitement de ce programme entre les deux organisations au niveau de l'efficacité.

Mesures	Critères	Régie foncadhoc	Régie adhoc
Efficience	Temps écoulé entre le début des activités et l'autorisation	1042 jours (2 ans et 10 mois)	975 jours (2 ans et 8 mois)
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'accréditation (CDD)	163 jours (5 mois et 11 jours)	287 jours (9 mois et 13 jours)
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'accréditation (CRID)	553 jours (1 an et 6 mois)	415 jours (1 an et 2 mois)
Efficacité	Adoption partielle	oui	oui
	Adoption intégrale	non	oui
	Évaluation globale	4 / 4 très satisfaisant	3,5 / 4 entre satisfaisant et très satisfaisant

Tableau 34 : Comparaison des performances des régies régionales

6.2.7.3 Efficacité : adoption partielle et adoption intégrale

Sur le critère d'adoption partielle et d'adoption intégrale, les deux régionales sont très semblables. De fait, la seule différence qui existe entre les deux régies régionales est qu'un CRID est toujours en processus d'accréditation à la Régie foncadhoc. Puisqu'il y a plusieurs établissements dans les deux régions qui ont été désigné CDD ou CRID, nous ne pouvons affirmer qu'il y a une différence d'efficacité entre les deux régies régionales sur la seule base qu'il y a toujours un établissement dans la région de la Régie foncadhoc qui n'est pas accréditée.

6.2.7.4 Efficacité : évaluation globale

Quant au niveau de l'évaluation globale du processus, il ne semble pas, à première vue, y avoir de différence marquée entre les jugements des répondants. Dans une des régies, les répondants se sont dits *très satisfaits* et dans l'autre entre *satisfaits* et *très satisfaits*. Par conséquent, nous ne pouvons pas affirmer à l'aide de ce critère qu'il y a une différence de performance entre les régies régionales.

6.2.7.5 *Comment expliquer que l'étude de cas ne révèle aucune différence de performance?*

Les résultats qui précèdent indiquent dans l'ensemble qu'il n'y a pas de différence de performance entre les deux régions régionales au niveau de l'efficacité et de l'efficacité des processus de prise de décision en utilisant les critères de Nutt (2000, 2002). Comment expliquer que l'étude de cas ne révèle aucune différence de performance en dépit du fait que les régions régionales n'ont pas orchestré le PQDCS de la même manière?

Dans un premier temps, il faut bien l'admettre, plusieurs activités ayant une influence déterminante sur le déroulement du processus ont eu lieu alors que la Régie adhoc avait toujours une structure fonctionnelle que nous croyons être de même type que la structure hybride de la Régie foncadhoc. Par conséquent, il est possible que nous n'ayons trouvé aucune différence réelle parce que les deux régions régionales avaient des structures semblables pour une grande partie du processus.

Bien que nous n'ayons pas trouvé de différence de performance entre les deux régions régionales, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de différence réelle de performance entre les deux régions régionales. La plus grande limite à laquelle nous faisons face dans notre évaluation de la performance du PQDCS est le nombre limité de variables sur lesquelles nous portons notre jugement, alors qu'en fait, ce dossier englobe beaucoup d'autres aspects que la désignation des CDD et des CRID. En considérant d'autres aspects du PQDCS, il est probable que nous aurions trouvé des différences de performance entre les régions régionales.

La troisième raison qui peut expliquer que nous ne retrouvons pas de différence réelle, est que le processus a été, dans une certaine mesure, chapeauté par le Ministère de la santé et des services sociaux. En effet, les professionnels des différentes régions régionales du Québec impliqués dans le dossier se réunissaient régulièrement au niveau provincial. Ce phénomène amène possiblement les régions régionales à suivre un échéancier commun à toutes les régions, ce qui minimise les possibilités de trouver des différences entre celles-ci.

Selon les critères que nous avons définis au quatrième chapitre, nous venons de présenter l'étude de cas qui présente un niveau de complexité plus élevé que le dossier portant sur la « planification des naissances et les interruptions volontaires de grossesse ». La prochaine étude de cas traite des « stratégies de libération des lits de courte durée ». Ce dossier est le plus complexe des trois processus de prise de décision.

6.3 Les stratégies de libération des lits de courte durée dans les CH

À chaque année, les urgences débordent durant le temps des fêtes. Pour palier à ce débordement, les régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec mettent en branle une série de mesures. Parmi celles-ci figure la libération des lits de courte durée des Centres hospitaliers (CH) qui sont occupés par des personnes en perte d'autonomie et qui sont en attente d'hébergement. Essentiellement, le principe est de faire en sorte que les personnes en perte d'autonomie dans les salles d'urgence occupent des lits de longue durée dans des institutions conçues à cette fin plutôt que d'occuper des lits de courte durée dédiés à des personnes qui ont besoin de soins aigus. La principale mesure adoptée par les régies régionales pour arriver à cette fin consiste à acheter des places, c'est-à-dire à acheter des lits dans différents établissements privés et publics. Dans ce contexte et, plus spécifiquement dans les deux études de cas qui suivent, la principale décision que les régies régionales doivent « autoriser » est en fait leur assentiment pour que le ou les CH d'un territoire puissent procéder à de l'achat de places.

Ces stratégies sont à différencier des mesures de désengorgement des urgences qui sont financées par un budget ministériel non-récurrent distribué avant les périodes de pointe et qui englobent d'autres initiatives. Par conséquent, les stratégies de libération de courte durée ne sont pas, *a priori*, des mesures financées par le Ministère de la santé et des services sociaux. Elles sont plutôt souvent financées à même les budgets des hôpitaux.

6.3.1 Études de cas : Les stratégies de libération des lits courte durée orchestrées par la Régie foncadhoc

6.3.1.1 Un budget ministériel

Au mois de mars 1998, le Ministère de la santé et des services sociaux annonce un budget important visant le développement de mesures de désengorgement des urgences (MDU). La Régie foncadhoc en profite alors pour

rencontrer certains établissements afin de répondre à cet objectif. Dans l'ensemble, les solutions sont assez claires. Certains établissements optent pour faire de l'achat de places dans différentes institutions alors que d'autres développent des heures de services à domicile avec les CLSC. Cependant, la distribution de ce budget et la mise en place de ces mesures ne seront pas suffisantes pour absorber toutes les personnes qui se présenteront à l'urgence des CH de la région à l'approche des fêtes :

« Les MDU c'est une somme d'argent qui est donné préventivement pour écraser ces situations-là [le débordement des salles d'urgence]. Mais nonobstant ces argents, ça déborde. »

6.3.1.2 L'urgence d'un CH d'un territoire de la région déborde

À l'automne 1998, devant une urgence bondée de patients, le directeur des services professionnels d'un CH d'un territoire de la région appelle le coordonnateur responsable des services hospitaliers de la direction de la coordination et des services à la clientèle (DCSC) afin de le prier de prendre des moyens pour diminuer l'achalandage de son urgence :

« C'est toujours les Centres hospitaliers qui appellent la régie. C'est eux qui sont pris le matin avec 80 personnes dans leur salle d'urgence. Le dsp [directeur des services professionnels] nous appelle. »

Le coordonnateur prend connaissance de la situation et avise le directeur des services professionnels du CH qu'il communiquera avec lui sous peu. Suite à cette conversation, le coordonnateur informe immédiatement son directeur. Ce dernier est la personne responsable de déclencher les opérations susceptibles d'aider au débordement des salles d'urgence :

« Le coordonnateur fait un constat rapide de la situation avec l'hôpital. Il détermine la hauteur du problème et il essaie de voir s'il y a des leviers à sa disposition. Le coordonnateur de la santé physique prend note [des besoins de l'hôpital] et lui, c'est sûr, il parle à son directeur parce que les engagements budgétaires et le *move* de peser sur le piton rouge pour mettre en place nos mesures et faire pomper le système là-dessus, ça se passe habituellement sous l'autorité d'une direction [de la régie régionale]. »

Le directeur de la DCSC invite le professionnel à faire un suivi régulier de la situation dans les urgences. Ce suivi s'étend sur une longue période de temps. Le dg de la Régie foncadhoc est informé de la situation par le directeur.

Analyse. Dans cette étude de cas, le réseau communique à la régie régionale par le biais de la ligne hiérarchique (selon Mintzberg, composante de l'organisation où œuvre les cadres intermédiaires), soit au niveau du coordonnateur, qui transmet les informations qu'il reçoit à son supérieur hiérarchique. C'est d'ailleurs un des rôles importants de la ligne hiérarchique que de « servir de support au flux vertical d'information » (Mintzberg, 1979 : 283) dans une bureaucratie mécaniste. L'information remonte donc la ligne hiérarchique jusqu'au directeur avant qu'une action ne soit entreprise. La prise de décision est, par conséquent, centralisée au niveau du directeur qui a, dès lors, le contrôle d'un dossier *politiquement chaud*. Ce dernier est aussi le seul à pouvoir peser sur « le bouton rouge ». Le corollaire de cette centralisation importante est la faible décentralisation verticale de la structure. En effet, le coordonnateur n'est pas autorisé à prendre une décision quant aux actions à entreprendre dans ce dossier. Le coordonnateur est, dans cette situation, ni plus ni moins qu'une interface sans autorité entre la régie et les établissements.

De plus, soulignons que le diagnostic organisationnel a révélé que la Régie foncadhoc a une structure à la fois de bureaucratie mécaniste au niveau de sa ligne hiérarchique et du sommet stratégique alors qu'elle se comporte comme une adhocratie dans le centre opérationnel. Comme nous le constaterons, l'action dans cette étude de cas se déroule davantage au niveau du coordonnateur et des directeurs de la Régie foncadhoc, soit au niveau où la structure adopte la configuration d'une bureaucratie mécanisme.

6.3.1.3 Les directeurs généraux des hôpitaux font des pressions

Observant un débordement de plus en plus important dans leur urgence, le dg d'un CH des territoires de la région fait des pressions directement auprès du directeur de la DCSC afin que des solutions soient mises en place pour remédier à la situation. Ses pressions portent fruit... Placé devant la gravité de la situation à

l'urgence, le directeur de la DCSC convoque rapidement trois coordonnateurs de sa direction, soit celui responsable de la longue durée (CHSLD), celui en charge des services locaux (CLSC) et celui qui s'occupe du volet hospitalier (CH). Chacun de ces coordonnateurs est accompagné par un professionnel et ils donnent chacun un état de la situation dans leur secteur d'activité :

« On fait une rencontre rapide entre les gens de tous les secteurs, c'est-à-dire l'hébergement en longue durée, les CLSC ainsi que le volet hospitalier pour avoir l'état des autres Centres hospitaliers et pour offrir un support au besoin. On fait le point avec ces 3 secteurs. On demande les cadres intermédiaires avec leur professionnel. »

Le coordonnateur des services hospitaliers fait un état de la situation des urgences des CH, le coordonnateur des soins de longue durée rapporte le nombre de places libres en CHSLD dans la région et le coordonnateur des services locaux fait état de la capacité des CLSC de la région d'augmenter leur soutien à domicile. Dans un premier temps le coordonnateur de la longue durée, aidé de son professionnel, font une recherche intensive des places disponibles dans la région en y incluant les établissements publics et privés susceptibles d'accueillir une clientèle en perte d'autonomie.

Analyse. Le fait que les dg du réseau téléphonent directement au directeur de la DCSC témoigne de la spécialisation horizontale qui existe au sein de la Régie foncadhoc. Chaque direction a une spécialisation dans un domaine d'activité particulier. La spécialisation horizontale est non seulement présente entre les directions de la Régie foncadhoc mais elle l'est aussi entre les secteurs de la DCSC. De fait, chaque coordonnateur est responsable d'une clientèle particulière (CH, CLSC, CHSLD) et fait état de la situation en fonction de cette clientèle ou secteur. Cette façon de diviser le travail entre les types de clients du réseau est probablement efficace et efficiente compte tenu de la complexité de l'environnement dans lequel évolue la Régie foncadhoc. Burns et Stalker, (1961, 1971) ont d'ailleurs démontré que la bureaucratie mécaniste était adaptée pour évoluer dans des environnements complexes.

L'étude de cas révèle aussi qu'il y a plus d'une porte d'entrée à la Régie foncadhoc. Le réseau semble pouvoir avoir accès aux ressources de la régie régionale en passant soit par les coordonnateurs ou le directeur de la DCSC. Par conséquent, cette régie régionale n'est pas structurée comme un « guichet unique », ce qui donne au réseau une possibilité d'avoir une plus grande influence sur la Régie foncadhoc en agissant au niveau hiérarchique qui détient le pouvoir pour *faire bouger les choses*.

6.3.1.4 *Les coordonnateurs de la Régie foncadhoc recherchent des places*

Le directeur de la DCSC, les coordonnateurs et les professionnels se rassemblent à nouveau pour discuter de nouvelles possibilités pour soulager les urgences. Ils conviennent d'une stratégie. Chaque coordonnateur a une mission. Le coordonnateur des services locaux incite les CLSC à rehausser leur maintien à domicile et le coordonnateur de la longue durée demande aux CHSLD d'accélérer leur processus d'admission afin de libérer plus rapidement les lits de courte durée occupés par des personnes en perte d'autonomie. De son côté, le coordonnateur des services hospitaliers téléphone aux CH pour les informer des places disponibles dans le réseau et des possibilités d'actions. Un répondant raconte comment cette réunion se déroule :

« On se donne une heure, une heure et demi pour essayer de trouver une voie de passage rapidement pour donner un peu d'oxygène à l'hôpital. Ça se fait souvent très tôt le matin et, vers la fin de l'avant-midi, on est en mode de résoudre certains problèmes. On a déjà dit à l'hôpital : « On a quelques places. Il faudra que ton département fasse le pairage des cas et tu pourrais avoir accès à telles places, à tel endroit. »

Analyse. Les tâches sont définies entre les coordonnateurs en fonction de la clientèle que chacun dessert. Par conséquent, il ne semble pas y avoir d'ambiguïté des rôles et des responsabilités au niveau des coordonnateurs. Puisque les rôles sont clairement définis, cela contribue probablement à diminuer les conflits potentiels entre ceux-ci, ce qui peut augmenter l'efficacité du processus. Les coordonnateurs harmonisent leur action via des réunions que le directeur convoque. Ces réunions deviennent, par conséquent, le mécanisme de

liaison privilégié qui renforce l'action individuelle des coordonnateurs et qui permet l'instauration d'une synergie dans leur travail.

Comparativement aux solutions et alternatives proposées par la Régie adhoc, dont nous aurons un aperçu à la section 6.3.4, la Régie foncadhoc génère des « alternatives qui étaient assez connues », en ce sens que les pistes d'action qui sont proposées sont des solutions peu créatives mais qui ont déjà fait leur preuve dans le réseau. Avec les éléments dont nous disposons, il est cependant difficile de mettre à jour précisément les phénomènes structuraux qui expliquent que la Régie foncadhoc démontre moins de créativité que la Régie adhoc dans la recherche de solution. Soulignons néanmoins que Mintzberg (1979) reconnaît que l'adhocratie, qu'il appelle dans sa typologie de 1989 l'organisation innovante, a un plus grand potentiel d'innovation. Nous reviendrons sur la créativité des solutions aux sections 6.3.4 et 6.3.7.

6.3.1.5 Un suivi par téléphone

Les démarches des coordonnateurs et du directeur de la DCSC permettent aux CH de transférer rapidement quelques personnes âgées en perte d'autonomie en CHSLD ainsi que d'autres clientèles en centre de réadaptation. Pendant ce temps, les CLSC rehaussent leur maintien à domicile pour les personnes dont la perte d'autonomie est moins importante. Compte tenu de la situation qui s'aggrave, la direction de la DCSC, les directeurs des services professionnels des CH, les responsables des CHSLD et les responsables du maintien à domicile des CLSC tiennent une conférence téléphonique chaque matin. Cette conférence est l'occasion de faire le point sur la situation dans les urgences et d'évaluer si les mesures mises en places sont suffisantes :

« Quand on a à faire face à des périodes d'engorgement, où tous nos Centres hospitaliers sont engorgés, on faisait des conférences téléphoniques avec les dsp des hôpitaux et avec les gens de la longue durée et des CLSC pour faire le point, pour voir comment on interagissait et comment on trouvait ensemble les solutions. Qu'est-ce que les solutions ont donné ? Vous avez sorti combien de cas ? »

Cependant, malgré les efforts déployés, les CH d'un territoire ne sont que partiellement soulagés. Les urgences continuent à se remplir... Le débordement est majeur...

6.3.1.6 *Le plan de contingence est déclenché*

En février 1999, en raison du faible impact de la recherche de places dans le réseau et des autres mesures mises de l'avant, les directions des CH envisagent maintenant sérieusement l'achat de places dans le secteur privé afin de donner une marge de manœuvre à son personnel épuisé ainsi que pour offrir un meilleur service à la population. Au même moment et après en avoir discuté avec le comité de direction, le directeur de la DCSC lance son plan de contingence⁵⁸.

Analyse. Le directeur de la DCSC est responsable, sous réserve d'en avoir discuté avec le comité de direction de la Régie foncadhoc, de mettre en application le plan de contingence.

6.3.1.7 *Les CH envisagent l'achat de places dans le privé*

Au déclenchement du plan de contingence, le directeur de la DCSC prend une initiative. Après en avoir discuté avec le dg de la Régie foncadhoc, il convoque une rencontre où tous les dg des établissements susceptibles d'aider les urgences des hôpitaux sont réunis :

« Je vais voir mon dg pour lui dire que là la situation est rendue à un niveau où il faut que j'assoie les partenaires, je vais convoquer les dg pour les tenir au courant, pour qu'ils sachent qu'on est en période d'urgence. »

Lors de cette rencontre, les personnes rassemblées évaluent l'impact des actions mises de l'avant jusqu'à maintenant. Les dg des CH en profitent aussi pour faire des pressions sur les dg des CLSC et des CHSLD afin qu'ils contribuent davantage à alléger le poids qui pèse sur les urgences. Devant ces pressions, les dg des CHSLD cherchent à protéger leur mission et n'acceptent

⁵⁸ Le plan de contingence est un plan d'urgence dont le but est de gérer le surplus de l'achalandage saisonnier dans les urgences des CH de la région.

pas un surplus de clients qui viendrait mettre en péril la qualité de vie de leurs résidents. De leur côté, les CLSC veulent bien prendre en charge leur clientèle mais à la mesure de leur capacité budgétaire :

« Et le CLSC va dire : « *Je vais prendre en charge mes clients mais à la mesure de ma capacité budgétaire* ». Le CHSLD va protéger sa mission, il va dire : « *moi, je protège les gens qui sont hébergés.* » »

Ces commentaires irritent les dg des CH qui ont l'obligation légale de ne pas refuser de clients alors que leurs partenaires le peuvent :

« L'hôpital devient avec une certaine irritation en disant : « *c'est tout moi qui ramasse ça. Il n'y a personne ou rien d'ouvert autour.* » »

Ayant tout essayé et étant placé devant une situation difficile, les CH pensent alors se tourner vers de l'achat de places dans le privé. C'est vraiment en dernière analyse que cette solution est envisagée :

« L'achat de places, c'est la dernière mesure parce qu'elle est dispendieuse et elle dure un bout de temps. »

Le directeur de la DCSC et les dg d'hôpitaux tentent de négocier une solution pour financer cet éventuel achat de places afin de minimiser le plus possible l'important déficit que cette mesure de *dernier recours* entraînerait.

6.3.1.8 *Le directeur de la DCSC et le dg de la Régie foncadhoc dégagent un budget*

En discutant ensemble, le directeur de la DCSC et le dg de la Régie foncadhoc dégagent un budget qui servira à financer, bien que très partiellement, l'achat de places par les CH dans le réseau. Cette proposition est présentée au comité de direction de la Régie foncadhoc qui l'entérine. Pendant que le directeur de la DCSC et le dg tentent de trouver du financement, les professionnels de la Régie identifient les places disponibles dans le privé et qui sont accréditées par la Régie foncadhoc pour accueillir des personnes en perte d'autonomie.

Analyse. Les décisions de convoquer les dg ainsi que celles de dégager un budget pour financer de l'achat de places sont très centralisées à la DCSC et

à la direction générale. Le comité de direction semble avoir un rôle qui se limite à autoriser le versement de crédits aux hôpitaux. La centralisation de ce processus de prise de décision contribue probablement à l'accélérer.

6.3.1.9 Les CH procèdent à de l'achat de places

Une fois la décision acceptée par le comité de direction de dégager un budget pour de l'achat de places, les CH procèdent. Cependant, le budget octroyé par la Régie est nettement insuffisant pour couvrir les dépenses qu'entraîne l'achat de places dans le privé. Le gestionnaire d'un CH donne son point de vue :

« La régie avait donné un accord de principe pour qu'on procède à certains achats de places avec un petit budget qui était disponible. Mais l'ampleur des besoins avec ce que la Régie avait autorisé c'était différent. Si on c'était limité au financement de la régie, on aurait eu 80 personnes de plus dans l'hôpital ce qui n'a pas de bon sens. »

En conséquence, les CH accumulent un déficit important. Comme l'affirme un répondant :

« À ce moment-là, le déficit hospitalier était le four-tout. Les Centres hospitaliers achetaient des lits de longue durée à l'extérieur et le payaient à même leur budget. Même le rehaussement du soutien à domicile des CLSC était payé par le déficit des hôpitaux. »

La régie régionale décide de mettre fin aux activités reliées au plan de contingence à la fin du mois de mars 1999. De l'avis d'un répondant, il faudra attendre jusqu'en avril 2002 avant que la situation dans les urgences ne redevienne normalisée.

6.3.2 Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie foncadhoc

Un des traits caractéristiques de cette étude de cas est que l'action se déroule presque uniquement au niveau de la ligne hiérarchique et du sommet stratégique, là où, nous avons diagnostiqué que la Régie foncadhoc a les caractéristiques de la bureaucratie mécaniste. Il est important de conserver cette constatation en tête afin de ne pas généraliser les observations que nous faisons

ci-après à la dynamique du centre opérationnel qui a davantage les traits d'une adhocratie.

6.3.2.1 La spécialisation horizontale

La Régie foncadhoc est caractérisée par une forte spécialisation horizontale qui délimite les rôles et les responsabilités de chaque coordonnateur à l'intérieur de la DCSC. Dans l'étude de cas qui précède, le travail des trois cadres intermédiaires est coordonné à un échelon plus haut dans la hiérarchie, soit par le directeur de la DCSC, lors de réunions entre ceux-ci. Ces réunions deviennent, par conséquent, le mécanisme de liaison privilégié pour que l'action des coordonnateurs soit synergique. Cette division des tâches entre les secteurs de la DCSC est probablement efficace et efficiente compte tenu de la grande complexité de l'environnement dans lequel la Régie foncadhoc évolue (Mintzberg, 1979).

Le fait que le lancement du plan de contingence se fasse par le directeur de la DCSC et que le financement des achats de place se négocie entre le même directeur et le dg de la régie régionale semble aussi être le résultat d'une grande spécialisation horizontale et du regroupement des unités qui exclut du processus de prise de décision les directeurs des autres directions, si ce n'est que pour qu'ils donnent leur assentiment au comité de direction. Par ailleurs, rien ne nous permet d'affirmer que leur inclusion dans le processus serait aidant.

6.3.2.2 Une prise de décision centralisée

Une des portes d'entrée à la Régie foncadhoc est la ligne hiérarchique. Par ailleurs, même si c'est le coordonnateur qui est en interface avec les établissements, il s'en remet à l'autorité de son directeur avant d'entreprendre une action. C'est ce dernier qui décide du type d'intervention à mettre de l'avant. Par conséquent, la prise de décision est très centralisée, ce qui nous permet d'affirmer que la décentralisation verticale est faible dans ce dossier. Étant donné le caractère très politique de ce dossier, il est probablement préférable qu'une personne siégeant au comité de direction soit responsable de prendre les décisions reliées aux stratégies de libération des lits de courte durée qui ont un

impact sur le degré d'engorgement des urgences et donc, qui ont une implication politique et médiatique importantes.

6.3.2.3 Peu d'innovation

Les solutions mises de l'avant par la Régie foncadhoc dans cette étude de cas ont déjà fait leur preuve. Ce sont « des alternatives qui étaient assez connues ». Comparativement à la Régie adhoc, la Régie foncadhoc, qui est un hybride de bureaucratie mécaniste et d'adhocratie, génère moins d'alternatives créatives. Nous y reviendrons.

6.3.2.4 Réactivité

Un des éléments fondamentaux de cette étude de cas est le caractère réactif des stratégies de libération de lits de courtes durées de la Régie foncadhoc comparativement à la Régie adhoc qui est très proactive et préventive. En dépit de mesures mises de l'avant par le financement non-récurrent des « Mesures de désengorgement des urgences », la Régie foncadhoc adopte, somme toute, une position relativement passive devant les problèmes que vivent les urgences. En fait, il semble que ce soit les pressions politiques externes qui la font réagir. Cependant, il n'y a pas d'éléments clairement explicites qu'il s'agirait là d'un effet de la structure organisationnelle.

6.3.3 Évaluation du processus de prise de décision

Pour faire l'évaluation de la performance du processus, nous avons utilisé cinq dimensions proposées par Nutt (2000, 2002) qui se rattachent aux notions d'efficience et d'efficacité. Deux mesures permettent d'apprécier l'efficience des processus de prise de décision. La première est le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin jusqu'à son autorisation finale et la seconde est la mesure du temps écoulé entre l'autorisation finale de la décision et le moment où elle est mise en œuvre. En ce qui a trait aux mesures de l'efficacité, nous avons trois variables, soit celles de l'adoption partielle, de l'adoption intégrale et de l'appréciation globale des acteurs concernant la manière dont a été mené le processus. Pour compléter les critères d'efficacité des processus de Nutt, nous

avons demandé aux répondants de décrire les impacts positifs et négatifs du processus décisionnel.

6.3.3.1 Le temps : deux mesures d'efficacité

Le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin et l'autorisation finale de la décision est le premier facteur considéré. Dans cette étude de cas, étant donné que la Régie foncadhoc adopte une position réactive, il est plus juste de prendre le moment où le directeur des services professionnels d'un CH se manifeste. Cependant, il est difficile de fixer une date exacte puisque nous savons seulement que l'appel a été effectué à l'automne 1998. Puisque l'automne débute au 21 septembre et qu'il se termine le 20 décembre, la date qui scinde ces en deux ces dates sera considérée comme le moment où l'appel a été effectué. Cette date correspond au 4 novembre 1998. Puisque l'autorisation finale d'acheter des places est venue à la mi-mars, nous fixons cette autorisation au 15 mars 1998. Ce qui implique que le temps qui sépare ces deux événements est de 132 jours.

Quant à la mesure du temps écoulé entre l'autorisation d'acheter des places et sa mise en application, de l'avis d'un répondant du réseau, sa mise en application est instantanée puisque les CH n'attendent que cette décision pour acheter des places.

6.3.3.2 Adoption partielle et intégrale : deux mesures d'efficacité

L'adoption partielle évalue si la décision prise, dans ce cas l'autorisation d'achats de places dans le réseau, a été au moins partiellement appliquée et si elle perdure dans le temps. L'adoption intégrale consiste à savoir si la décision est appliquée de manière complète et entièrement telle qu'elle a été entérinée.

Au niveau de ce processus de prise de décision, nous pouvons affirmer que les établissements se sont entièrement conformés à la décision. Un répondant du réseau donne le commentaire suivant :

« Les hôpitaux sont en attente de cette décision. Par conséquent, dès que la régie autorise l'achat de place, les hôpitaux s'exécutent rapidement et mettent en branle un processus d'achat de places. Une semaine plus tard, les places achetées seront remplies. Les CH se conforment donc entièrement à cette décision. »

Par conséquent, nous pouvons conclure que la décision est intégralement et partiellement adoptée.

6.3.3.3 *Satisfaction globale du processus : une troisième mesure d'efficacité*

La troisième mesure d'efficacité est le jugement global des répondants sur la manière dont le Régie foncadhoc a passé à travers le processus. Pour l'évaluer, les répondants ont quatre choix de réponses qui figurent dans le tableau 35 suivant et pour lesquels une note est associée pour fin de comparaison entre les établissements.

Évaluation	note
Pas satisfaisant	1
Peu satisfaisant	2
Satisfaisant	3
Très satisfaisant	4

Tableau 35 : Échelle de satisfaction des répondants

Deux répondants se sont exprimés concernant ce processus. Un d'entre eux se dit *satisfait* et l'autre *pas satisfait*. Par conséquent, des six études de cas de ce mémoire, ce processus est celui qui engendre le moins de satisfaction avec une note de 2 / 4. Ce qui veut dire que le processus est jugé dans l'ensemble comme *peu satisfaisant* par les acteurs. Un des répondants est *satisfait* de la décision de la Régie foncadhoc car elle a permis l'achat de places. Par ailleurs, il juge que les sommes dégagées étaient insuffisantes pour mettre en œuvre cette mesure. Le répondant *insatisfait* estime que la régie régionale à cette époque était toujours en réaction et toujours en situation de crise alors qu'elle devrait pouvoir être plus proactive pour se sortir d'une situation perpétuelle de crise. Comme il le souligne :

« Gérer une crise c'est une chose mais gérer en situation de crise tout le temps, c'est une autre chose. »

6.3.3.4 *Les effets positifs et négatifs de la décision*

Pour compléter nos mesures de l'efficacité et de l'efficience de la décision, nous avons demandé aux répondants quels étaient les effets positifs et négatifs de celle-ci.

Si une telle décision permet de libérer les urgences des patients en attente d'hébergement de longue durée, elle peut aussi entraîner des effets pervers. Par exemple, le fait d'acheter des places en ressources privées oblige l'hôpital à gérer ces ressources en plus de ses opérations quotidiennes :

« Si l'hôpital finance 60 places d'accueil, c'est un mini centre d'accueil que l'hôpital doit gérer en plus de nos responsabilités propres. »

De plus, il semble que le sous-financement de cette stratégie de libération des lits de courte durée ait amené les hôpitaux à creuser un déficit important. Enfin, en permettant l'achat de places, les gens peuvent être hébergés trop rapidement. De cette façon, les établissements ne travaillent pas à faire regagner l'autonomie aux patients. Un évaluateur en donne un exemple :

« Une personne qui fait une pneumonie à 85 ans, il est possible qu'elle ait besoin de quelques semaines pour s'en remettre mais il ne faut pas héberger ces gens parce qu'ils ont fait une pneumonie. »

6.3.3.5 *Synthèse des mesures de performance*

En ce qui a trait aux mesures de performance du processus de libération des lits de courte durée, le tableau 36 de la page suivante résume les informations que nous avons colligées.

Mesures	Critères	Régie foncadhoc
Efficienc	Temps écoulé entre la reconnaissance et l'autorisation	132 jours
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'application	0 jours
Efficacité	Adoption partielle	Oui
	Adoption intégrale	Oui
	Évaluation globale	2 / 4 peu satisfaisant
Efficienc et efficacité	Effets positifs	Désengorge urgence
	Effets négatifs	-Réactivité -Creuse déficit des CH -Alourdis la gestion des CH -Patients ne regagnent pas leur autonomie

Tableau 36 : Évaluation de la performance de la Régie foncadhoc (SLLCD)

6.3.4 Études de cas: Les stratégies de libération des lits de courte durée orchestrées par la Régie adhoc

6.3.4.1 *Le directeur de la santé physique est préventif*

Le 24 août 2000, en constatant la hausse importante du taux d'occupation des civières à l'urgence du CH Z, le directeur de la santé physique de la régie régionale, qui est responsable de la mise en œuvre du plan de contingence⁵⁹, demande au directeur de la santé sociale de convoquer une réunion avec les dirigeants du CH Z et le CHSLD A d'un des territoires de la région :

« Le directeur de la santé physique interpelle le directeur de la santé sociale parce que c'est lui qui s'occupe de l'hébergement. En lien avec le plan de contingence, le directeur de la santé physique demande de convoquer une rencontre [entre la Régie adhoc, le CH Z et le CHSLD A]. »

Le directeur de la santé physique veut agir en prévention avant que la situation ne devienne critique.

Analyse. Dès l'amorce de ce processus, la structure de l'organisation joue un rôle primordial. Le taux d'occupation des civières est un indice qui met en

⁵⁹ Le plan de contingence est un plan d'urgence dont le but est de gérer le surplus de l'achalandage saisonnier dans les urgences des CH de la région.

branle la formation une structure par gestion de projet à la régie régionale. En effet, puisque c'est le directeur de la santé physique qui est à la tête du plan de contingence, cela lui confère l'autorité nécessaire pour demander à un autre directeur de même niveau hiérarchique, soit le directeur de la santé sociale, d'organiser une rencontre. Les effets de la structure matricielle se font donc ressentir.

6.3.4.2 *Une première rencontre entre la régie, le CH et le CHSLD A*

Un professionnel relevant du directeur de la santé sociale organise la rencontre. Cinq personnes sont présentes, soit le directeur de la santé physique, le directeur de la santé sociale et son professionnel, le coordonnateur de la gestion des lits du CH Z ainsi que le dg du CHSLD A. Ils font un état de la situation des personnes âgées en perte d'autonomie en attente d'hébergement qui occupent des lits de courte durée dans le CH Z. Le directeur de la santé physique a déjà une solution à proposer :

« Le directeur de la santé physique voulait qu'on regarde l'ouverture de 20 lits tampons de courte durée gérés par le CH Z. »

Cette solution implique que le CHSLD A, qui occupe une partie des locaux du CH Z, lui cède une partie de son espace. Cependant, le CHSLD est en désaccord. Il explique qu'il a besoin de cet espace pour accueillir des personnes en perte d'autonomie. Un professionnel explique la situation :

« Sur un des sites du CH Z, il y a une partie du site qui est louée au CHSLD A et le CH a dit : « *Moi, pour me créer une unité tampon, j'aurais besoin que vous me donniez de l'espace* ». À cette rencontre, le dg du CHSLD A a dit : « *Je ne peux pas redonner de l'espace. Je manque déjà d'espace.* » On s'est rendu compte qu'on ne pouvait pas faire ça. »

La solution est alors rejetée et la réunion est remise.

Analyse. On a ici un bel exemple de l'effet de la structure organisationnelle sur le processus de prise de décision via le concept de différenciation. Selon Lawrence et Lorsch (1967), la différenciation est définie comme étant la différence

dans l'orientation cognitive et émotionnelle parmi les gestionnaires de départements différents. Or, dans cet exemple, le directeur de la santé physique suggère la création d'unités tampons, une solution qui implique directement la participation d'un CH, sans apparemment tenir compte de l'impact de sa solution sur les autres établissements. Malgré qu'il soit le chef du plan de contingence, ce qui implique qu'il doit avoir une vision holistique et systémique du réseau, sa solution interfère avec les intérêts du CHSLD A. Par conséquent, il semble que même à l'intérieur d'une structure matricielle et même lorsqu'un gestionnaire devient chef d'un projet qui englobe plusieurs directions, la différenciation est toujours à l'œuvre et celle-ci encourage le gestionnaire à sélectionner les alternatives avec lesquelles il est plus connaissant ou celles vont dans le sens de ses intérêts ou de ceux de ses clients.

6.3.4.3 *Le comité de direction encourage le professionnel*

Afin d'informer le comité de direction de la régie régionale, le professionnel expose la situation à propos des personnes en attente d'hébergement occupant des lits de courte durée dans les CH. Puisque la situation est critique, le comité de direction mandate immédiatement le professionnel pour qu'il élabore des scénarios avec, non pas un, mais cette fois-ci, avec deux CHSLD du territoire, soit le CHSLD A et le CHSLD B. Le professionnel raconte :

« J'ai rencontré le comité de direction et j'ai présenté l'état de situation au 20 septembre 2000. Initialement, l'idée du directeur de la santé physique était de rencontrer le CHSLD A et le CH Z. Mais à cette présentation, le comité de direction, sous la recommandation du directeur de la santé physique, a ajouté le CHSLD B. Parce que là, on interpelle tous les partenaires pour leur demander ce qu'ils peuvent faire. Y a-t-il une solution que vous avez pour atténuer les problèmes que l'on vit ? J'ai dû convoquer ces deux CHSLD. »

Analyse. Les ordres que reçoit le professionnel proviennent de diverses sources. Dans cette étude de cas, le professionnel n'est pas seulement assujéti à l'autorité de son supérieur hiérarchique, le directeur de la santé sociale, mais il l'est aussi par rapport au directeur de la santé physique qui agit à titre de chef de projet par rapport au plan de contingence. Le comité de direction l'oriente aussi dans ses actions. On est bien loin du principe d'unité de commande des théoriciens classiques qui prescrit qu'aucun membre d'une organisation devrait

recevoir d'ordres de plus d'un supérieur. « La structure matricielle sacrifie le principe d'unité de commandement » (Mintzberg, 1979 : 163).

6.3.4.4 *Une alternative : les ressources intermédiaires (RI)*

Après avoir fait de nouvelles démarches et tenté, en vain, d'obtenir davantage d'espace dans ces deux CHSLD, le professionnel envisage une nouvelle solution. Il fait le pari que l'hôpital réfère probablement aux CHSLD des personnes dont la perte d'autonomie est plus légère que le type de clientèle que les CHSLD devrait normalement accueillir. Il croit aussi qu'il y a des gens qui sont en attente d'hébergement à leur domicile qui pourraient être référés à une ressource intermédiaire (RI) plutôt que d'être transférés dans un CHSLD. Le professionnel s'exprime :

« Moi, ce que je défendais, c'est que si on n'est pas capable d'ouvrir [des places] en CHSLD, les gens qui sont en attentes en CH sont peut-être en attentes pour un CHSLD. Mais les admissions [dans les CHSLD] ne sont pas seulement faites de gens qui sont en courte durée. Il y a aussi des admissions de gens qui viennent de leur domicile et qui doivent aller en CHSLD. Si on admet moins de [personnes provenant de leur] domicile en CHSLD, ça crée de la place pour admettre des personnes qui ont le profil [pour être admis en] CHSLD mais qui sont en CH dans des lits de courte durée. Ça c'est le pari que je faisais. Et je disais [au CH] : « *Probablement que dans vos gens qui sont actuellement orientés CHSLD, il y en a qui pourraient aller en RI. Mais parce qu'on n'a pas de RI spécifique, on ne le sait pas.* » »

Le professionnel estime donc qu'il serait profitable d'ouvrir des places en ressource intermédiaire (RI) qui sont des lieux d'accueil moins onéreux et qui s'occupent de clientèles moins lourdes. Cette solution semble prometteuse. Afin de vérifier si sa solution est viable et après en avoir discuté avec son directeur hiérarchique, le professionnel demande au directeur des ressources réseau, qui a pour mandat de s'occuper des finances des établissements du réseau, d'évaluer si les CHSLD ainsi que la régie régionale ont la capacité financière d'ouvrir des places en RI⁶⁰. Le professionnel raconte :

⁶⁰ Pour que des cas soient référés à une RI, il doit y avoir une entente signée entre celle-ci et un CHSLD.

« [...] Je rencontrais le directeur des finances [à la Régie régionale] pour voir si on ne pouvait pas aller du côté du CHSLD A pour ajouter des places en ressource intermédiaire. »

Bien que la réponse soit positive, le CH estime cette solution inadéquate puisque les personnes qu'il doit référer ont une perte d'autonomie trop importante pour être *prises en charge* par une RI. Le CH préfère plutôt l'ajout de places en CHSLD. Par rapport aux RI le CH se positionne :

« Écoutez, ne m'amenez pas quelque chose qui ne me sera pas utile ».

Mais l'opinion des personnes oeuvrant au sein du CH Z n'empêche pas le professionnel de continuer ses démarches. Il croit fermement que les RI peuvent aider à désengorger les urgences.

Analyse. Alors que l'action de l'étude de cas portant sur la Régie foncadhoc se déroule aux niveaux hiérarchiques supérieurs et est centralisée, l'action de la présente étude se déroule à la fois à tous les paliers hiérarchiques et paraît beaucoup plus décentralisée verticalement. Cette décentralisation dans le processus de prise de décision se manifeste par la marge de manœuvre que possède le professionnel en menant son projet de mettre sur pied des ressources intermédiaires (RI) et en ayant la possibilité de consulter le directeur des finances sur la faisabilité de son projet. Cette façon de procéder amène possiblement de l'efficacité dans le processus puisque, n'étant pas enchâssé dans une structure organisationnelle rigide, le professionnel peut demander directement, sans passer par la structure formelle, la participation de toutes les personnes susceptibles de l'aider dans son projet. La décentralisation est aussi horizontale. En effet, le directeur de la santé physique, qui est le responsable du plan de contingence, n'hésite pas à déléguer à la direction de la santé sociale l'orchestration des stratégies de libération des lits de courte durée.

6.3.4.5 *Les établissements sont invités à élaborer des scénarios*

Après une discussion entre le directeur de la santé sociale et son professionnel, le comité de direction de la Régie adhoc est mis au courant, par ce

même directeur, qu'il n'y a plus de places dans le réseau et qu'il est préférable d'en développer de nouvelles. Pendant ce temps, le professionnel discute à nouveau avec le CHSLD A et le CHSLD B. Il leur demande d'élaborer eux-mêmes des scénarios qui permettraient de trouver des places à l'intérieur de leurs murs. « On leur demandait des propositions écrites ainsi que les coûts associés », raconte un professionnel. Des démarches sont aussi entreprises par le professionnel auprès du Ministère pour connaître les procédures à suivre concernant les achats de places dans des ressources privées :

« J'ai regardé si on ne pouvait pas faire de l'achat de places. Pour y arriver, j'ai appelé au Ministère pour voir s'il avait de la documentation sur le sujet. La personne m'a parlé d'un document sur l'analyse d'un projet-pilote fait en 1999. J'ai téléphoné à une des régies régionales du Québec parce qu'eux avaient eu un projet d'achat de places. »

6.3.4.6 Les CHSLD proposent d'ouvrir des places

Au 20 octobre, dans une réunion organisée par la direction de la santé sociale, les dg et les directeurs des services professionnels des deux CHSLD proposent des solutions à la Régie adhoc et au CH Z. Le CHSLD A propose d'ouvrir cinq places et le CHSLD B, dix places. Pour trouver des places additionnelles, un des deux CHSLD aménage même certaines de ses chambres simples en chambres doubles. Cependant, le CH Z, aussi présent à la rencontre, affirme : « c'est un minimum de 26 places en CHSLD que j'ai besoin et pas des RI. » Il y a donc un manque à gagner de 11 places en CHSLD et il semble que le CH ne soit pas plus intéressé à l'ouverture de places en RI qu'il ne l'était auparavant. Cependant, le professionnel de la régie régionale n'est pas de cet avis. Il favorise plutôt de l'ajout de places en RI que de l'achat de places dans des ressources privées qui accueilleraient des personnes en plus grande perte d'autonomie mais qui sont plus onéreuses.

6.3.4.7 Une première autorisation

Suite à cette rencontre, le directeur de la santé sociale présente les propositions d'ouverture de places au comité de direction de la Régie. Le comité accepte de financer l'ouverture des quinze places en CHSLD. Il autorise aussi l'ouverture de 16 places dans une RI qui signera une entente avec le CHSLD A :

« Suite à la rencontre du 20 octobre, il y a sûrement eu des coups de téléphones qui se sont passés. Il y a eu une confirmation d'une autorisation par la Régie régionale sur les 16 places dans une RI. Ce qui veut dire que le directeur de la santé sociale, après la réunion, a rencontré ses collègues du comité de direction pour demander si la Régie pouvait s'engager à financer ces places. La réponse a été positive. Donc, 5 places au CHSLD A, 10 places au CHSLD B et 16 places en RI. »

Le comité de direction ne précise toutefois pas jusqu'à quel moment la RI recevra du financement. Cette autorisation constitue la première de deux dans ce processus.

Analyse. Le comité de direction est l'organe central de la Régie adhoc qui sanctionne toutes les décisions d'ordre stratégiques. C'est cette instance qui accepte le financement de ces places.

6.3.4.8 Ouverture de places et suivi par le professionnel

Afin de s'assurer que les établissements dépensent bel et bien l'argent pour de l'achat de places et non dans un autre but, le professionnel de la santé sociale entame un suivi auprès de ceux-ci. Il note que les places commencent effectivement à s'ouvrir. Le CHSLD A ouvre cinq places le 6 novembre 2000 et le CHSLD B, dix places le 13 novembre 2000. De plus, la RI, qui a un contrat avec le CHSLD A, ouvre quatre places le 20 novembre. Cette RI n'ouvre pas plus que quatre places par semaine pour laisser le temps à l'hôpital de trouver des personnes pour remplir les nouveaux lits disponibles.

6.3.4.9 Un bilan et de nouvelles alternatives

Le 8 novembre 2000, une nouvelle rencontre a lieu entre la direction de la santé sociale de la Régie adhoc et les représentants des deux CHSLD. On y fait un état de la situation et on y évalue l'impact des solutions qui ont été mises de l'avant depuis le 14 septembre 2000. La Régie régionale redemande s'il y a d'autres possibilités d'ouverture de places. Cependant, il semble que les établissements aient tout fait pour libérer de l'espace. On envisage alors d'utiliser les nombreux bâtiments des communautés religieuses pour ouvrir de nouvelles places. Cependant, après une étude sommaire des bâtiments, la Régie

abandonne l'idée étant donnée l'inadéquation des bâtisses pour recevoir des personnes en perte d'autonomie :

« Il fallait trouver de l'espace physique. On avait approché les institutions religieuses qui ont des installations physiques en surcroît. On a fait l'inventaire des installations religieuses pour se rendre compte qu'elles n'étaient pas adaptées. »

Analyse. La Régie adhoc fait preuve d'innovation dans sa recherche d'alternative en envisageant une solution inédite : l'utilisation de bâtiments de communautés religieuses. Mintzberg l'a souligné dans ses ouvrages de 1979 et de 1989, la configuration adhocratique a une excellente capacité d'innovation. Cette étude de cas semble confirmer cette observation. En effet, plusieurs éléments indiquent que la créativité des membres de la Régie adhoc est importante, notamment en ce qui a trait à la solution liée aux communautés religieuses, même si celle-ci ne s'est pas concrétisée. L'ouverture de places en RI pour des personnes en légère perte d'autonomie suggère la même chose.

Mintzberg (1979) mentionne les pièges de la bureaucratie mécaniste qui n'encouragent pas l'innovation : « la division poussée du travail, la différenciation marquée entre les unités, les comportements très formalisés et l'utilisation intensive des systèmes de planification et de contrôle » (Mintzberg, 1979 : 377). À part la différenciation marquée entre les unités, la Régie adhoc ne semble pas posséder de façon marquée les attributs typiques de la bureaucratie mécaniste qui n'encouragent pas l'innovation. Au-delà de cette affirmation, il est difficile de comprendre comment la structure affecte, dans cette étude de cas, la créativité des solutions proposées ici comparativement à ce que nous avons pu observer dans l'étude de cas précédente qui se déroule au sein de la Régie foncadhoc.

6.3.4.10 Le CHSLD B propose l'ouverture d'autres places en RI

Un peu plus tard, le CHSLD B propose à la Régie adhoc d'ouvrir 20 places en RI. Suite à la demande du professionnel de la santé sociale, la direction des finances (ressource-réseau) examine le nombre de places que la régie régionale peut autoriser, sur quelle période et à quel coût. Le Comité de direction se réunit par la suite pour prendre une décision relative à cette proposition. Il autorise le

financement de l'achat des 20 places dans une RI associées au CHSLD B et il fixe jusqu'au 1^{er} avril le financement des 16 places proposées lors de la première autorisation pour la RI associée au CHSLD A. Cette citation résume la deuxième série d'autorisations prises par le comité de direction de la Régie adhoc :

« Le 22 novembre, le directeur de la santé sociale, a amené ça au comité de direction. Le comité a accepté de financer 16 places dans la RI associée au CHSLD [A] et 20 places pour une autre RI [associée au CHSLD B]. Mais ces 20 places n'ont pas pu se concrétiser. Le comité de direction acceptait de supporter ces mesures jusqu'au 1^{er} avril 2001. »

Analyse. Le professionnel de la Régie adhoc dispose d'une autonomie suffisamment importante pour avoir recours à l'expertise du directeur des finances afin que celui-ci donne son avis sur la possibilité de la régie régionale et d'un CHSLD de la région de financer l'ouverture de RI. Le professionnel fait appel à un directeur qui est hiérarchiquement supérieur à lui pour arriver à ses fins sans être tenu de transiter par des mécanismes formels. Le directeur des finances participe donc dans une certaine mesure au processus de prise de décision lorsque vient le temps de trouver de l'argent. Ainsi, par ajustement mutuel, le professionnel a directement accès à l'expertise dont il a besoin, ce qui tend à démontrer la flexibilité de la structure adhocratique (Mintzberg, 1979).

6.3.4.11 Le plan de contingence est déclenché

Pendant ce temps et malgré les mesures mises en place, d'autres facteurs viennent aggraver la situation. Le manque de personnels médicaux et l'augmentation de l'achalandage sont deux facteurs importants qui viennent surcharger les urgences et qui obligent le directeur de la santé physique à lancer le plan de contingence le 3 janvier 2001. Un comité opérationnel, constitué de professionnels de la Régie adhoc, est formé. Il regroupe des participants de quatre directions. Tous les membres du comité opérationnels sont, pour le temps de la mise en œuvre du plan de contingence, sous l'autorité du directeur de la santé physique. Une véritable structure de gestion par projet est mise en place :

« C'est le directeur de la santé physique qui lance le plan de contingence. On forme un comité opérationnel interne où les professionnels concernés tombent sous la gouverne du directeur de la

santé physique. Ils vont appeler ceux qui s'occupent des urgences, des ambulances, tout le monde qui a affaires là-dedans, peu importe la direction dans laquelle tu te trouves. Ça devient comme une gestion de projet. À l'intérieur de ça, les jobs se *dispatchent*. C'est là que sont coordonnées les activités. Ce groupe interne se réunit tout au long de l'affaire. »

Analyse. La structure adhocratique prouve encore sa flexibilité. Dès le déclenchement du plan de contingence, la structure matricielle fait en sorte que toutes les personnes nécessaires au déploiement du plan de contingence sont regroupées sous l'autorité d'un chef commun tout en faisant en sorte qu'ils conservent tous leur directeur hiérarchique. Une telle structure encourage le travail d'équipe et peut-être efficace et efficace pour sortir rapidement les urgences de la crise.

6.3.4.12 Le travail du professionnel pendant le plan de contingence

Étant donné son travail de préparation, le professionnel de la direction de la santé sociale de la Régie adhoc n'a, pour l'essentiel, qu'à faire un suivi auprès des établissements lors du déploiement du plan de contingence. La situation est normalisée le 18 avril 2001 et les activités reliées au plan de contingence sont suspendues. Les professionnels *retournent* alors dans leur direction respective et ne relèvent plus du directeur de la santé physique.

6.3.5 Faits saillants de l'étude de cas sur la Régie adhoc

6.3.5.1 Une structure matricielle flexible

Cette étude de cas reflète en plusieurs points les caractéristiques d'une configuration adhocratique. En effet, tous les acteurs de l'organisation qui peuvent apporter leur expertise pour contribuer à libérer des lits de courte durée participent à divers degrés au processus et ce, sans égard à leur direction d'appartenance ou même, à leur rang hiérarchique. C'est ainsi que le professionnel de la direction de la santé sociale fait appel au directeur des ressources réseau (ou directeur des finances du réseau) pour évaluer les possibilités de la Régie adhoc et des deux CHSLD de financer des places en RI.

Les barrières entre les directions sont donc très minces et les mécanismes de liaison multiples, allant de la rencontre informelle à la structure matricielle (Galbraith, 1973).

Lorsque le plan de contingence est lancé, il est clair que c'est une structure matricielle qui se met en place. Le directeur de la santé physique devient le chef de projet et les acteurs des quatre directions se placent sous son autorité. Il en va de même au début de l'étude lorsque le directeur de la santé physique demande au directeur de la santé sociale d'organiser une rencontre avec quelques établissements du réseau. L'étude de cas remet aussi en question le principe de la chaîne de commande puisque le professionnel est placé sous l'autorité de son directeur hiérarchique, du directeur de la santé physique et du comité de direction simultanément.

6.3.5.2 Décentralisation horizontale et verticale

La décentralisation verticale est importante. En effet, le professionnel dispose d'une grande marge de manœuvre pour déployer son projet et pour consulter les personnes susceptibles (le directeur des finances) de l'aider dans ses démarches. Le simple fait de laisser le directeur des finances vérifier si la Régie adhoc et les CHSLD ont la capacité budgétaire de permettre l'ouverture de RI, décentralise horizontalement le processus de prise de décision puisqu'il permet à ce dernier d'intervenir dans le résultat de la décision. La décentralisation horizontale se manifeste aussi dans la délégation du directeur de la santé physique au directeur de la santé sociale pour orchestrer préventivement les stratégies de libération des lits de courte durée. En conséquence, la décentralisation horizontale est aussi importante.

6.3.5.3 Innovation

Comme nous l'avons expliqué dans une de nos analyses incluses avec l'étude de cas, il est difficile d'expliquer avec les éléments de notre cas et par des paramètres structuraux, pourquoi la Régie adhoc semble plus créative dans la formulation de ses solutions que la Régie foncadhoc. Pour tenter de comprendre ce phénomène, nous nous sommes référés à Mintzberg (1979) qui impute à

certaines paramètres, qu'il attribue à la bureaucratie mécaniste, la difficulté de susciter l'innovation. Ces paramètres sont : « la division poussée du travail, la différenciation marquée entre les unités, les comportements très formalisés et l'utilisation intensive des systèmes de planification et de contrôle » (Mintzberg, 1979 : 377). Or, comme nous en avons fait la démonstration au chapitre 5, les cadres intermédiaires de la Régie foncadhoc sont véritablement soumis à une configuration de bureaucratie mécaniste qui possède un haut niveau de formalisation du comportement, une forte différenciation de la structure, une division poussée du travail et des évaluations de performances que nous associons à un système de contrôle. Or, c'est précisément à ces niveaux hiérarchiques que se déroulent l'action de l'étude de cas de la Régie foncadhoc et les solutions proposées ne sont que peu innovatrices. De leur côté, les professionnels de la Régie adhoc sont soumis, dans une moindre mesure, à ces contraintes structurelles. Il est, par conséquent, possible que cela affecte la créativité des solutions proposées.

6.3.5.4 *Pro-activité*

Une des caractéristiques fondamentales de cette régie régionale est sa pro-activité dans le dossier. En effet, la structure de projet de la Régie adhoc se met en branle bien avant que le CH Z ne manifeste son désarroi devant l'engorgement de son urgence. Cependant, il n'y a pas d'éléments clairement explicites qu'il s'agirait d'un effet de la structure organisationnelle.

6.3.6 Évaluation du processus de prise de décision

Pour faire l'évaluation de la performance du processus, nous avons utilisé cinq dimensions proposées par Nutt (2000, 2002) qui se rattachent aux notions d'efficience et d'efficacité. Deux mesures permettent d'apprécier l'efficience des processus de prise de décision. La première est le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin jusqu'à son autorisation finale et la seconde est une mesure du temps écoulé entre l'autorisation finale de la décision et le moment où elle est mise en œuvre. En ce qui a trait aux mesures de l'efficacité, Nutt propose trois variables, soit celles de l'adoption partielle, de l'adoption intégrale et de l'appréciation globale des acteurs concernant la manière dont a été mené le

processus. Pour compléter les critères d'efficacité des processus de Nutt, nous avons demandé aux répondants de décrire les impacts positifs et négatifs du processus décisionnel.

6.3.6.1 *Le temps : deux mesures d'efficience*

Le temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin et l'autorisation finale de la décision est le premier facteur considéré. La reconnaissance du besoin est, dans ce cas-ci, liée à l'anticipation du directeur de la santé physique que les urgences débordent à la période des fêtes. Il lance, de manière préventive, un processus qui vise la libération des lits de courte durée dans le CH Z en date du 24 août 2000. L'autorisation finale n'est pas un événement singulier dans cette étude mais s'assimile à deux décisions distinctes. La première a lieu le 23 octobre 2000 et la seconde le 22 novembre 2000. Puisqu'il y a deux autorisations, nous utiliserons le nombre moyen de jours qui a été nécessaire pour autoriser chacune des deux décisions. Le tableau 37 suivant rapporte le nombre de jours qui sépare le moment où le processus a débuté et chacune des deux autorisations.

	Début du processus	Date des autorisations	Nombre de jours
Première décision	24-08-2000	23-10-2000	60
Deuxième décision	24-08-2000	22-11-2000	90
Nombre moyen de jours			75 jours

Tableau 37 : Nombre de jours qui sépare le moment où le processus a débuté et chacune des deux autorisations

Ce qui implique que le nombre moyen de jours depuis la reconnaissance du besoin jusqu'à l'autorisation finale est de 75 jours.

La seconde mesure de l'efficience, est le temps écoulé entre le moment où l'autorisation est donnée et son application. Pour trouver le temps moyen écoulé, nous devons d'abord calculer le nombre de jour qui s'est écoulé entre chaque décision et sa mise en œuvre. Le tableau 38 suivant donne la moyenne estimée du temps écoulé entre ces deux moments.

	Date moyenne de l'autorisation	Mise en œuvre de la décision	Nombre de jours
Première autorisation	23-10-2000	06-11-2000	14
	23-10-2000	13-11-2000	21
	23-10-2000	20-11-2000	28
Deuxième autorisation	22-11-2000	Solution abandonnée	-
Nombre moyen de jours			21 jours

Tableau 38 : Nombre moyen de jours écoulés entre l'autorisation des décisions et leur mise en œuvre pour les deux décisions

Le nombre moyen de jours écoulé entre la première décision et sa mise en œuvre est de 21 jours. Étant donné que le CHSLD B n'a pas poursuivi son initiative d'ouvrir 20 lits en RI, la seconde décision n'a jamais été mise en œuvre.

6.3.6.2 *Adoption partielle et intégrale : deux mesures d'efficacité*

L'adoption partielle évalue si la décision prise, dans ce cas-ci l'autorisation d'ouvrir des places additionnelles dans deux CHSLD et dans deux RI, a été au moins partiellement appliquée et si elle perdure dans le temps. L'adoption intégrale consiste à savoir si la décision est appliquée de manière complète et entièrement telle qu'elle a été entérinée. Pour évaluer si les établissements se sont conformés ou non aux deux moments de la décision, nous traitons l'adoption sans différencier les deux moments de la décision. Au niveau de la première autorisation, les établissements ont adopté la décision de manière à la fois partielle et intégrale. Quant à la seconde décision, l'établissement ne s'est pas conformé à ce qu'il avait lui-même proposé de faire. Par conséquent, la décision est partiellement adoptée mais elle ne l'est pas de façon intégrale.

6.3.6.3 *Satisfaction globale du processus : une mesure troisième d'efficacité*

La troisième mesure d'efficacité est le jugement global des répondants sur la manière dont le Régie adhoc a passé à travers le processus. Pour l'évaluer, les répondants ont quatre choix de réponses qui figurent dans le tableau 39 suivant et pour lesquels une note est associée pour fin de comparaison entre les établissements.

Évaluation	note
Pas satisfaisant	1
Peu satisfaisant	2
Satisfaisant	3
Très satisfaisant	4

Tableau 39 : Échelle de satisfaction des répondants

Pour ce processus, les deux répondants se sont dits *très satisfait*. La Régie adhoc reçoit une note de 4 / 4 pour ce processus. Comme le témoigne un répondant de la Régie :

« Dans le contexte, je dirais très satisfaisant compte tenu des ressources disponibles car nous ne pouvions pas nous engager à long terme. C'était ça notre problème. On a associé tous les partenaires dans la démarche. »

6.3.6.4 *Les effets positifs et négatifs de la décision*

Pour compléter nos mesures d'efficacité et d'efficience de la décision, nous avons demandé aux répondants quels étaient les effets positifs et négatifs de celles-ci. Les effets positifs du processus de prise de décision semblent avoir été très profitables pour le réseau à plusieurs niveaux. Un répondant d'un CHSLD raconte :

« Les listes d'attente sont moins longues, le délai d'attente est moins long et les relations avec les partenaires se sont améliorées. »

Alors qu'un répondant estime qu'il n'y a pas d'impact négatif, un autre estime que :

« Les intervenants du réseau vivaient de l'insécurité par rapport à l'achat de place dans le privé en RI. Malgré une évaluation des ressources, ils étaient inquiets de la qualité des services puisque ces ressources ne font pas parties du réseau. Ils avaient aussi des craintes par rapport à la continuité des services car les contrats avec les RI étaient arrêtés dans le temps pour 3 à 6 mois. »

Par conséquent, les impacts négatifs de la décision semblent davantage liés à l'incertitude que crée la venue d'une nouvelle mesure que des impacts tangibles.

6.3.6.5 Synthèse des mesures de performance

En ce qui a trait aux mesures de performance du processus de libération des lits de courte durée, le tableau suivant résume les données que nous avons analysées.

Mesures	Critères	Régie adhoc
Efficience	Temps écoulé entre la reconnaissance et l'autorisation	75 jours
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'application	21 jours
Efficacité	Adoption partielle	Oui
	Adoption intégrale	Non
	Évaluation globale	4/4 très satisfait
Efficience et efficacité	Effets positifs	Liste d'attente et délai moins longs, meilleures relations avec le partenaire
	Effets négatifs	Craintes des intervenants

Tableau 40 : Évaluation de la performance de la Régie adhoc (SLLCD)

6.3.7 Conclusion : Les impacts différentiels des deux régies régionales sur les stratégies de libération des lits de courte durée

Les études de cas qui précèdent nous ont permis de jeter un regard sur la manière dont la structure organisationnelle de deux régies régionales de la santé et des services sociaux influence le processus de prise de décision en regard des stratégies de libération des lits de courte durée. Il conviendrait maintenant, dans une analyse comparative, d'explorer les relations de contingence entre la structure et la performance des processus de prise de décision comme nous l'avons fait pour les deux dossiers précédents. Cependant, il est difficile de comparer ces deux processus puisque les deux régies régionales n'ont pas *réagi* de la même manière devant le débordement des urgences. La Régie foncadhoc est réactive à ce qui se passe dans le réseau alors que la Régie adhoc est proactive par rapport à la situation de la principale salle d'urgence de sa région. Les performances des deux régies régionales sont tout de même colligées dans le tableau 41 suivant. Cependant, il est clair que les études de cas révèlent des différences structurelles importantes entre les deux organisations. Nous tenterons donc, lorsque cela sera possible, de dégager quelques constats sur les performances des processus de prise de décision des régies régionales.

Mesures	Critères	Régie foncadhoc	Régie adhoc
Efficienc	Temps écoulé entre la reconnaissance et l'autorisation	132 jours	75 jours
	Temps écoulé entre l'autorisation et l'application	0 jours	21 jours
Efficacité	Adoption partielle	Oui	Oui
	Adoption intégrale	Oui	Non
	Évaluation globale	2 / 4 = peu satisfaisant	4 / 4 très satisfait
Efficienc et efficacité	Effets positifs	-Désengorge des urgences	- Liste d'attente et délai et moins longs, meilleures relations avec les partenaires
	Effets négatifs	-Réactivité -Creuse déficit des CH; -Alourdis la gestion des CH; -Patients ne regagnent pas leur autonomie	-Craintes des intervenants

Tableau 41 : Évaluation comparative de la performance des processus de libération des lits de courte durée

6.3.7.1 *Efficienc*

La première chose qui frappe dans le tableau 41 ci-dessus est que la Régie adhoc est beaucoup plus efficace que la Régie foncadhoc sur le critère du temps écoulé entre la reconnaissance d'un besoin et son autorisation. Ce qui revient à dire que la Régie adhoc, qui agit en prévention, prend moins de temps pour autoriser de l'achat de places que la Régie foncadhoc qui est en réaction à une crise. Or, le sens commun nous indique que ce devrait être le contraire. Lorsqu'il y a une crise, on devrait s'attendre à ce qu'une régie régionale régisse plus rapidement afin de la résorber.

Quels sont les facteurs structuraux permettraient à la Régie adhoc d'être plus efficace que la Régie foncadhoc? La grande décentralisation verticale combinée à une spécialisation verticale faible, résultat de l'aplatissement de la structure, permet au professionnel de disposer d'une grande autonomie et de prendre une série d'initiatives qui accélèrent probablement le processus de prise de décision. À titre d'exemple, il rencontre lui-même le directeur des finances, via

une mécanique informelle, pour connaître les disponibilités financières de la Régie adhoc et des CHSLD eux-mêmes de financer de nouvelles places d'hébergements. En agissant de la sorte, le professionnel obtient probablement rapidement l'information dont il a besoin, ce qui lui permet de procéder rapidement à la prochaine étape qui mène à la création de nouvelles places d'hébergements dans le réseau.

Puisque le professionnel est la personne responsable, par le biais de la délégation du directeur de la santé physique et du directeur de la santé sociale, de veiller à ce que les CHSLD trouvent de nouvelles places, le professionnel a tout avantage à ce que le processus soit efficient. Il mettra donc tous les efforts nécessaires pour arriver rapidement à un résultat. De fait, nous en avons discuté au chapitre 5, le professionnel à la Régie adhoc est imputable de ses résultats alors qu'à la Régie foncadhoc, le discours des dirigeants laisse sous-entendre qu'il l'est mais à moindre niveau. Cette imputabilité peut aussi contribuer à accélérer le processus de prise de décision.

La décentralisation verticale est, dans ces études de cas, très faible à la Régie foncadhoc. Le peu de décentralisation verticale entraîne que l'action se déroule essentiellement au niveau des directeurs et des coordonnateurs qui sont des personnes très occupées dans l'organisation. Étant donné que ce sont des personnes dont l'emploi du temps est déjà rempli, prendre en main un dossier de plus, qui a passablement de teneur, augmente leur charge de travail déjà importante. Cette surcharge des gestionnaires, si elle s'accompagne de la gestion simultanée plusieurs autres dossiers prioritaires, peut diminuer l'efficacité des processus de prise de décision.

Au-delà de ces mécanismes structurels, d'autres facteurs peuvent expliquer la différence d'efficacité entre les deux structures. Étant donné que l'environnement de la Régie foncadhoc est plus complexe que l'environnement de la Régie adhoc, il est possible que cela alourdisse et ralentisse les processus de prise de décision, ne serait-ce que parce qu'il y a plus d'acteurs à prendre en considération dans les décisions.

La nature des effets indésirables ou secondaires de la décision à la Régie foncadhoc peut avoir aussi un impact sur le temps dévolu pour arriver à une décision. En effet, autoriser de l'achat de places qui engendre un déficit hospitalier important semble une décision beaucoup plus lourde de conséquence que d'autoriser l'ouverture de places additionnelles dans un CHSLD comme c'est le cas pour la Régie adhoc. Les effets potentiels de la décision peuvent donc aussi influencer l'efficacité de la décision.

Par ailleurs, la Régie adhoc fait beaucoup plus participer le réseau dans la construction de solutions que la Régie foncadhoc. Puisqu'il participe activement, il est possible que les CHSLD soient plus disposés à trouver des places additionnelles à l'intérieur de leurs établissements. Puisque la vitesse avec laquelle les établissements trouvent des places est directement proportionnelle au temps nécessaire pour la régie régionale à autoriser de l'achat de places, la participation active des établissements dans la recherche de solution accélère probablement le processus. Comparativement aux établissements de la région de la Régie adhoc, les établissements du réseau de la Régie foncadhoc ont un rôle beaucoup plus passif dans la formulation de solutions.

En ce qui a trait au second critère d'efficacité, soit le temps écoulé entre l'autorisation et l'application de la décision, ces critères ne sont pas comparables d'une régie régionale à l'autre. La raison en est simple. Il n'est pas surprenant que les établissements du réseau ne perdent pas une seconde à appliquer la décision de la Régie foncadhoc puisque ces derniers ne font qu'attendre cette autorisation pour libérer leur urgence. De l'autre côté, il est normal qu'il y ait un délai à la Régie adhoc avant l'application des mesures puisqu'il n'y a pas de crise dans ce réseau au moment où les autorisations sont données. Cette régie régionale agit en prévention.

6.3.7.2 Efficacité : adoption partielle et adoption intégrale

Les critères d'adoption ne nous sont que de peu d'utilité pour comparer les performances des régies régionales dans ce dossier. En effet, puisque les CH n'attendaient que l'autorisation de la Régie foncadhoc pour acheter des places, il

n'est pas étonnant que les établissements se soient entièrement conformés à la décision de la Régie foncadhoc. En ce qui a trait à la Régie adhoc, il n'y a pas d'adoption intégrale puisque le CHSLD B n'a pas mis en application une des mesures qu'il avait lui-même suggérée, soit d'ouvrir des places en RI. En conséquence, puisque pour une des régies c'est le réseau qui attendait impatiemment l'autorisation et que, dans l'autre, c'est un établissement qui ne s'est pas conformé à sa propre suggestion d'ouvrir des places en RI, nous ne pouvons considérer les critères d'adoption pour évaluer l'efficacité des processus de prise de décision des deux régies régionales puisqu'ils ne sont pas comparables.

6.3.7.3 *Efficacité : évaluation globale*

Par ailleurs, le critère d'évaluation globale de Nutt (2000, 2002) peut nous en apprendre davantage sur l'efficacité du processus. Dans l'ensemble, les évaluateurs de la Régie adhoc sont plus satisfaits que les évaluateurs de la Régie foncadhoc dans la manière dont la régie régionale a passé à travers ce processus. La principale raison qui explique cet état de fait semble être liée au caractère réactif de la Régie foncadhoc. Les répondants ont souligné qu'il était difficile d'intervenir lorsque « la gestion de crise devient la gestion quotidienne ». Considérant ce dernier facteur, il semble que la Régie adhoc soit plus efficace que la Régie foncadhoc. Cependant, il est difficile d'expliquer comment la structure influence la perception des acteurs en regard de ce critère d'efficacité.

Finalement, l'étude de cas révèle qu'au chapitre de l'innovation, la Régie adhoc semble plus performante que la Régie foncadhoc. En effet, la première propose des solutions plus inédites et n'hésite pas à sortir des sentiers battus comparativement à la seconde. Puisque les adhocraties sont reconnues pour être des structures qui favorisent l'innovation, il n'est pas étonnant de constater que la Régie adhoc est plus innovatrice que la Régie foncadhoc. Nous avons argumenté à la section 6.3.5.3 que la Régie adhoc possède davantage les attributs structurels qui favorisent l'innovation que la Régie foncadhoc. Mintzberg (1979 : 377) énumère « la division poussée du travail, la différenciation marquée entre les unités, les comportements très formalisés et l'utilisation intensive des systèmes

de planification et de contrôle » comme étant des paramètres structuraux qui ne favorisent pas l'innovation.

S'achève ici la description et l'évaluation de nos six études de cas que nous avons présentées dans un ordre croissant de complexité. En guise de conclusion, le prochain chapitre met à l'épreuve nos hypothèses de recherche, synthétise nos observations et dégage des apprentissages qui ont des implications pour la recherche et pour les praticiens.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION ET IMPLICATIONS

Notre itinéraire théorique nous a fait parcourir la littérature *managériale* sur la structure et les processus de prise de décision. Cette aventure nous a permis de construire un modèle théorique qui a servi de base pour échafauder nos hypothèses de recherche. Nous désirons, dans un premier temps, vérifier si ces hypothèses sont validées empiriquement par nos six études de cas. Dans un deuxième temps, les effets de la structure sur le déploiement des processus de prise de décision sont dévoilés. Nous mettons ensuite en évidence une série de facteurs externes à notre modèle qui pourraient être à l'origine des différences de performance entre les régions régionales. Considérant l'ensemble des facteurs influençant la performance des processus de prise de décision, nous serons à même de modifier notre modèle théorique pour le rendre plus fidèle à nos observations. Enfin, une série d'implications pour les chercheurs ainsi que pour les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est mis en relief.

7.1 Les hypothèses mises à l'épreuve

Nos quatre hypothèses de recherche, que nous avons présentées au troisième chapitre, reposent sur le postulat que la structure organisationnelle et la complexité des dossiers affectent la performance des processus de prise de décision. Pour tester ces hypothèses, nous avons sélectionné trois dossiers communs aux deux régions régionales qui suivent un ordre croissant de complexité. Le dossier présentant le plus faible degré de complexité est celui portant sur les « Orientations ministérielles en matière de planification des naissances ». Le « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » (PQDCS) démontre un degré un peu plus élevé de complexité alors que le dossier des « stratégies de libération des lits de courte durée » est présumé le plus complexe des trois dossiers.

Cependant, étant donné qu'une des deux régions agit de manière préventive en ce qui a trait aux « stratégies de libération des lits de courte durée » alors que l'autre est réactive aux événements, il est difficile de comparer leur

performance et, par conséquent, d'utiliser ce dossier pour valider nos hypothèses. Nonobstant cet inconvénient, nous l'employons tout de même, avec certaines réserves, pour nous donner des indices partiels sur l'exactitude de nos hypothèses de recherche. En conséquence, le dossier sur la « planification des naissances » nous permet de tester nos hypothèses relatives aux dossiers peu complexes alors que le « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » (PQDCS) sert de base de validation aux hypothèses se rapportant aux dossiers plus complexes. Quant au dossier sur les « stratégies de libération des lits de courte durée » il viendra en appuie au PQDCS pour mettre à l'épreuve nos hypothèses de recherche qui ont trait aux dossiers plus complexes.

7.1.1 Un dossier complexe, une adhocratie plus efficace?

Notre première hypothèse stipule que les dossiers plus complexes seront traités de manière plus efficace dans une structure adhocratique (matricielle) que dans une structure fonctionnelle. Cette hypothèse est fondée sur l'idée qu'une structure matricielle fait théoriquement intervenir plus de professionnels d'horizons différents dans un dossier. Les dossiers du PQDCS (Programme québécois dépistage du cancer du sein) et celui des stratégies de libération des lits de courte durée, qui sont plus complexes, ne tendent qu'à démontrer que très partiellement la validité de cette hypothèse. D'une part, le PQDCS ne dénote aucune différence d'efficacité entre les deux régies régionales. D'autre part, les répondants de la Régie foncadhoc, qui a une structure plus fonctionnelle, se sont dits moins satisfaits du processus de prise de décision que la Régie adhoc, principalement parce que leur organisation est toujours en gestion de crise plutôt que d'intervenir en prévention dans le réseau, ce qui milite en faveur d'une plus grande efficacité relative de la structure adhocratique.

En modifiant notre conception de l'efficacité et en la définissant comme étant la capacité de l'organisation de rencontrer les objectifs ministériels, nous aurions un plus grand support par rapport à cette hypothèse de recherche. L'objectif du Ministère était de créer un plus petit nombre de CRID pour chaque région. Alors que la Régie adhoc, qui a une structure adhocratique, s'est pliée à cette exigence, la Régie foncadhoc a préféré le *statu quo* dans sa région compte

tenu des pressions politiques qui s'exercent sur elle. Ainsi, beaucoup d'énergie a été consacrée dans le dossier à la Régie foncadhoc pour, finalement, ne pas amener de grands changements au niveau du nombre d'établissements dans la région qui offre le service.

Considérant ces résultats, nous concluons que nous avons une validation partielle de notre première hypothèse à savoir que les dossiers plus complexes sont traités de manière plus efficace par une structure adhocratique (matricielle) que dans la structure fonctionnelle.

7.1.2 Un dossier complexe, une adhocratie moins efficace?

La seconde hypothèse propose que les dossiers complexes seront traités de manière moins efficace dans une structure adhocratique que dans une structure fonctionnelle. Cette hypothèse est fondée sur l'idée que la structure adhocratique (matricielle) fait participer plus de personnes appartenant à des fonctions différentes et donc, que plus de temps sera nécessaire à faire un consensus sur les actions à entreprendre concernant une décision. Cette hypothèse n'est pas supportée par nos observations. D'une part, il n'y a aucune différence de performance entre les régies régionales au niveau du PQDCS. Cette constatation peut être, par ailleurs, le reflet de la similitude des structures des deux régies régionales qui avaient toutes deux, pour une grande période de temps, des structures fonctionnelles similaires. D'autre part, l'étude de cas portant sur les stratégies de libération des lits de courte durée tend plutôt à démontrer que c'est la Régie adhoc, soit celle ayant une structure matricielle, qui est plus efficace que la Régie foncadhoc dans le dossier. Par conséquent, notre hypothèse est entièrement invalidée.

7.1.3 Un dossier peu complexe, une structure fonctionnelle plus efficace?

La troisième hypothèse stipule que les dossiers peu complexes seront traités de manière plus efficace dans la structure fonctionnelle que dans la structure adhocratique. Cette hypothèse repose sur l'idée qu'un dossier peu complexe nécessite la participation d'une moins grande variété de professionnels

pour être mené à terme de manière efficiente. Par conséquent, puisque les dossiers sont souvent traités de manière intra-directionnelle dans une structure fonctionnelle, celle-ci sera parfaitement efficiente pour prendre une décision reliée à un tel dossier. Par contre, la structure adhocratique risque d'être moins efficiente étant donné qu'elle fait théoriquement intervenir plus de professionnels de différents horizons dans ses dossiers. Ayant plus de professionnels de différentes disciplines dans ses processus, plus de temps sera nécessaire pour arriver à un consensus sur une action à entreprendre, diminuant ainsi son efficience.

Nos observations invalident cette hypothèse puisque la Régie adhoc est plus efficiente dans le dossier sur la planification des naissances que la Régie foncadhoc. Cependant, en scrutant nos données, nous avons constaté que dans ce dossier, la Régie foncadhoc se comporte davantage comme une adhocratie en faisant intervenir en même temps deux professionnels de deux directions différentes dans le dossier, alors que la Régie adhoc se comporte comme nous nous attendions d'une structure fonctionnelle, en ne faisant réellement participer que le professionnel de la Direction de l'organisation des services dans le processus. En conséquence, en reformulant notre troisième hypothèse de manière à être plus près du rationnel implicite sur lequel elle est construite, l'étude de cas sur la planification des naissances la validerait. Nous reformulerions cette troisième hypothèse de la façon suivante : « Les dossiers peu complexes seront traités de manière moins efficiente à mesure que le nombre de professionnels provenant de différentes directions augmente ».

7.1.4 Un dossier peu complexe, une efficacité identique pour les deux structures?

La dernière hypothèse suggère que les dossiers moins complexes seront traités avec la même efficacité que ce soit par une structure adhocratique ou par une structure bureaucratique. Cette hypothèse repose sur le postulat que les dossiers peu complexes ne nécessitent pas la participation de plusieurs professionnels ayant des compétences complémentaires pour que le dossier soit traité de manière efficace. Par conséquent, l'homogénéité ou hétérogénéité des compétences des professionnels participant aux processus de prise de décision

affectera peu l'adoption de la décision par le réseau de la santé et des services sociaux. Les résultats de l'évaluation portant sur le dossier de la planification des naissances, qui est le dossier le moins complexe des trois, ne supportent pas cette hypothèse. En effet, l'étude de cas révèle que l'efficacité sur le critère de l'adoption partielle est plus grande à la Régie adhoc (structure matricielle) qu'à la Régie foncadhoc (structure fonctionnelle), ce qui infirme notre hypothèse.

7.1.5 Que retient-on de la performance des régies régionales?

En somme, alors que la première hypothèse ne reçoit qu'un support empirique partiel, les trois suivantes sont invalidées par nos études de cas. En conséquence, pris isolément, le niveau de complexité des dossiers semble être peu déterminant sur la performance des processus de prise de décision des deux régies régionales puisque la Régie adhoc, qui a une structure matricielle, est plus performante par rapport à nos critères d'évaluation et ce, indépendamment du niveau de complexité des dossiers.

En ce qui a trait à l'efficacité des processus de prise de décision, la Régie adhoc reçoit aussi une meilleure évaluation par les répondants. Cependant, puisqu'il nous a été difficile d'invoquer la structure organisationnelle pour expliquer les différences d'efficacité des processus de prise de décision entre les deux régies régionales, il semble plus plausible de croire que d'autres facteurs sont à la base des différences d'efficacité observées entre les deux régies régionales. Nous passerons en revue ces facteurs à la section 7.3.

Dans le dossier du PQDCS, les deux régies régionales possèdent des structures fonctionnelles très similaires et nous n'observons pas de différence d'efficacité ou d'efficacité entre elles. Cette constatation renforce à notre avis que la structure organisationnelle peut avoir un impact important sur la performance des processus de prise de décision.

7.2 L'influence de la structure sur le déploiement des processus de prise de décision

Les six études de cas suggèrent que la structure organisationnelle a un impact important sur la manière dont se déploie les processus de prise de décision. Les principales observations que nous avons faites pour chacun des dossiers sont synthétisées dans le tableau 42 de la page suivante. Nous tâcherons dans cette section de faire ressortir les principaux éléments qui illustrent comment la structure organisationnelle peut influencer les processus de prise de décision.

7.2.1 Les effets de la structure à la Régie foncadhoc

7.2.1.1 Des effets de la structure fonctionnelle

La structure fonctionnelle qui caractérise principalement la ligne hiérarchique et le sommet stratégique de la structure hybride de la Régie foncadhoc semble avoir un impact sur l'organisation du travail de tous les paliers hiérarchiques. Les effets de ce type de structure, qui encourage souvent les professionnels à travailler à l'intérieur de leur direction, se font aussi ressentir à l'intérieur des comités inter-directionnels. La cellule de coordination, créée pour orchestrer le « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » (PQDCS), opère à la manière d'une chaîne de montage où le professionnel-porteur intègre le travail effectué par les professionnels de chaque direction sans que ces derniers ne soient appelés à travailler en communs ou à avoir une vision globale du déploiement du programme.

L'étude de cas portant sur les « stratégies de libération des lits de courte durée » implique la participation de trois coordonnateurs qui opèrent de manière indépendante et dont le travail est intégré à un échelon plus haut dans la hiérarchie, soit par le directeur. Ce qui est caractéristique de la structure fonctionnelle dans des études de cas est que les professionnels travaillent de manière indépendante en fonction de leur spécialisation et que l'intégration du travail se fait à un niveau supérieur. Quant au dossier sur la « planification des

	Régie foncadhoc			Régie adhoc		
	Programme québécois de dépistage du cancer sein	Stratégies de libération des lits de courte durée	Orientations ministérielles en matière de planification des naissances	Programme québécois de dépistage du cancer sein	Stratégies de libération des lits de courte durée	Orientations ministérielles en matière de planification des naissances
Produits du processus	Désignation CDD / CRID	Autoriser l'achat de places / en réaction	Plan d'action en matière d'IVG	Désignation CDD / CRID	Autoriser l'achat de places / en prévention	Plan d'action en matière d'IVG
Type de structure	Fonctionnelle au sommet et adhocratique à la base	Fonctionnelle	Fonctionnelle au sommet et adhocratique à la base	Possiblement fonctionnelle au sommet et adhocratique à la base	Matricielle / aplatie	Fonctionnelle / Matricielle
Élément structurel clé du dossier	Cellule de coordination à la région régionale	Le directeur de la DCSC	Comité aviseur	Comité de coordination confié à un CH	Structure de projet	Comité aviseur
Mécanisme de coordination	Ajustement mutuel	Ajustement mutuel	Ajustement mutuel / standardisation de l'allocation des ressources	Ajustement mutuel	Ajustement mutuel	Ajustement mutuel
Décentralisation	Horizontale et verticale limitée à cellule	Centralisation à la DCSC	Centralisation à la DCSC	Horizontale extrême	Horizontale et verticale importantes	Centralisation à la direction de la santé physique
Mécanisme de liaison	Cellule de coordination	Directeur de la DCSC	Comité aviseur	Comité de coordination	Professionnel de la santé sociale	Comité aviseur
Formel / informel	Informel	Informel	Formel	Formel	Informel	Formel
Ligne hiérarchique	Absente	Importante	Importante	Absente	Absente	-
Spécialisation	Verticale faible / horizontale importante	Horizontale et verticale importantes	-	Verticale faible / horizontale importante	Verticale faible	Verticale faible / horizontale importante
Planification	-	-	?	-	-	-
Innovation	-	peu	peu	-	Bonne	-
Pressions politiques externes	Forte / Régie perméable aux pressions	Forte / Régie perméable aux pressions	Forte / Régie perméable aux pressions	Moyenne / Régie imperméable aux pressions	Faible / Régie imperméable aux pressions	Moyenne / Régie imperméable aux pressions
Efficience	Pas de différence entre les régions régionales	Plus grande pour la Régie adhocratique	Plus grande pour la Régie adhocratique	Pas de différence entre les régions régionales	Plus grande pour la Régie adhocratique	Plus grande pour la Régie adhocratique
Efficacité	Pas de différence entre les régions régionales	Plus grande pour la Régie adhocratique au niveau de la satisfaction des répondants	Plus grande pour la Régie adhocratique au niveau de l'adoption	Pas de différence entre les régions régionales	Plus grande pour la Régie adhocratique au niveau de la satisfaction des acteurs	Plus grande pour la Régie adhocratique au niveau de l'adoption
Problèmes particuliers	-	-	-	Comité de coordination au CH entraîne des problèmes entre la régie et le CH.	-	-

Tableau 42 : Grille synthèse transversale aux six études de cas

naissances », chaque professionnel reçoit des responsabilités en fonction de sa spécialité, à l'image de sa direction hiérarchique d'appartenance.

C'est peut-être dans le dossier portant sur les « stratégies de libération des lits de courte durée » que les effets de la structure fonctionnelle sont plus marqués puisque l'action de cette étude de cas se déroule au niveau de la ligne hiérarchique et du sommet stratégique là où, la Régie foncadhoc a les caractéristiques de la configuration d'une bureaucratie mécaniste. C'est d'ailleurs dans cette étude de cas que l'on observe la plus grande centralisation du processus de prise de décision comparativement aux deux autres dossiers.

7.2.1.2 Des effets de la structure adhocratique : des relations informelles

Nous avons noté au cinquième chapitre que le centre opérationnel de la structure hybride de la Régie foncadhoc possède les caractéristiques de l'adhocratie. Plusieurs éléments des études de cas confirment ce diagnostic. Dans le dossier sur le PQDCS, le professionnel-porteur profite de ses relations informelles pour piloter le dossier et outrepasser les canaux normaux de communication, ce qui semble avoir facilité ses démarches. S'il s'en serait remis à la mécanique de la ligne hiérarchique pour rencontrer les professionnels des autres directions, il est fort probable que l'efficacité du processus de prise de décision s'en serait trouvée négativement affectée. Faire fi de la structure hiérarchique qui chapeaute le centre opérationnel ne semble pas une action exceptionnelle dans les opérations quotidiennes de la Régie foncadhoc. L'extrait suivant étaye cette affirmation :

« À l'époque, nous, les professionnels, on travaillait beaucoup les dossiers ensemble même s'ils n'étaient pas de notre secteur. Disons que dans la culture de la direction ce n'était pas comme ça, les directions ne se parlaient pas mais, par contre, les professionnels eux voyaient la nécessité quand tu travaillais le dossier de travailler avec les gens qui étaient normalement intégrés dans le dossier. Alors on ne faisait pas les choses en catimini, on allait s'asseoir avec les autres professionnels et on leur disait, écoute, il faut que tu te joignes à nous. »

Cette citation démontre bien que les professionnels fonctionnent sur une base informelle et que la coordination entre eux passe par l'ajustement mutuelle, principal mécanisme de coordination de l'adhocratie (Mintzberg, 1979). De plus, cet extrait met en relief les dynamiques qui animent les différentes parties de l'organisation. Ainsi, alors que les relations entre les professionnels du centre opérationnel semblent fluides, il n'en va pas de même au sommet stratégique où il semble y avoir une certaine étanchéité entre les directions.

7.2.1.3 *L'hybridation de la structure*

Il semble que la structure hybride « bureaucratie mécaniste – adhocratie » de la Régie foncadhoc, combinée à la présence de la ligne hiérarchique, entraîne possiblement des problèmes importants de transmission de l'information entre la base de l'organisation et le sommet stratégique. Ceci est reflété de façon éloquente dans le dossier sur la « planification des naissances » où le dg reporte d'une année la décision du comité aviseur, décision qui avait été entérinée par le directeur intérimaire de la direction de la coordination et des services à la clientèle (DCSC). Le comportement du dg de reporter d'une année la décision du comité aviseur suggère que celui-ci ne semble pas être au courant des travaux qui se déroulent dans son organisation et que la communication entre lui et son directeur de la DCSC n'est pas optimale. Parmi une série de facteurs expliquant l'incohérence de cette décision avec les actions organisationnelles qui précèdent le report de la décision (l'envoi d'une lettre aux établissements annonçant la décision; l'autorisation de la décision par le directeur intérimaire de la DCSC), il est possible que l'hybridation de la structure (adhocratie à la base de l'organisation et bureaucratie mécaniste au niveau de la ligne hiérarchique et du sommet stratégique) constitue une *barrière naturelle* entre les professionnels et les coordonnateurs qui ralentit ou entrave la circulation de l'information de la base jusqu'au sommet stratégique. En effet, pouvant s'organiser entre eux, il est possible que les professionnels limitent leur recours ou le transfert d'information à la ligne hiérarchique.

7.2.1.4 Les changements de professionnels

En tout, pas moins de quatre professionnels de la direction de la coordination et à la clientèle (DCSC) se sont succédés dans le dossier de la « planification des naissances ». Ces changements fréquents de professionnels dans le dossier semblent indiquer soit un manque de planification au niveau des ressources humaines, un manque de *slack organisationnel* (Cyert et March, 1963), l'expression d'un environnement trop dynamique pour une structure de type fonctionnelle (Lawrence et Lorsch, 1967) ou encore une combinaison de ces différents facteurs.

S'il s'agit d'un manque de planification efficace des ressources humaines, cela signifierait que la Régie foncadhoc ne se comporte pas comme une bureaucratie mécaniste qui privilégie la planification de ses actions (Mintzberg, 1979). Or, il est possible que ce comportement soit lié à l'instabilité politique de l'environnement de la Régie foncadhoc. En effet, plusieurs dossiers qui entrent à la régie régionale ont un caractère imprévisible et souvent urgent⁶¹. Qui peut prévoir les crises politiques qui surgissent dans le réseau de la santé et des services sociaux et qui doivent être pris en charge par la régie régionale? Ces événements sporadiques contribuent, à notre avis, à rendre l'environnement dynamique et difficilement planifiable. En conséquence, il est possible que les dirigeants de la Régie foncadhoc préfèrent ne pas trop se fier à la planification puisqu'ils ne peuvent prédire sur quels dossiers leurs professionnels devront travailler dans un avenir rapproché.

D'un autre côté, les compressions budgétaires qui frappent le réseau depuis quelques années empêchent probablement les régies régionales de disposer d'un certain *slack organisationnel*⁶² qui leur permettrait de répondre de manière plus efficace aux dossiers imprévisibles qui entrent à la régie régionale. Ce *slack* pourrait se concrétiser par une banque de professionnels réservistes, pré-retraités ou retraités, prêts à prendre en charge des dossiers urgents.

⁶¹ Selon la présentation d'un ancien dg d'une régie régionale de la santé et des services sociaux du Québec.

⁶² Traduction libre : excès de ressources.

7.2.1.5 *Innovation*

La littérature reconnaît que la bureaucratie mécaniste génère, de par les caractéristiques de sa structure, peu de solutions innovatrices (Mintzberg, 1979). Dans le dossier des stratégies de libération des lits de courte durée, la Régie foncadhoc a plus tendance à suggérer des alternatives qui ont déjà fait leur preuve plutôt que de proposer de nouvelles avenues. Ce dossier est principalement pris en charge par les coordonnateurs et le directeur de la DCSC, soit aux niveaux supérieurs de la hiérarchie, c'est-à-dire là où la Régie foncadhoc a le plus les caractéristiques qui, selon Mintzberg (1979), entravent l'innovation. Ces caractéristiques sont : « la division poussée du travail, la différenciation marquée entre les unités, les comportements très formalisés et l'utilisation intensive des systèmes de planification et de contrôle » (p. 377). Puisque les solutions sont réfléchies à ce niveau de la hiérarchie, il est possible que cela explique que la Régie foncadhoc fait preuve de moins d'innovation que la Régie adhoc dans la formulation de solutions. La différenciation, telle que définit par Lawrence et Lorsch (1967), peut aussi expliquer cet état de fait. Chacun ne voyant les problèmes qui se vivent que du point de vue de son secteur ou de sa direction d'appartenance, n'étant que peu en contact avec leurs homologues du réseau et des autres directions ou secteurs, ils perdent l'occasion d'avoir une vision plus holistique du dossier et, par conséquent, la possibilité de générer des solutions plus créatives.

7.2.2 Les effets de la structure à la Régie adhoc

7.2.2.1 *Gestion de projet*

Le dossier sur les « stratégies de libération des lits de courte durée » est celui qui fait le plus ressortir les caractéristiques de la structure matricielle de la Régie adhoc parce que ce dossier est le seul qui débute et se termine alors que ce type de structure est bien ancré dans l'organisation. La gestion par projet, caractéristique de la configuration adhocratique (Mintzberg, 1979), est centrale dans ce dossier. Le directeur de la santé physique est responsable du plan de

contingence⁶³ et c'est lui qui lance les opérations pour prévenir l'engorgement des urgences. Étant à la tête du plan de contingence dans un contexte de structure matricielle, tous les professionnels qui sont appelés à participer à ce plan tombent sous son autorité :

« C'est le directeur de la santé physique qui lance le plan de contingence. On forme un comité opérationnel interne où les professionnels concernés tombent sous la gouverne du directeur de la santé physique. Ils vont appeler ceux qui s'occupent des urgences, des ambulances, tout le monde qui a affaires là-dedans, peu importe la direction dans laquelle tu te trouves. Ça devient comme une gestion de projet. À l'intérieur de ça, les jobs se *dispatchent*. C'est là que sont coordonnées les activités. Ce groupe interne se réunit tout au long de l'affaire. »

7.2.2.2 *Décentralisation horizontale, décentralisation verticale et autonomie*

Le directeur de la santé physique délègue les activités concernant les stratégies de libération des lits de courte durée à la direction de la santé sociale, ce qui met en lumière la décentralisation horizontale de la structure. D'un autre côté, la marge de manœuvre dont dispose le professionnel de la santé sociale témoigne de la grande décentralisation verticale qui existe à la Régie adhoc et de la capacité de ce dernier de se mouvoir dans la structure. En effet, il rencontre de sa propre initiative le directeur des ressources réseau (finances) pour évaluer la capacité financière de la régie régionale et de certains établissements du réseau d'ouvrir des places en ressource intermédiaire. Comme le souligne un professionnel :

« [...] Je rencontrais le directeur des finances [de la régie régionale] pour voir si on ne pouvait pas aller du côté du CHSLD A pour ajouter des places en ressource intermédiaire. »

La possibilité pour le professionnel de consulter une personne hiérarchiquement plus élevée qu'elle dans une autre direction, est probablement le fruit de la structure adhocratique qui est caractérisée, entre autres, par une faible étanchéité entre les directions (Mintzberg, 1979). Nous avons argumenté dans nos analyses que cette décentralisation verticale qui laisse plus d'autonomie

⁶³ Le plan de contingence est un plan d'urgence dont le but est de gérer le surplus de l'achalandage saisonnier dans les urgences des CH de la région.

aux professionnels pouvait être un facteur important d'efficacité des processus de prise de décision.

7.2.2.3 Une faible spécialisation verticale et une grande autonomie

La faible spécialisation verticale de la Régie adhoc est un paramètre structurel qui oriente l'organisation du travail de façon à ce que les professionnels soient à la fois ceux qui administrent et ceux qui exécutent le travail étant donné l'absence de cadres intermédiaires dans la structure. Ce double rôle qu'ils sont tenus d'assumer leur permet de jouir d'une grande autonomie dans l'accomplissement de leur tâche. Nos études de cas ainsi que les diagnostics des structures organisationnelles du cinquième chapitre suggèrent que l'autonomie des professionnels de la Régie adhoc est plus grande qu'à la Régie foncadhoc.

La faible spécialisation verticale se conjugue donc à une importante décentralisation verticale permettant ainsi aux professionnels de la Régie adhoc de jouir d'une grande autonomie.

7.2.2.4 Innovation

Les alternatives proposées par la Régie adhoc semblent plus innovatrices que celles de la Régie foncadhoc. À titre d'exemple, pour trouver de nouvelles places, les gestionnaires de la Régie adhoc ont envisagé d'utiliser les bâtiments des institutions religieuses :

« Il fallait trouver de l'espace physique. On avait approché les institutions religieuses qui ont des installations physiques en surcroît. On a fait l'inventaire des installations religieuses... »

Comme nous l'avons mentionné, Mintzberg (1979) décrit une série de paramètres structurels qui freinent l'innovation : « la division poussée du travail, la différenciation marquée entre les unités, les comportements très formalisés et l'utilisation intensive des systèmes de planification et de contrôle » (p. 377). Or, la Régie adhoc ne possède pas ces attributs. Par conséquent, il est possible que la structure ait joué un rôle sur sa capacité d'innovation. Cependant, l'étude de cas

demeure muette quant à la démonstration des mécanismes spécifiques qui aboutissent à la formulation d'alternatives créatives.

7.3 Des explications alternatives qui affectent la performance

Si la complexité des dossiers et la structure organisationnelle ont potentiellement des impacts différentiels sur la performance des processus de prise de décision, d'autres facteurs peuvent aussi les influencer. Cette section nous permettra de faire un tour d'horizon des variables qui affectent la performance des processus de prise de décision et qui ont été mises en évidence par nos études de cas.

7.3.1 Les caractéristiques des acteurs

Les acteurs qui participent aux processus de prise de décision ainsi qu'à la perpétuation de la structure ne constituent pas un bassin de personnes homogènes. Bien au contraire, chacun d'eux enrichit ou appauvrit la vie organisationnelle selon l'adéquation entre ses compétences, ses valeurs, ses attitudes, ses comportements et les caractéristiques de l'organisation dans laquelle il œuvre. Par conséquent, les qualités et les défauts des acteurs d'un système vont nécessairement avoir une incidence sur sa performance.

Dans trois de nos six dossiers, les caractéristiques liées aux professionnels semblent avoir contribué significativement à améliorer la performance des processus de prise de décision. À la Régie foncadhoc, la connaissance intime qu'a le professionnel-porteur de plusieurs de ses collègues semble avoir été un facteur de succès dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Il reconnaît lui-même que : « ça facilite les choses quand on connaît bien les gens comme je les connaissais. » Son sens de l'initiative à communiquer avec des gens du Ministère et à rencontrer de manière informelle des intervenants ont certainement contribué au succès des opérations.

À la Régie adhoc, le professionnel-porteur du dossier sur la « planification des naissances » possède aux yeux des répondants des qualités personnelles

qui semblent avoir été déterminantes dans le traitement du dossier. Un répondant dira de lui :

« Quand [ce professionnel] était là, il défendait bien ses dossiers. Il comprenait bien les enjeux et il positionnait les gens. Il était capable d'argumenter. Il était efficace. Il était engagé. Il avait du leadership là-dedans. »

Quant au professionnel de la Régie adhoc qui travaillé sur les « stratégies de libération des lits de courte durée », des commentaires venant de son directeur ne laissent pas de doute quant à son dévouement complet pour accomplir son travail de manière plus que satisfaisante. Notre propre expérience en tant que chercheur nous a aussi permis de constater qu'il était étonnamment méthodique, minutieux, engagé et disponible.

En ce qui a trait aux dossiers du PQDCS et du dossier sur les stratégies de libération des lits de courte durée à la Régie adhoc, nous manquons d'information pour pouvoir affirmer que les caractéristiques des professionnels aient pu avoir une incidence sur la performance de ces processus de prise de décision. Quant au dossier sur la planification des naissances de la Régie foncadhoc, nous croyons que la multitude de professionnels qu'a connu le dossier contribue, nous l'avons déjà mentionné, à diminuer la performance de ce processus de prise de décision.

Considérant la performance des processus de prise de décision, nous avons conclu que la Régie adhoc, possédant une structure adhocratique, était plus efficace et efficiente sur deux dossiers soient, la « planification des naissances » et les « stratégies de libération des lits de courte durée ». Or, nous rencontrons pour ces deux dossiers des acteurs qui ont pu faire une différence quant à la performance du processus de prise de décision.

7.3.2 Culture de l'organisation

Tunstall (1985) définit la culture organisationnelle comme étant un :

« Amalgam of shared values, behavior patterns, mores, symbols, attitudes, and normative ways of conducting business that, more than

its products or services, differentiate it from all other companies. »⁶⁴
(p.45)

Suivant cette définition, les régies régionales semblent se différencier sur deux aspects au niveau de leur culture. La Régie adhoc a davantage une orientation pro-active au niveau des stratégies de libération des lits de courte durée dont le but est de désengorger les urgences. Plutôt que d'attendre que le réseau se manifeste en demandant de l'aide, le directeur de la santé physique à la Régie adhoc entre en action dès les premiers indices d'un engorgement potentiel. Il semble donc y avoir dans cette organisation une culture préventive. La Régie foncadhoc adopte l'attitude inverse. Le directeur de la DCSC semble hésiter longuement avant d'intervenir malgré les pressions exercées par le réseau. Quand la Régie foncadhoc décide finalement d'intervenir, la crise est déjà bien en place. Sur cette dimension, elle semble avoir une culture organisationnelle plus passive et réactive que la Régie adhoc. Un répondant de la Régie foncadhoc souligne :

« ...On est toujours en réaction, toujours en situation de crise. T'as l'impression que tu ne vois jamais rien venir. »

Ainsi, face aux mêmes stimuli de l'environnement les directeurs de deux organisations ayant des missions identiques ne réagissent pas de la même manière. Comme le souligne Bouchikhi (1990) :

« ... ce qui serait une opportunité d'action pour un acteur dans une organisation donnée ne le serait pas nécessairement pour le même acteur s'il était dans une autre organisation ou dans une autre position dans la même organisation. » (p.75)

Cette différence d'attitude des acteurs dans les régies régionales face aux indicateurs du niveau d'engorgement dans les urgences, qui peut être le fruit de la culture organisationnelle, explique l'évaluation plus positive des répondants de la Régie adhoc sur l'efficacité de leur organisation comparativement aux répondants de la Régie foncadhoc. Par conséquent, la culture de l'organisation

⁶⁴ Traduction libre : Un amalgame de valeurs partagées, de patrons de comportements, de mœurs, de symboles, d'attitudes et de normes internes qui, plus que ses produits ou services, la différencie de toutes les autres compagnies.

semble avoir un impact déterminant sur la perception qu'ont les acteurs sur l'efficacité des régies régionales.

En plus d'avoir une culture préventive, divers éléments nous font croire que la Régie adhoc a une culture très consultative. D'une part, il faut souligner la manière dont l'organisation a orchestré la transformation de sa structure en 1996-1997. Ce sont les professionnels de la Régie adhoc qui ont participé à la définition de la structure adhocratique⁶⁵ et qui l'ont mise en place. Comme le propose implicitement Ranson, Hinings et Greenwood (1980), puis Greenwood et Hinings (1988), la structure informelle précède souvent la mise en place de la structure formelle et il est probable que ce soit le scénario qui se soit déroulé à la Régie adhoc étant donné que ce sont les professionnels qui ont participé à la conception de la nouvelle structure. L'étude de cas portant sur la « planification des naissances » révèle aussi la culture consultative de la Régie adhoc. Une telle culture peut expliquer que l'efficacité de ce processus de prise de décision soit plus grande sur le critère d'adoption de la décision à la Régie adhoc qu'à la Régie foncadhoc. En effet, puisque diverses instances ont été consultées dans le réseau de la Régie adhoc et que leurs recommandations ont été prises en considération, cela limite les chances qu'une décision soit rejetée par le réseau et, par conséquent, cela en augmente potentiellement son efficacité, à tout le moins sur le critère d'adoption.

7.3.3 Environnement politico-administratif

Avec près de trois fois plus d'établissements dans sa région et, surtout, un plus grand nombre de Centres hospitaliers de grande dimension, la Régie foncadhoc opère dans un environnement politico-administratif plus complexe et politisé que la Régie adhoc. Puisque les environnements de ces institutions sont, dans une certaine mesure, dissemblables, il n'est pas étonnant que ceux-ci affectent les relations de contingence qu'entretiennent la structure et les processus de prise de décision sur la performance de ces derniers. En d'autres termes, l'environnement politico-administratif est un facteur de contingence

⁶⁵ Ces propos ont été recueillis lors d'une conférence donnée par un des directeurs de la Régie adhoc qui a orchestré le changement de structure.

important qui a un impact sur la performance des processus de prise de décision. Mais comment affecte-t-il la performance des processus ?

Puisque les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Régie foncadhoc sont plus nombreux et que certains d'entre eux sont aussi plus puissants sur le plan politique que les établissements de la Régie adhoc, ils exercent une influence plus significative auprès des autres établissements, du Ministère et de la régie régionale. Cette influence politique peut altérer significativement les décisions prises par la régie régionale ou même anéantir les efforts déployés par ses intervenants. C'est ainsi que dans l'étude de cas sur le PQDCS, la Régie adhoc est en position de tenir tête à certains CH pour ne pas les désigner CRID alors que la Régie foncadhoc plie l'échine devant les pressions politiques de neuf CH et de leur CMDP. Bien que cette flexibilité de la régie foncadhoc face aux pressions politiques s'accompagne d'une certaine satisfaction du réseau, cela semble donner des résultats mitigés. Ainsi, que le nombre d'établissements qui agit à titre de CRID soit pratiquement identique avant et après le déploiement du PQDCS indique qu'il y a eu une somme considérable d'énergie de déployée inutilement pour tenter de diminuer le nombre de CRID dans la région :

« Je ne trouvais pas ça logique d'avoir deux hôpitaux à moins de 6 kilomètres qui seraient des CRID. C'était supposé se faire selon une distribution géographique mais il y a une dynamique régionale ici qui a dû être respectée. Je n'envisageais pas qu'il y ait 9 CRID [9 sites]. Au démarrage, on en a prévu moins que ça. Finalement, à peu près tous les hôpitaux sont devenus des CRID et ça m'embarrassait. »

Ainsi, la taille de la région évaluée en terme du nombre d'établissements ainsi que son dynamisme politique semblent avoir un impact sur la performance des processus de prise de décision. Nos observations nous portent à croire qu'il existe une corrélation entre le nombre d'établissements dans une région et la taille de la régie régionale. Or, si la taille de la région affecte la taille de l'organisation, il est aussi plausible de croire que la taille de l'environnement soit un facteur de contingence qui oblige les régies régionales à se structurer d'une manière plus ou moins hiérarchique. Ainsi, dans un environnement ayant un plus grand nombre d'établissements, il est possible que cela force la régie régionale à

adopter une structure plus hiérarchisée et plus fonctionnelle comme c'est le cas pour la Régie foncadhoc. Suivant cette logique, la plus petite taille de la région de la Régie adhoc donnerait à cette organisation l'opportunité de se structurer de manière moins formalisée et plus fluide comme dans une structure adhocratique.

7.3.4 Nos critères d'évaluation

Une autre explication peut être à la base des différences de performance que nous avons observées. Le choix de nos critères de performances peut avoir entraîné un biais dans l'évaluation des régies régionales. En effet, le PQDCS est un programme beaucoup plus large que la désignation des CDD et des CRID que nous avons utilisés comme critère d'évaluation. Le PQDCS a amené une série de changements tant au niveau des technologies bio-médicales, des technologies de l'information que de la formation des intervenants. Par conséquent, l'évaluation de la performance du processus de prise de décision à partir de la date d'accréditation par le Ministère pour les CDD et les CRID est un critère partiel. Pour tous les dossiers, les régies régionales auraient donc pu être évaluées sur des critères différents, ce qui auraient possiblement donné lieu à des performances différentes.

7.4 Un modèle théorique alternatif

Le chapitre 2 présente le modèle théorique que nous avons construit et dont nous nous sommes inspirés pour échafauder nos hypothèses de recherche. Ce modèle, reproduit dans le schéma 4 de la page suivante, n'a pas reçu le support empirique auquel nous nous attendions. En effet, trois de nos quatre hypothèses de notre recherche ont été invalidées par nos études de cas alors que la quatrième n'a reçu qu'une validation empirique partielle. Plusieurs raisons expliquent le manque de pouvoir prédictif de notre modèle théorique. Ce dernier se limite à identifier quatre facteurs qui peuvent avoir un impact sur la performance des processus de prise de décision. Parmi ces quatre facteurs, deux ont servi de fondation à l'échafaudage de nos hypothèses de recherche, soit la complexité des dossiers et le type de structure organisationnelle. En conséquence, ce modèle souffre de la principale maladie que l'on retrouve en recherche : le réductionnisme.

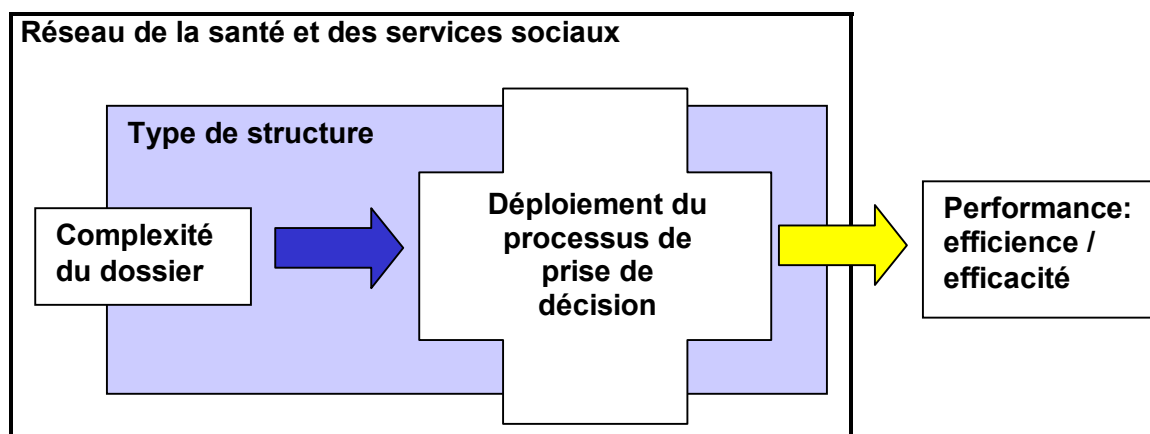


Schéma 4 : Les composantes de notre modèle théorique d'origine

La seconde grande limite est que nous avons considéré qu'il y avait une relation de causalité unilatérale entre la structure et la complexité des dossiers sur la performance des processus de prise de décision.

Or, nos études de cas portant sur le « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » démontrent clairement que les processus de prise de décision et la complexité des dossiers ont une influence sur la structure organisationnelle qui a, à son tour, une influence sur le processus de prise de décision. En effet, dans cette étude de cas c'est la venue du PQDCS qui précipite la création d'une cellule de coordination à la Régie foncadhoc. Par la suite, cette nouvelle unité structurelle a un impact sur le déploiement du processus de prise de décision. Incidemment, nos études de cas suggèrent qu'il y a un rapport dialectique entre la structure et les processus de prise de décision (Greenwood et Hinings, 1988). Ces deux entités s'influencent mutuellement, nous devons considérer que ces facteurs se structurent dans une interdépendance réciproque, les uns déterminant les autres dans une danse ininterrompue (Bouchikhi, 1990).

À la Régie adhoc, la venue du PQDCS change non seulement la structure même de la régie régionale mais la structure du réseau de la santé et des services sociaux. C'est donc dire que le processus de prise de décision a un impact sur la structure même de l'environnement de la régie régionale. En conférant à un CH de la région la coordination du programme, la régie régionale a contribué à changer la dynamique régionale entre les CH, pour le meilleur ou pour le pire. D'un autre côté, toutes les études de cas démontrent que le réseau

participe toujours au processus de prise de décision des régions régionales. Par conséquent, il semble y avoir un rapport dialectique entre le processus de prise de décision et l'environnement. Plusieurs auteurs parlent de l'influence de l'environnement dans la détermination de la structure (Lawrence et Lorsch, 1967; Hannan et Freeman, 1977) sans réellement considérer que celle-ci ainsi que les processus de prise de décision peuvent aussi affecter l'environnement de l'organisation.

Prenant en considération qu'il existe un rapport dialectique entre la structure et les processus de prise de décision et que ces derniers influencent la structure même de l'environnement, nous devons reconsidérer le modèle que nous avons proposé au chapitre 2 en y incluant aussi les variables que nous avons identifiées à la section 7.3. Considérant qu'il existe une relation d'interdépendance entre tous les facteurs que nous avons identifiés, nous en arrivons à un modèle théorique alternatif qui est présenté dans le schéma 5 suivant.

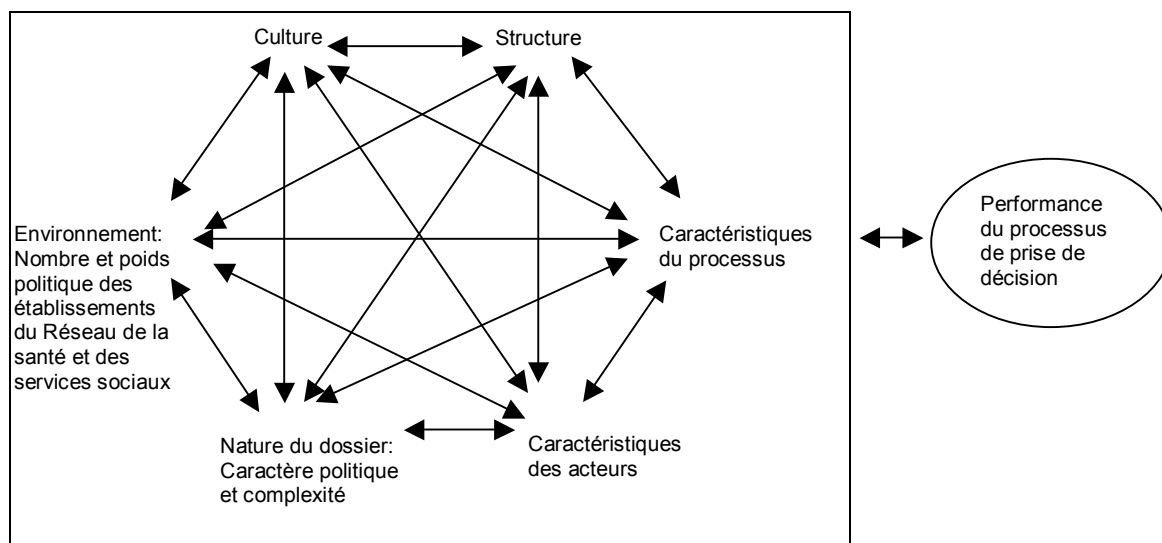


Schéma 5 : Modèle théorique alternatif

Ainsi, pour pouvoir comprendre la complexité qui anime la performance des processus de prise de décision dans les régions régionales, il faudrait tenir compte de l'ensemble des facteurs de ce modèle théorique alternatif tout en considérant que la performance elle-même des processus de prise de décision aura un impact rétroaction sur les différentes composantes du modèle. Nos

études de cas nous ont permis d'identifier que le type de structure (Mintzberg, 1979), les caractéristiques du processus de prise de décision (Mintzberg, 1976; Hickson, 1986; Nutt, 1984), la nature du dossier, c'est-à-dire son caractère politique et sa complexité (Hickson, 1986), la culture de l'organisation (Tunstall, 1985), le degré de complexité et le dynamisme de l'environnement (Mintzberg, 1979), ainsi que les caractéristiques des acteurs (Bouchikhi, 1990) sont tous des facteurs en interrelation qui déterminent la performance des processus de prise de décision, performance que nous avons définie en terme d'efficacité et d'efficience selon les critères de Nutt (2000, 2002). À ces concepts, il faudrait aussi ajouter celui de stratégie qui a aussi, de toute évidence, une incidence sur la performance des processus de prise de décision. Puisque nous n'avons abordé cette dimension qu'indirectement dans nos études de cas, ce facteur ne figure pas dans notre nouveau modèle théorique alternatif qui n'intègre que les apprentissages qui nous ont été révélés dans nos études de cas.

7.5 Implications pour la recherche

Il n'y a pas de doute, nos résultats de recherche démontrent bel et bien que la structure organisationnelle a des impacts importants sur les processus de prise de décision. Cependant, la multiplicité des facteurs qui s'influencent mutuellement et qui se renforcent pour affecter les processus de prise de décision, rend difficile l'appréciation de la performance de ceux-ci en ne tenant compte que de la structure organisationnelle. En d'autres termes, rendre compte de la performance des processus de prise de décision en ne considérant que la structure organisationnelle ainsi que la complexité des dossiers est un exercice réductionniste qui ne donne des résultats que partiellement concluants.

En conséquence, la complexité des phénomènes organisationnels semblent trop grande pour utiliser la perspective de la contingence qui ne met en relation que quelques variables (Miller et Friesen, 1984). Rappelons-le, nous avons tenté de démontrer que la performance des processus de prise de décision était fonction de l'adéquation entre la complexité des dossiers et le type de structure organisationnelle qui les traite. Or, nos résultats tendent à démontrer que la structure adhocratique est plus performante pour traiter les dossiers et ce,

indépendamment du niveau de complexité des dossiers. Par conséquent, nos hypothèses de recherche ont été invalidées. C'est pour cette raison que nous croyons que les chercheurs doivent utiliser des modèles plus complexes qui tiennent compte de plus de variables pour tenter de comprendre ce qui affectent la performance des processus de prise de décision. C'est dans cette optique que nous avons proposé un modèle alternatif (schéma 5) qui tient compte d'un plus grand ensemble de variables.

Pour dépasser le stade des simples relations de contingence, certains chercheurs tels que Morgan (1999) ont recours à différentes métaphores pour rendre compte de la complexité qui gît au sein des organisations. D'autres ont recours à l'établissement d'une série d'interrelations entre plusieurs variables qui mènent à des configurations qui sont des typologies (Mintzberg, 1979), des taxonomies (Miller et Friesen, 1984) ou encore à des archétypes (Greenwood et Hinings, 1988). Or, plutôt que de considérer uniquement les paramètres de conception de la structure pour comprendre leurs impacts sur les processus de prise de décision, il est impératif que les recherches ultérieures tiennent compte aussi de l'ensemble des facteurs de contingence exogènes (nombre d'établissements et leur poids politiques) que nous retrouvons dans notre modèle alternatif et qui affectent la performance des processus de prise de décision. Les facteurs endogènes tels que l'apport des acteurs, la culture de l'organisation, les caractéristiques des processus de prise de décision ainsi que la complexité et le caractère politique des dossiers (Hickson, 1986) sont aussi à prendre en compte.

L'utilisation de taxonomies et de configurations dans toutes leurs dimensions (structure, processus, stratégie, culture, acteurs, nature du dossier, environnement) semblent être une voie prometteuse pour la recherche qui nous permettra de mieux comprendre la complexité des événements qui affectent la performance des processus de prise de décision ainsi que ce qui influence leur déploiement. Par ailleurs, comme le souligne Bouchikhi (1990), la faiblesse des configurations est que la dimension diachronique des organisations s'en trouve évacuée. Cet auteur propose plutôt une perspective constructiviste des organisations qui permet « de concevoir la structuration des organisations comme la résultante, toujours inachevée, de processus dialectiques d'interaction entre

plusieurs phénomènes » (Bouchikhi, 1990 : 50). Ainsi, suivant Bouchikhi, il nous semblerait pertinent de considérer aussi la dimension diachronique de la performance des processus de prise de décision, c'est-à-dire d'évaluer les variations des performances des processus dans le temps en tenant compte des rapports dialectiques qui s'établissent entre non seulement la structure et les processus de prise de décision mais aussi entre les autres variables que nous avons identifiées au schéma 5.

Concernant le traitement des dossiers, nous croyons que les chercheurs auraient avantage à considérer ceux-ci dans toute leur plénitude et leur complexité et non se concentrer uniquement sur certains aspects. Ce n'est que de cette manière que les chercheurs pourront réellement goûter aux multiples implications des dossiers évitant ainsi d'en avoir une compréhension partielle. Dans l'éventualité où un chercheur voudrait faire une étude en utilisant la perspective de la contingence, il serait souhaitable dans une recherche future qu'il trouve des dossiers qui permettraient de tenir compte à la fois, comme variables indépendantes, des dimensions politique et de complexité des processus de prise de décision puisque, comme l'a démontré Hickson (1986), ces deux dimensions des dossiers affectent de manière importante les processus de prise de décision.

Reconnaissant la complexité du phénomène à étudier, nous croyons qu'il serait fécond de miser sur des méthodes qualitatives qui permettent aux chercheurs d'avoir un accès privilégié à l'organisation qu'il étudie. À cet effet, des études de type ethnographique pourraient être entreprises. En effet, il nous semble que cette méthodologie, où le chercheur participe activement à la vie organisationnelle, permettrait à celui-ci d'avoir accès à du matériel qui, autrement, serait difficile à saisir. Sans proposer spécifiquement ce type de méthodologie, Bouchikhi (1990) reconnaît tout de même la nécessité pour le chercheur de bien connaître l'organisation dans lequel il est appelé à s'investir :

« L'approche constructiviste considère que la structure formelle – organigramme, procédures opératoires, systèmes de contrôle de performances, etc. – n'est que la partie apparente d'un tout structurel où les règles informelles, les rapports de pouvoir, les systèmes de valeurs, les affinités personnelles, les liens de parenté, etc.

contribuent tout autant que les règles formelles à orienter l'action des acteurs en même temps qu'ils en résultent. En fait la structure formelle n'est que le sous-ensemble structurel officiellement reconnu ou désiré par les dirigeants d'une organisation. Ce sous-ensemble officiel peut ne représenter qu'une faible partie de la structure d'une organisation. C'est pour cela que l'étude approfondie des processus de structuration dans les organisations requiert de la part du chercheur un bon niveau de familiarité avec l'organisation étudiée parce que c'est la seul moyen d'accéder à la partie cachée de la structure et d'éviter de tirer des conclusions rapides en partant uniquement de ce qui est officiellement affiché soit par les dirigeants ou même par les exécutants. » (p.73)

7.6 Implications pour les gestionnaires

Considérant que la régie régionale dont la structure possède les caractéristiques de l'adhocratie (matricielle aplatie) démontre dans nos études une plus grande efficacité et une plus grande efficacité, est-ce à dire que l'ensemble des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec devraient adopter un tel type structure ? La réponse est non !

Selon Mintzberg (1979), le facteur le plus important à considérer avant de mettre en place une nouvelle structure est le dynamisme de l'environnement. À cet effet, il affirme que « plus l'environnement est dynamique et plus la structure est organique » (p.248). Il ajoute de plus : « un environnement dynamique induit une structure organique, même si d'autres facteurs de contingence, comme l'âge et la taille, jouent en sens inverse » (p.250). Incidemment, avant de proposer l'instauration d'une nouvelle structure, il est impératif d'évaluer le dynamisme de l'environnement d'une organisation. Étant donné que les réalités du réseau de la santé et des services sociaux varient de manière importante d'une région à l'autre, il est impossible de proposer un modèle homogène de structure à l'ensemble des régies régionales du Québec.

Les régies régionales qui ont tendance à être souvent en gestion de crise politique ou à devoir gérer une quantité importante de dossiers imprévus auraient avantage à considérer une structure plus organique et plus flexible telle que l'adhocratie opérationnelle (matricielle aplatie) de Mintzberg (1979). D'un autre côté, si l'environnement de la régie régionale n'est pas très turbulent, c'est-à-dire

qu'elle n'a pas tendance à connaître plusieurs crises politiques et qu'elle peut bien prévoir les dossiers qui vont lui être confiés, une structure bureaucratique ou encore un hybride comme celle de la Régie foncadhoc semblent alors être des avenues plus intéressantes.

Par ailleurs nous dit Mintzberg (1979), la bureaucratisation d'une organisation sera plus ou moins importante et sera davantage affectée par les autres facteurs de contingence dans les cas où l'environnement est stable :

« ...Dans un environnement stable, la structure sera plus ou moins bureaucratique selon ce qu'exigent les autres facteurs de contingence » (p.250).

La seconde dimension à considérer est la complexité de l'environnement. Les régions où l'environnement est relativement simple (peu d'établissements qui ont un faible poids politiques), les régies régionales gagneraient à être davantage centralisée. Par ailleurs, dans un environnement complexe, comme celui dans lesquels les deux régies régionales que nous avons étudiées évoluent, les dirigeants ont avantage à valoriser la décentralisation afin de rendre leur organisation plus performante. D'ailleurs, nos études de cas confirment que la grande décentralisation verticale à la Régie adhoc et la grande autonomie dont dispose ses professionnels se sont avérées des facteurs-clés de succès qui favorisent une meilleure performance et des processus de prise de décision.

Le tableau 43 ci-dessous, tiré de Mintzberg (1979 : 258), résume les caractéristiques de l'environnement dont il faut tenir compte pour le design d'une structure organisationnelle.

Caractéristiques de l'environnement		
	Stable	dynamique
Complexe	Décentralisé Bureaucratique	Décentralisé Organique
Simple	Centralisé Bureaucratique	Centralisé Organique

Tableau 43 : Les types de structure adaptés aux caractéristiques de l'environnement

S'il doit y avoir une cohérence entre l'environnement et la structure de l'organisation pour que cette dernière soit efficace (Lawrence et Lorsch, 1967 ; Mintzberg, 1979 ; Schoonhoven, 1981), il en va de même pour l'ensemble des paramètres de conception de la structure qui doivent démontrer une grande cohérence interne (Galbraith, 1977 ; Mintzberg, 1979). Considérant cette proposition, doit-on conclure que l'hybridation de la Régie foncière soit à l'origine d'une plus faible performance de ses processus de prise de décision ? Pas nécessairement. Comme l'affirme Mintzberg (1979 : 413) :

« ...D'autres hybrides paraissent être parfaitement logiques, et indiquer le besoin de répondre en même temps à plus d'une force légitime. »

Une de ces forces auxquelles les régies régionales font face est le contrôle exercé de l'extérieur qui s'est traduit concrètement par la venue de la nouvelle Loi sur la gouverne. Cette dernière rend le p.-d.g. imputable des résultats de l'organisation et permet ainsi au Gouvernement d'assurer un contrôle sur la nomination des hauts-gestionnaires dans le réseau. Or, Mintzberg (1979 : 259) émet l'hypothèse que « plus le contrôle externe qui s'exerce sur l'organisation est puissant, plus la structure de l'organisation est centralisée et formalisée. » Ainsi, la nouvelle Loi sur la gouverne est donc une force non négligeable qui peut inciter ou pousser les p.-d.g. à vouloir exercer un plus grand contrôle sur leurs subalternes pour améliorer la performance de leur organisation. Cependant, ce contrôle, s'il s'exerce sur les processus eux-mêmes, peut paradoxalement être nuisible pour la performance de l'organisation. En effet, nos résultats de recherche suggèrent qu'une plus grande décentralisation verticale et une plus grande autonomie des professionnels semblent avoir un effet positif sur l'efficacité des processus de prise de décision. Ces résultats s'appliquent aux régies régionales qui évoluent dans des environnements complexes (Mintzberg, 1979). Par conséquent, plutôt que de centraliser davantage les processus de prise de décision, les dirigeants auraient plutôt avantage à rendre les professionnels, les coordonnateurs et les directeurs plus autonomes et à exercer un contrôle uniquement sur les résultats à atteindre.

Compte tenu de la difficulté apparente de certaines régies régionales de planifier efficacement leurs ressources humaines, ce qui peut être le fruit de la relative instabilité politique de l'environnement, il serait aussi souhaitable que les directeurs des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec se dotent d'indicateurs formels de performances. En définissant des résultats précis et en ayant des indicateurs à leur disposition, les dirigeants auraient une meilleure prise sur les productions des professionnels à l'interne leur permettant de faire une gestion plus stratégique des ressources humaines et d'avoir une meilleure vision d'ensemble de l'évolution des dossiers de la régie régionale évitant du coup des prises de décisions controversées comme celle qui nous a été révélé dans le dossier sur la « planification des naissances » à la Régie foncadhoc.

Étant donné le grand niveau de complexité de l'environnement de la Régie foncadhoc, son dynamisme relatif ainsi que la tendance du réseau à mettre sur pied des programmes qui nécessitent de plus en plus l'action concertée de différents types d'établissements dans le réseau, il serait possiblement souhaitable que les régies régionales évoluant dans des environnements dynamiques et complexes s'orientent vers un modèle d'organisation par programme-clientèle (Charns et Tewksbury, 1993) afin de faciliter la synergie entre les établissements. Il s'agirait essentiellement de définir de grands ensembles de programmes-clientèles qui formeraient le cœur de l'organisation (santé publique, santé physique, santé sociale) et où les directions des finances et des ressources humaines seraient clairement identifiées comme des directions en support aux autres. Il nous semble que cette orientation aurait un impact stratégique sur le réseau qui faciliterait la mise en place d'un réseau intégré de services, bref qui favoriserait une action concertée dans le réseau.

Si envisager des directions structurées autour de programmes-clientèles n'est pas une option réalisable, nous recommandons dans ce cas un succédané en promouvant la prolifération de mécanismes de liaison inter-directionnels afin de diminuer l'étanchéité entre les directions des régies régionales. Il semble que ces organisations favorisent l'utilisation de comités *ad hoc* externes à la structure formelle. Cette solution, qui dynamise les relations inter-directionnelles, se révèle

être d'une certaine efficience et efficacité si l'on en juge par l'ensemble de nos résultats de recherche.

Dans un autre ordre d'idée, une de nos études de cas révèle que des problèmes substantiels sont survenus parce que la coordination d'un programme régional a été confiée à un établissement, plutôt que de demeurer à la régie régionale. Un répondant donne sa version des faits :

« Se vit à ce moment une forme d'ambiguïté parce qu'il y a des choses qui ne sont pas suffisamment clarifiées quant à la façon dont va s'exercer l'appuie de la régie et le rôle de coordination du Centre hospitalier. Les responsabilités ne sont pas assez établies. Ce qui est dit : « *vous devez répondre aux exigences du cadre de référence* », mais les attentes n'ayant pas été précisées clairement entre ce qui relève du CH et ce qui relève des rôles qui demeurent à la régie, a créé une certaine ambiguïté qui est associée à un manque d'écrits et de contrats à l'époque. »

Il semble donc que l'ambiguïté des rôles de chacun des établissements ait été un problème important dans la mise en œuvre du programme. Il semble donc préférable d'éviter ce type de pratique et de conserver à la régie régionale les programmes régionaux ou encore de circonscrire de manière très pointue le rôle et les responsabilités de la régie régionale ainsi que de l'établissement qui doit gérer un programme de portée régionale.

Plutôt que d'agir en réaction à des crises dans le réseau de la santé et des services sociaux, notre étude de cas portant sur les engorgements des urgences, plus précisément sur les « stratégies de libération des lits de courte durée », a révélé que les processus de prise de décision étaient plus efficaces et plus efficaces lorsque la régie régionale agit en tentant de prévenir la crise plutôt que d'être en réaction face aux engorgements des urgences. En effet, nos études de cas suggèrent, paradoxalement, que la prise de décision est plus lente en situation de crise et est moins satisfaisante pour les intervenants que lorsque l'organisation agit en prévention. De plus, en agissant en prévention, nos études de cas mettent en lumière que la régie régionale confie cette tâche à un professionnel alors qu'en situation de crise, c'est la ligne hiérarchique et le sommet stratégique qui sont monopolisés, privant ainsi les gestionnaires des

niveaux stratégiques et de l'encadrement de mettre leur énergie à coordonner d'autres dossiers.

Enfin, l'avenir laisse présager que le réseau de la santé et des services sociaux du Québec ne verra pas ses ressources tant humaines, matériels que financières augmenter de manière substantielle dans les prochaines années avec les vagues de rationalisations que nous connaissons depuis le début des années '90. Ne pouvant compter sur un ajout de ressources significatif, le réseau de la santé et des services sociaux devra faire preuve de plus en plus de créativité pour solutionner les problèmes auxquels le réseau devra faire face. C'est pourquoi, nous encourageons les décideurs à promouvoir des structures organisationnelles qui favorisent l'éclosion de la créativité des acteurs afin que le réseau puisse continuer à offrir des services de qualité à la population.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson, P.A. 1983. "Decision Making by Objection and The Cuban Missile Crisis", *Administrative Science Quarterly*, vol.28, p.201-222.

Bédard, R. 2000. *Les fondements de la pensée et de la pratique administratives – le losange aux quatre dimensions philosophiques*, Groupe de recherche humanisme et gestion, Écoles des Hautes Études Commerciales.

Burns, T., Stalker, G.M. 1961, 1971. *The management of Innovation*, Londre: Tavistock Publications.

Carter, E.E. 1971. "The Behavioral Theory of the Firm and Top-Level Corporate Decisions", *Administrative Science Quarterly*, vol.16, p.413-428.

Chandler, A.,D., 1962, 1989. *Stratégies et structures de l'entreprise*, Éditions d'organisation.

Charns, M.P., Tewksbury, L.J.S. 1993. *Collaborative Management in Health Care – Implementing the Integrative Organization*, San Francisco, éd. Jossey-Bass.

Child, J. 1972. "Organization Structure and Strategies of Control: A replication of the Aston Study", *Administrative Science Quarterly*, vol.12, p.163-177.

Clair, Michel, 2000. *Les solutions émergentes – Rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les sociaux, Gouvernement du Québec.

Cohen, M.D., March, J.G., Olsen, J.P. 1972. "A Garbage Can Model of Organizational Choice", *Administrative Science Quarterly*, vol.17, p.1-25.

Cyert, R., March, J.G. 1963. *A Behavioural Theory of the Firm*, Englewood Cliff, NJ, (ed) Prentice-Hall.

Delery, J.E., Doty, D.H., 1996. "Modes of Theorizing in Strategic Human Resources Management: Tests of Universalistic, Contingency, and Configurational Performance Predictions", *Academy of Management Journal*, vol.39, no.4, p.802-835.

Drazin, R., Van de Ven, A. H. 1985. "Alternative Forms of Fit in Contingency Theory", *Administrative Science Quarterly*, vol.30 : 514-539.

Eisenhardt, K.M., Zbaracki, M.J. 1992. "Strategic decision making", *Strategic management Journal*, vol.13, p.17-37.

Fayol, H., 1918, 1979. *Administration industrielle et générale*, Paris, éd. dunod.

Fredrickson, J.W. 1986. "The Strategic Decision Process and Organizational Structure", *Academy of Management Journal*, vol.11, no.2, p.280-297.

Galbraith, J., 1973. *Designing Complex Organizations*, Menlo Park: Addison-Wesley.

Galbraith, Jay, 1977. *Organization Design*, Menlo Park: Addison-Wesley.

Garvin, D.A., Roberto, M.A., 2001. "What you don't know about making decisions", *Harvard Business Review*, September: 108-116.

Giorgi, A. 1985. "Sketch of a Psychological Phenomenology Method", in Giorgi, A., *Phenomenology and psychological Research*, Pittsburgh: Duquesne university Press.

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1995. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*.

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1996. *Programme de dépistage du cancer du sein - cadre de référence*, Direction générale de la santé publique.

Greenwood, R., Hinings, C.R., 1988. "Organizational Design Types, Tracks, and the Dynamics of Strategic Change", *Organization Studies*, vol. 9, no. 3, p. 293-316.

Greiner, L.E., 1972. "Evolution and revolutions grow", *Harvard Business Review*, vol.50, no.4, July-August, p.37-46.

Hannan, M., Freeman, J. 1977. "The Population Ecology of Organizations", *American Journal of Sociology*, vol.83, p.929-964.

Hickson, D.J., Butler, R.J., Cray, D., Mallory, G.R., Wilson, D.C. 1986. *Top Decisions - Strategic Decision-Making in Organizations*, San-Francisco: Jossey-Bass.

Hinings, C.R., Greenwood, R., 1988. *The dynamics of strategic change*, Éditions Basil Blackwell, New York.

Hining, C.R., Hickson, D.J., Pennings, J.M., Schneck, R.E., 1974. "Structural Conditions of Intraorganizational Power", *Administrative Science Quarterly*, vol.19, p.22-44.

Kirby, M.J.L., 2002. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral – Volume cinq : Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie I*, Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Kirby, M.J.L., 2002. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral – Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*, Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Langley, A., 1990. "Patterns in the Use of Formal Analysis in Strategic Decisions", *Organization Studies*, vol.11, no.1, p.17-45.

Lawrence, P.R., Lorsch, J.W., 1967. *Organization and Environment - Managing Differentiation and Integration*, Boston: Harvard University Press.

March, J.G., Simon, H.A., *Organizations*, (ed) John Wiley and Sons, New York.

Massie, J.L. 1958. *Management Theory*, in March, J.G., *Handbook of organizations*, éd. Rand McNally, Chicago, 1965, p.387-422.

Miles, R., Snow, C. 1978. *Organizational Strategy, Structure and Process*. New York: McGraw-Hill.

Miller, D., 1987. "Strategy Making and Structure: Analysis and implications for performance", *Academy of Management Journal*, vol. 30, no.1, 7-32.

Miller, D., Friesen, P.H. 1984. *Organizations - A Quantum View*, Prentice-Hall inc., Englewood Cliffs, New Jersey.

Miller, S.J., Hickson, D.J., Wilson, D.C., 1996. "Decision-Making in Organizations", in Clegg, S., Hardy, C., Nord, W.R., *Handbook of Organization Studies*, Thousand Oaks, CA, (ed) Sage, p.293-312.

Mintzberg, H., 1979, 1982. *Structure et dynamique des organisations*, Paris: Éditions d'organisation.

Mintzberg, H., 1989. *Le management – Voyage au centre des organisations*, Paris: Éditions d'organisation.

Mintzberg, H., Raisinghani, D., Théorêt, A., 1976. "The Structure of "Unstructured" decision processes", *Administrative Science Quarterly*, vol.21, p.246-275.

Morgan, G. 1999. *Images de l'organisation*, 2^e édition, Les Presses de l'Université Laval.

Mucchielli, R., 1988. *L'analyse de contenu des documents et des communications*, éd. Entreprise moderne.

Nutt, P., 1984. "Types of Organizational Decision Processes", *Administrative Science Quarterly*, vol.29, p.414-450.

Nutt, P., 2000. "Context, tactics, and the examination of alternatives during strategic decision making", *European Journal of Operational Research*, 124, p.159-186.

Nutt, P., 2002. "Making Strategic Choices", *Journal of Management Studies*, vol.39, no.1, January, p.67-96.

Patton, M. Q. 1990. *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2nd edition, Sage publications, Newbury Park.

Pugh, D.S., Hickson, D.J., Hinings, C.R., Turner, C. 1968. "Dimensions of Organization Structure", *Administrative Science Quarterly*, vol.13, p.65-105.

Quinn, J.B. 1978. "Strategic Change: Logical Incrementalism", *Sloan Management Review*, fall, vol.20, no.1, p.7-19.

Quivy, R., Campenhoudt, L.V. 1995. "Manuel de recherche en sciences sociales", 2^e édition, éd. Dunod.

Ranson, S., Hinings, B., Greenwood, R. 1980. "The Structuring of Organizational Structures", *Administrative Science Quarterly*, vol.25, p.1-17.

Roy, M. 1999. « Les équipes semi-autonomes au Québec et la transformation des organisations », *Revue internationale de Gestion*, Dossier Afrique, vol.24, no.1, printemps, p.76-85.

Salancik, G.R., Pfeffer, J. 1974. "The Bases and Use of Power in Organizational Decision Making: The Case of a University", *Administrative Science Quarterly*, vol.19, p.453-473.

Savoie, A., Brunet, L. 2000. « Les équipes de travail : champ d'intervention privilégié pour les psychologues », in Lemoine et coll., *Traité de psychologie du travail et des organisations*, Dunod, chapitre 4, p. 171-202.

Schoonhoven, C.B., 1981. "Problems with Contingency Theory: Testing Assumptions Hidden within the Language of Contingency "Theory", *Administrative Science Quarterly*, 26, p.349-377.

Shrivastava, P., Grant, J.H. 1985. "Empirically Derived Models of Strategic Decision-Making Processes", *Strategic Management Journal*, vol.6, p.97-113.

Séguin, F., Chanlat, J.-F. 1983, 1992. *L'analyse des organisations – une anthologie sociologique - Tome 1 : Les théories de l'organisation*, Montréal, éd. Gaëtan Morin.

Simon, H.A., 1957. *Administrative Behaviour*, New York: Free Press.

Tenner, A.R., DeToro, I.J., 1997. *Process Redesign – The Implementation Guide for Managers*, ed. Addison Wesley Longman.

Thompson, J.D., Tuden, A. 1956. "Strategies, Structures, and Processes of Organizational Decision" in *Organizations and Beyond*, Toronto, editions Lexington Books, 1976, p.71-90.

Tunstall, W.B., 1985. "Breaking up of the Bell system: A Case Study in Cultural Transformation", *Gaining Control of the Corporate Culture* in Killman et al. (eds), Jossey Bass Publishers, Chapitre3, p.148-163.

Van de Ven, A.H., 1976. "A Framework For Organization Assessment", *Academy of Management Review*, vol.1, p.64-78.

Weick, K.E., 1976. "Educational Organizations as Loosely Coupled Systems", *Administrative Science Quarterly*, vol.21, no.1.

Yin, Robert K. 1994. « *Case study research : Design and Methods* », Sage publications, California.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d’entrevue sur la structure.

Annexe 2 : Grille d’entrevue sur le processus de prise de décision.

Annexe 3 : Diagramme de flux du « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » pour la Régie foncadhoc.

Annexe 4 : Diagramme de flux du « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » pour la Régie adhoc.

ANNEXE 1

Grille d'entrevue sur la structure

Régie: adhoc foncadhoc

Nom du répondant: _____

Titre du poste: _____

Description de votre poste : _____

Direction à laquelle vous appartenez : _____

Depuis combien de temps travaillez-vous à la Régie régionale? _____

Depuis combien de temps la Régie a-t-elle adoptée la structure actuelle? _____

Documentation : Organigramme et documents qui se rattachent à l'organisation du travail.
 Liste des différentes catégories d'emploi.
 Description de tâches des principales catégories d'emploi.
 Objectifs organisationnels et sur la manière dont ces objectifs sont élaborés

Fonctionnement

1. À l'aide de l'organigramme que vous m'avez remis, pourriez-vous m'expliquer le rôle et les fonctions de chacune des composantes qui y apparaissent?
2. Combien de personnes se retrouvent dans chaque direction?

Spécialisation horizontale :

Dans certaines organisations, les employés s'occupent de plusieurs tâches (par exemple, en GRH des personnes peuvent être responsables de l'embauche, des relations de travail, de la dotation et de la formation) tandis que dans d'autres organisations, les employés se spécialisent dans un seul type d'activité (par exemple, les relations de travail).

3. En général, comment sont répartis les tâches entre les employés à la Régie ?

Spécialisation verticale :

4. Pour chacune des directions, qui contrôle les résultats et les livrables?
5. De quelle autonomie dispose les cadres et les professionnels?

Formalisation

6. La description des tâches que vous m'avez remise est-elle conforme à ce que font réellement les gens? oui non
7. Si vous avez répondu non, expliquez-moi en quoi il y a des divergences.

Formation

8. Pour chacune des catégories d'emploi, quel est le niveau et le type de formation requis pour détenir ce poste ?

Regroupement en unité

9. Au niveau de l'organisation dans son ensemble, comment sont regroupés les unités?
 - a. Par fonction / spécialité (ex. programmation, finance, ressources humaines...)
 - b. Par groupe-clientèle (groupes santé physique, santé sociale, etc.)
 - c. À la fois par fonction et par groupe-clientèle

Système de contrôle et planification

10. Comment élaborez-vous les objectifs à atteindre pour les directions ?
11. Comment contrôlez-vous l'atteinte de ses résultats?

Mécanismes de liaisons

12. Comment est assurée la coordination entre les différentes directions ou groupes-clientèles à l'intérieur de l'organisation ?
13. Quels sont les principaux comités permanents?
14. Quels sont les principales équipes ad-hoc ainsi que leur rôle?
15. Quels sont les responsabilités des agents de liaison ?
16. Comment les contacts directs entre les gestionnaires aident-ils à assurer la coordination des activités ?
17. S'il arrive que des professionnels ou des gestionnaires soient encadrés simultanément par deux supérieurs, comment est distribuée l'autorité entre ces personnes qui encadrent leurs subalternes?
18. Comment assurez-vous la coordination entre la Régie et le réseau ?
 - comités permanents
 - équipes ad-hoc
 - agents de liaison
 - contacts directs entre les gestionnaires
19. Pour chacune des situations suivantes, comment les mécanismes de liaison sont-ils utilisés?

- a. Décisions relatives au personnel de la Régie?
- b. Décisions relatives à la réorganisation de la structure de la Régie régionale?
- c. Décisions relatives aux stratégies à long terme de la Régie régionale (organisation des services, philosophie de gestion)?
- d. Décisions relatives au contrôle financier du réseau?
- e. Décisions relatives au développement des services pour les établissements ou pour la population?

Décentralisation

- 20. Comment sont prises les décisions suivantes qui concernent la Régie régionale?
 - a. Décisions relatives au personnel?
 - b. Décisions relatives à la réorganisation de la structure de la Régie régionale?
 - c. Décisions relatives au contrôle financier du réseau?
 - d. Décisions relatives aux stratégies à long terme de la Régie régionale (organisation des services, philosophie de gestion)?
- 21. Qui y participent?
- 22. Comment sont prises les décisions importantes qui concernent le Réseau?
 - a. Décisions relatives aux développements des services pour le réseau?
- 23. Qui participent aux décisions concernant le réseau?
- 24. Que fait-on lorsque des problèmes inhabituels surgissent?

ANNEXE 2

Grille d'entrevue sur le processus de prise de décision

Dossier : _____

Régie: adhoc foncadhoc

Nom du répondant: _____

Titre du poste: _____

Description de votre poste : _____

Direction à laquelle vous appartenez : _____

Depuis combien de temps travaillez-vous à la Régie régionale? _____

Sur quels comités siégez-vous? _____

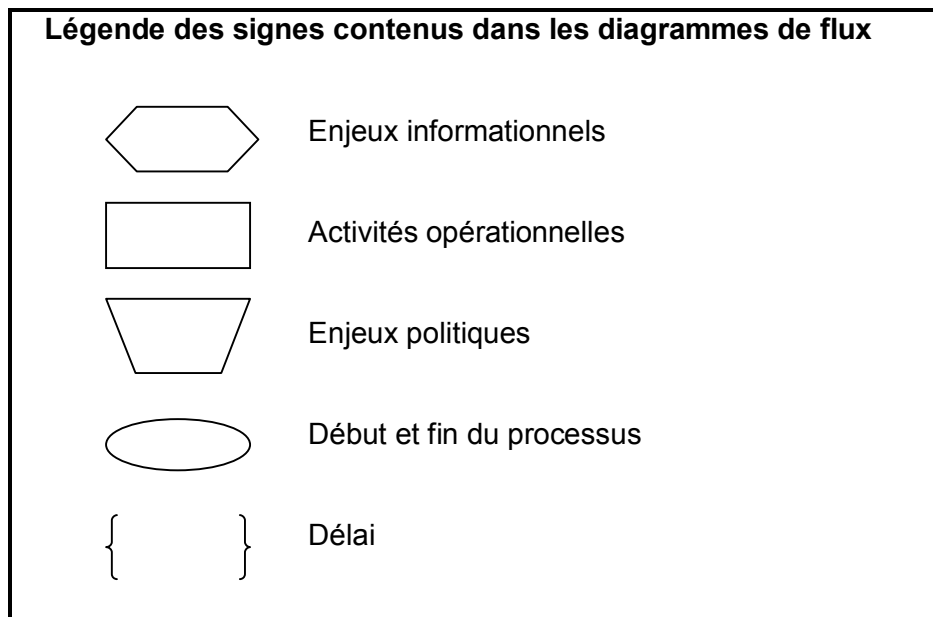
1. Quelle est la nature de ce dossier?
2. Pouvez-vous me raconter comment le traitement de ce dossier s'est déroulé en commençant avec son initiation jusqu'à la décision finale ?
3. Quel a été le rôle respectif de chacune des directions de la Régie dans le processus?
4. Si des acteurs externes faisaient parties du processus, quels ont été leurs rôles?
5. S'il y avait des procédures à suivre, quelles étaient-elles?
6. Comment avez-vous collecté les informations qui ont servi à prendre la décision?
7. Quels sont les solutions alternatives que le groupe a générées?
8. Qu'est-ce qui fait que ces alternatives n'ont pas été retenues?
9. S'il y a eu des coalitions qui se sont formées, de quelle nature étaient-elles?
10. Quelles ont été les sources de conflit dans ce dossier ?
11. Quelles ont été les causes d'interruptions ou de délais dans le processus?
12. Quelles ont été leurs durées?
13. Comment la décision finale a-t-elle été atteinte?
Consensus / majorité / une personne droit de veto / un homme récoltait les conseils / un seul homme
14. Qui a accordé l'autorisation finale à l'acceptation de la décision?
15. Y a-t-il d'autres informations pertinentes que vous pourriez me communiquer ?

Évaluation du processus

16. Une fois la décision entérinée, de quelle manière les personnes, les groupes ou les organisations touchés par la décision se sont-ils conformés à elle?
17. Quelle a été la durée du processus depuis la reconnaissance du besoin jusqu'à l'autorisation de la décision?
18. Une fois la décision autorisée, combien de temps a été nécessaire avant sa mise en œuvre?
19. Décrivez-moi les impacts positifs de la décision dans le réseau de la santé et des services sociaux ou sur la Régie?
20. Décrivez-moi les impacts négatifs de la décision dans le réseau de la santé et des services sociaux ou sur la Régie?
21. Dans l'ensemble, comment jugez-vous de la manière dont la régie régionale a orchestré ou supporté ce processus? pas satisfaisant / peu satisfaisant / satisfaisant / très satisfaisant
 - a. Pourquoi?

ANNEXE 3

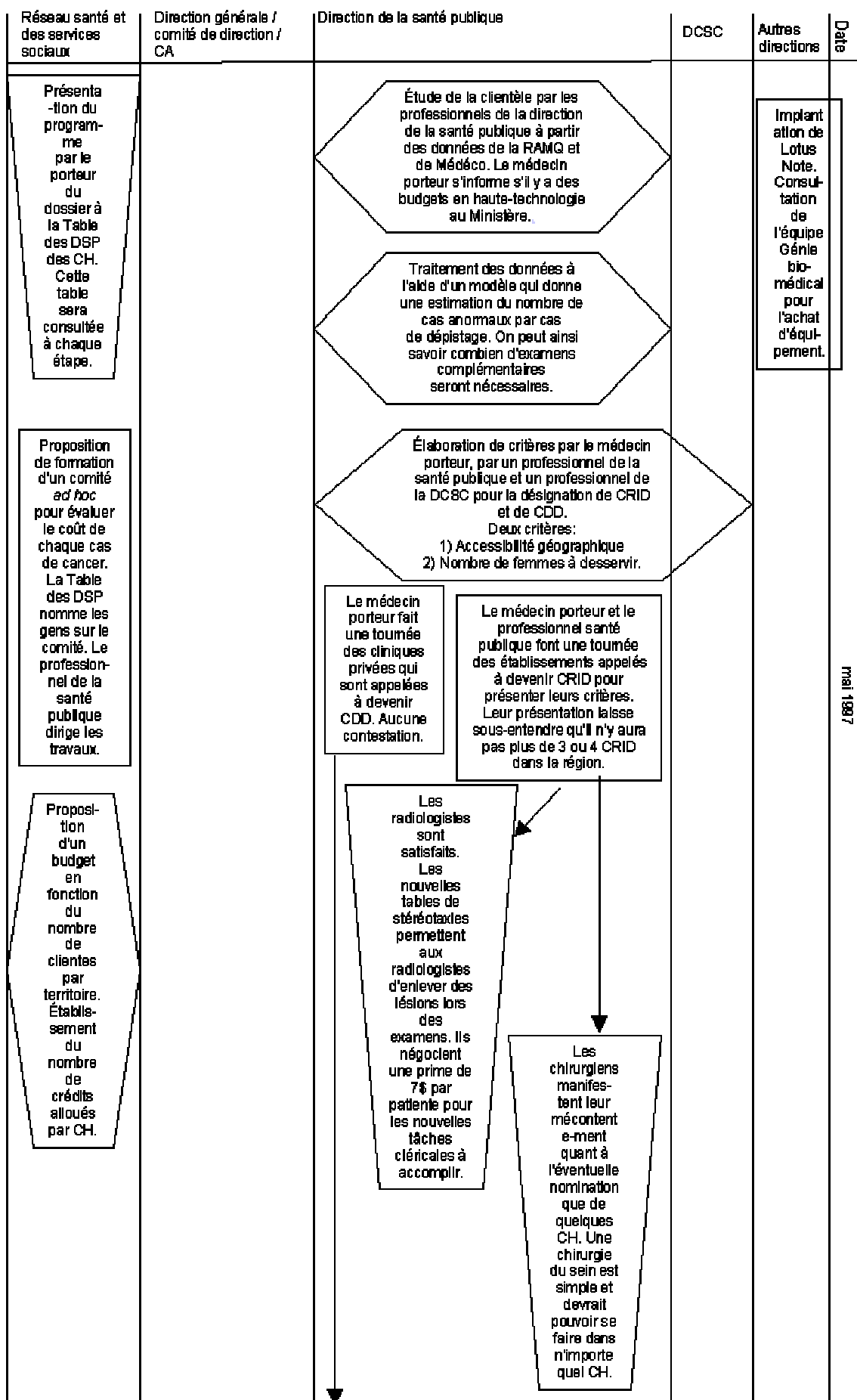
Diagramme de flux du « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » pour la Régie foncadhoc.



PQDCS – Régie foncaothoc

Réseau santé et des services sociaux	Direction générale / comité de direction / CA	Direction de la santé publique	DCSC	Autres directions	Date
<p data-bbox="375 260 509 564" style="text-align: center;">Le Ministère crée un Comité provincial.</p>	<p data-bbox="581 260 693 1024">Discussions à savoir qui aura la responsabilité de ce programme. Le directeur de la Santé publique soutient que ce programme nécessite une expertise médicale. Il est déjà impliqué avec le Collège des médecins par rapport aux pratiques médicales préventives. Pour le directeur de la DCSC, c'est un programme qui relève de sa direction.</p> <p data-bbox="537 1058 737 1255">L'espace locatif restreint fait douter le DG de la Régie d'absorber physiquement l'équipe de coordination.</p> <p data-bbox="537 1268 737 1507">Après quelques échanges entre le dg et le directeur de la santé publique, le dg accepte de mettre l'équipe de coordination à l'intérieur de la Régie.</p> <p data-bbox="537 1520 737 1724">Présentation du budget du PQDCS au CA (incluant le budget pour l'équipe de coordination). Budget accepté par le CA de la Régie.</p>	<p data-bbox="781 768 1183 873">Le directeur réunit ses coordonnateurs. Ils prennent la décision de créer une équipe de coordination « indépendante » qui veillera à l'implantation du programme.</p> <p data-bbox="781 894 1183 1066">Proposition de garder l'équipe de coordination à l'intérieur de la Régie afin de donner une plus grande visibilité à la direction de la santé publique. L'équipe de coordination est composée de 3 professionnels. Deux de la Santé publique et une de la DCSC.</p> <p data-bbox="886 1129 1179 1262">Un médecin est nommé porteur du dossier. Il participe aussi à la préparation du programme au niveau provinciale avec le Ministère.</p> <p data-bbox="789 1356 1086 1465">Évaluation du coût d'opération de l'équipe de coordination (800 000\$) auquel les fonds de la Régie contribueront.</p> <p data-bbox="764 1612 1411 1850">Unique moment où tous les professionnels se rencontrent. Présentation du programme par le porteur du dossier (Santé publique). Deux autres professionnels sont présents, soit un de la santé publique et l'autre de la santé physique. La direction de la santé physique est en support pour la distribution des ressources et l'analyse des besoins de la clientèle. De plus, il y a deux professionnels de la direction de la Trésorerie et des systèmes. Un d'entre eux aide à l'implantation de Lotus Note et l'autre offre une expertise pour l'achat d'équipement médical (génie bio-médical). Il y a aussi un professionnel de la direction des communications.</p>			<p data-bbox="1438 260 1474 306">Jun 1995</p>

PODCS - Régie foncière



PQDCS – Régie foncière

Réseau santé et des services sociaux	Direction générale / comité de direction / CA	Direction de la santé publique	DCSC	Autres directions	Date	
<p style="text-align: center;">Annonce officielle du programme par le Ministère</p>		<p style="text-align: center;">Les présidents CMDP des CH rencontrent le directeur de la Santé publique pour démontrer leur mécontentement par rapport au fait qu'il n'y ait que quelques CRID qui seront désignés. Un CH fait des pressions pour qu'il n'y ait pas plus de CRID de nommés car il y en aura trop dans la région. Les établissements font des pressions pour être désignés.</p>			septembre 1997	
		<p style="text-align: center;">Envoi de lettres demandant l'intérêt des établissements à devenir CDD ou CRID</p>				octobre 1997
		<p style="text-align: center;">On demande aux médecins où il n'y a pas assez de volume s'ils veulent travailler en lien avec d'autres établissements pour arriver à un équilibre entre l'accessibilité et la concentration de l'expertise grâce à laquelle les médecins deviennent plus compétents.</p>			mars 1998	
		<p style="text-align: center;">Le médecin porteur, le professionnel de la santé publique, le professionnel de la DCSC et le directeur de la santé publique se rencontrent et sont favorables à multiplier les sites. On sait aussi qu'il y a plus de mastectomie en région car les femmes n'ont pas accès à la radiothérapie. On propose qu'il y ait 6 CRID répartis sur 9 sites et on propose 14 CDD. Presque tous les CH deviennent CRID. On alloue 500 000\$ aux CH et 300 000\$ aux CDD</p>				
		<p style="text-align: center;">Le directeur de la santé publique donne son accord pour la nomination des CDD recommandés par l'équipe de coordination.</p>				

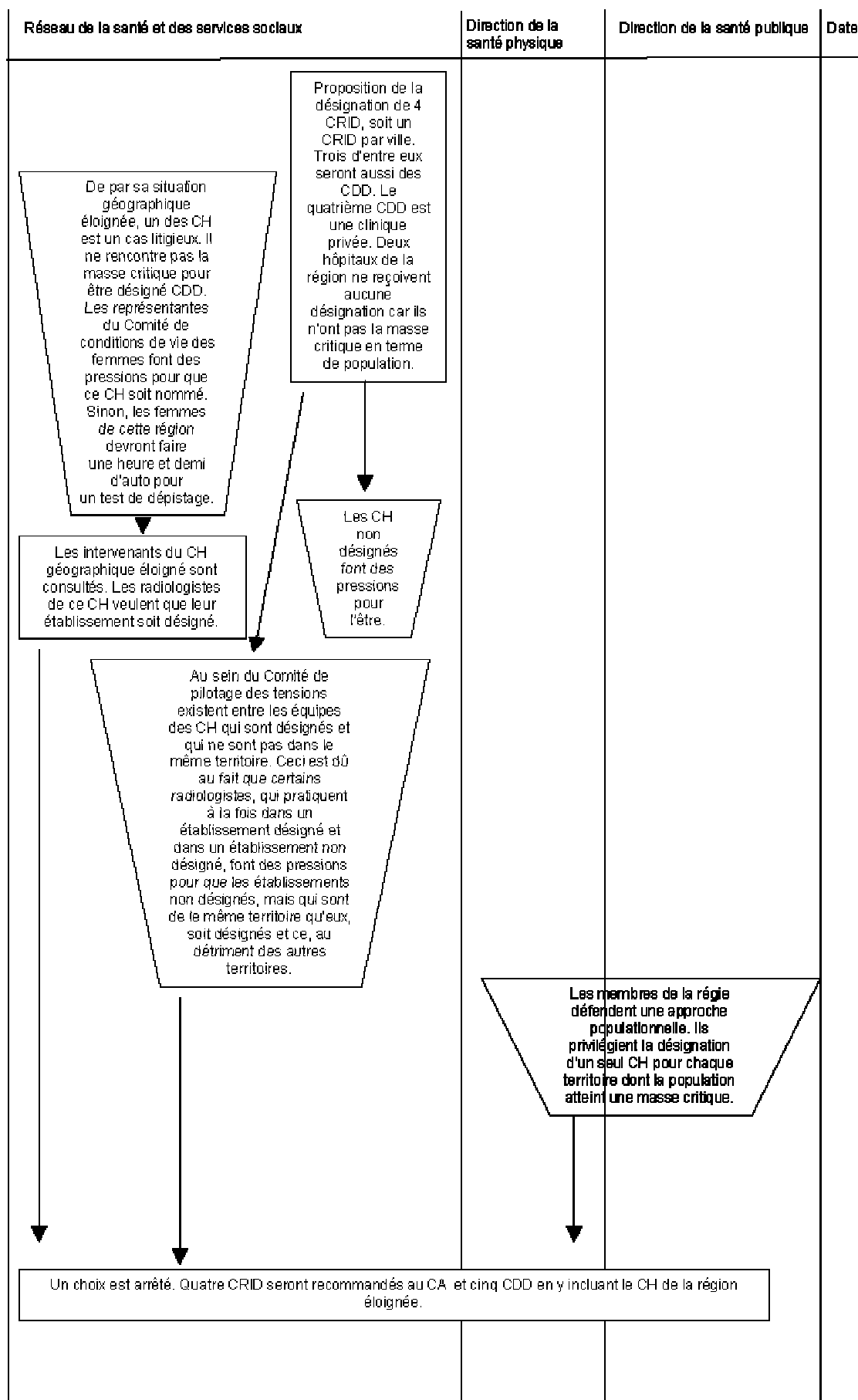
ANNEXE 4

Diagramme de flux du « Programme québécois de dépistage du cancer du sein » pour la Régie adhoc.

PQDCS – Régie adhoc

Réseau de la santé et des services sociaux	DOS	Direction de la santé publique	Date
<p>Ancienne structure fonctionnelle</p>			
<p>Le ministère met sur pied un comité provincial pour créer le programme québécois de dépistage du cancer du sein.</p>			<p>1995 Juin</p>
<p>La direction de la Santé physique est responsable du dossier. Elle nomme un porteur du dossier. Ce professionnel siège sur le comité provincial.</p>			<p>1995 Janvier</p>
<p>Le directeur de la DOS désire que la santé publique s'implique uniquement au niveau de son expertise au regard de la mise sur pied de programmes populationnels. Une certaine méfiance règne entre ces deux directeurs. De son côté, la direction de la Santé physique apportera sa contribution au niveau de l'organisation des services. La direction de la santé publique vient d'être intégrée physiquement à la Régie.</p>			
<p>Le professionnel de la Santé publique se joint aux activités du comité provincial.</p>			
<p>Le professionnel de la santé publique, qui est médecin, est en faveur que l'on offre la coordination du programme au plus important CH de la région car cet établissement couvre le plus grand bassin de population. Le professionnel de la santé physique accepte ce point de vue. De plus, ce CH est un centre de cancérologie, ce qui est entièrement compatible avec la nature du PQDCS.</p>			
<p>Décal. Le professionnel de la santé physique part en congé de maladie pour 6 mois. Le directeur de la santé physique préfère attendre le retour de son professionnel pour continuer le dossier.</p>			
<p>Rencontre entre le professionnel de la santé publique, le professionnel de la santé physique et le directeur. Ils conviennent d'offrir la coordination du programme au plus grand CH de la région.</p>			
<p>Première rencontre entre Régie et le CH. Soumission de la proposition.</p>			<p>1995 Juin</p>
<p>Deuxième rencontre. Le CH accepte de devenir coordonnateur du programme. Les activités sont suspendues jusqu'à l'annonce officielle du PQDCS.</p>			<p>1995 décembre</p>

	Réseau de la santé et des services sociaux	Direction de la santé physique / DOS	Direction de la santé publique	Date
PODCS – Régie adhoc	Mise en place de la structure adhocratique			1997 mars
	<p>La coordination régionale du programme est officiellement confiée au centre de cancérologie du CH. Le Centre fait la nomination officielle d'une équipe de coordination du programme. Une coordinatrice médicale, un coordonnateur administratif ainsi que le professionnel de la direction de la santé physique et le professionnel de la santé publique de la régie.</p>			1997 avril
	<p>Mise sur pied d'un comité de pilotage du programme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 représentantes du comité de conditions de vie des femmes <ul style="list-style-type: none"> - 2 radiologistes - 1 anatomo-pathologiste - 1 chirurgien - 1 médecin - le professionnel de la santé publique et le porteur du dossier de la santé physique. <p>Au sein de ce comité, il y a une représentativité régionale par bassin de desserte des CH.</p>			
	<p style="text-align: center;">Annonce officielle du programme par le Ministère.</p>			
	<p style="text-align: center;">Appropriation du programme par l'équipe de coordination</p>			
	<p style="text-align: center;">Analyse de la clientèle à partir des données de la RAMQ, soit le nombre de femmes par bassin de desserte des CH. Examen de ce qui se fait actuellement sur le territoire en terme d'offre de service. Le professionnel de la santé publique aide à l'analyse des données.</p>			
	<p style="text-align: center;">L'idée de créer un seul CRID pour la région est abandonnée par crainte de soulever de la résistance face au programme.</p>			
	<p style="text-align: center;">Élaboration d'un plan de communication. Discussions sur les normes de qualité, la formation des intervenants, sur les indicateurs de performance du programme, sur les équipements en place et à acheter.</p>			
	<p style="text-align: center;">Fixation des critères pour désigner les CDD et les CRID. Il doit y avoir une masse critique de la population et les services doivent être accessibles. Il y a un souci de respecter la configuration régionale. L'expertise du professionnel de la santé publique aide le comité à formuler les critères.</p>			
				1997 Octobre



PQDCS – Régie adhoc

Réseau de la santé et des services sociaux	Direction de la santé physique	Direction de la santé publique	Date
<div data-bbox="781 296 1141 606" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 20px;"> <p>Une discussion est entamée avec le comité de direction du programme sur les critères de répartition budgétaire. Un montant récurrent est distribué aux établissements, un autre pour la coordination régionale, pour la formation et pour les communications. Les CDD reçoivent un montant en fonction du volume de population et il y a un montant fixe pour les CRID. Il y a aussi un montant non-récurrent accordé par la régie pour de l'équipement médicale.</p> </div> <div data-bbox="597 701 889 835" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 20px;"> <p>Recommandations sur la désignation des CDD et des CRID au CA, de même qu'en ce qui concerne l'enveloppe budgétaire</p> </div> <div data-bbox="621 898 863 1052" style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; background-color: #ffffcc; text-align: center;"> <p>Démarrage officiel du programme au niveau régional</p> </div>			<p>4 Février 1998</p> <p>26 Octobre 1998</p>