

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN GESTION DES PMO

PAR

PIERRE POULIN

L'INFLUENCE DU NIVEAU DE PARTICIPATION AU PROCESSUS

DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE SUR LES

PLANS STRATÉGIQUES DES CENTRES HOSPITALIERS PUBLICS

ÉTUDE DE CAS

NOVEMBRE 1993



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

RÉSUMÉ

La plupart des administrateurs d'hôpitaux du Québec, lorsqu'ils ont procédé à un exercice de planification stratégique, ont choisi de faire participer le plus de gens possible à cette démarche. Dans ce contexte, nous avons voulu répondre à la question suivante: Quelle est l'influence du niveau de participation de l'ensemble des différents groupes d'intérêts et de chacun des groupes d'intérêts impliqués dans le processus de planification stratégique sur le degré d'intégration et la durée de production du plan stratégique d'un centre hospitalier public? L'analyse des données recueillies, dans le cadre de notre étude de cas, nous a permis de constater que seuls les groupes d'intérêts représentant le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (C.M.D.P.) et les employés syndiqués professionnels de la santé avaient une influence significative sur le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public. Le corollaire de ce constat est que la participation des autres groupes d'intérêts s'avère une activité peu utile puisque ceux-ci n'ont pas d'influence significative sur le contenu du plan stratégique d'un centre hospitalier public.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est le résultat des efforts conjugués de plusieurs collaborateurs.

Je voudrais en premier lieu remercier mes deux directeurs de recherche, Messieurs Carol Allaire et Gilles St-Pierre, qui par leur patience, leurs conseils judicieux et leur vision structurée des choses ont su m'appuyer dans mon cheminement au cours de ces deux dernières années.

Je voudrais en second lieu témoigner toute ma reconnaissance à mon épouse, Lise, qui a su me motiver et m'encourager dans les moments difficiles.

Un grand merci aussi à Madame Denise Quirion, qui a dactylographié avec générosité et dévouement tous mes travaux de maîtrise incluant ce mémoire.

Enfin, je voudrais remercier tous mes confrères et consoeurs du domaine hospitalier qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de cette étude.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	i
Remerciements	ii
Table des matières	iii
Liste des abréviations	viii
Liste des tableaux	x
Introduction générale	1
Chapitre I: La problématique de la participation au processus de planification stratégique dans les centres hospitaliers publics	4
Chapitre II: Le contexte théorique de la recherche	
2.1 Le cadre conceptuel de la recherche	10
2.2 Le concept "participation"	11
2.2.1 Définitions de la participation	11
2.2.2 Typologies de la participation	12
2.2.3 L'importance de la participation	14
2.2.4 Les incidences de la participation sur le fonctionnement des organisations	16
2.2.5 Les conditions de la participation	17
2.2.6 La planification par la participation	18
2.3 Le concept "planification"	19
2.3.1 Définition et typologie de la planification	19

2.3.2	Terminologie en planification stratégique	22
2.3.3	Les stades d'évolution de la planification stratégique	24

Chapitre III: La méthodologie de la recherche

3.1	Le cadre opératoire de la recherche	32
3.1.1	Les hypothèses de la recherche	34
3.1.2	La définition des variables utilisées	38
3.1.3	Les indicateurs utilisés pour la mesure des variables	39
3.1.4	Les résultats anticipés	40
3.2	La stratégie de vérification	42
3.3	Le plan d'échantillonnage	43
3.3.1	La population-cible	43
3.3.2	L'échantillonnage	44
3.4	La collecte de l'information	45
3.4.1	Les instruments de collecte	45
3.4.2	Le cheminement suivi	46
3.5	Le traitement de l'information	52
3.5.1	La classification de l'information	52
3.5.2	La méthode de traitement des données	52
3.6	Les limites méthodologiques	53

Chapitre IV: La vérification des hypothèses

4.1	Le test d'hypothèses	56
4.2	Les analyses de régression et de corrélation	57
4.3	La démarche de vérification	59
4.3.1	L'énoncé du test d'hypothèses	60
4.3.2	Le plan de traitement des données	61
4.3.3	Les résultats du traitement des données	63
4.3.4	L'analyse des résultats	65
	Chapitre V: Conclusion générale	74
Annexe 1:	Questionnaire d'identification des centres hospitaliers publics ayant entrepris un exercice de planification stratégique au cours des cinq dernières années	80
Annexe 2:	Questionnaire de collecte des données pertinentes à notre recherche	83
Annexe 3:	Détail des résultats de l'analyse de régression simple sur les variables X et Y	91
	Bibliographie	113

LISTE DES ABRÉVIATIONS

C.A.	: conseil d'administration
C.M.D.P.	: conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
C.S.	: cadres supérieurs
C.I.	: cadres intermédiaires
E.S.	: employés syndiqués
Autres	: bénéficiaires, bénévoles, membres de groupes socio-économiques, membres d'autres organismes, etc...
P.P.B.S.	: planning, programming budgeting system
Z.B.B.	: zero-base budgeting

LISTE DES TABLEAUX

1.	Le contexte théorique de notre recherche	10
2.	Les types de planification	21
3.	Le processus complet de planification	22
4.	Évolution de la planification stratégique	26
5.	Le cadre opératoire de notre recherche	33
6.	Les hypothèses de la recherche	35
7.	Informations extraites des questionnaires et des plans stratégiques de notre échantillonnage	49
8.	Informations extraites des questionnaires et des plans stratégiques de notre échantillonnage (version condensée)	51
9.	Relations entre les variables X et Y	62
10.	Analyse de régression simple sur les variables X et Y - Sommaire des résultats	64

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au cours de la dernière décennie, la plupart des centres hospitaliers publics québécois ayant entrepris un exercice de planification stratégique ont privilégié une approche participative impliquant un grand nombre de personnes représentant différents groupes d'intérêts ayant des objectifs parfois contradictoires.

Notre étude vise à vérifier l'influence du niveau de participation des différents groupes d'intérêts au processus de planification stratégique sur les plans stratégiques, et par voie de conséquence, sur les orientations stratégiques des centres hospitaliers publics concernés.

Dans le premier chapitre de notre étude, nous préciserons la problématique et l'objectif de la recherche. Dans le second, nous en établirons le contexte théorique. Nous approfondirons à cette étape les concepts impliqués et les relations existant entre ceux-ci (arrangement). Dans le troisième chapitre, nous définirons le cadre opératoire de la recherche de même que les hypothèses, les variables et les indicateurs utilisés et nous préciserons les résultats anticipés. Par la suite, nous expliquerons la méthodologie utilisée à savoir la stratégie de vérification, les méthodes de collecte et de traitement de l'information et nous énoncerons aussi ses limites. Le quatrième chapitre nous permettra d'identifier le processus de vérification des hypothèses, les méthodes utilisées (analyses de

régression et de corrélation) et le plan de traitement des données. De plus, dans le même chapitre, nous procéderons à l'analyse des résultats obtenus. Enfin, dans un dernier chapitre, nous apporterons nos conclusions.

CHAPITRE I

**LA PROBLÉMATIQUE DE LA PARTICIPATION AU PROCESSUS DE
PLANIFICATION STRATÉGIQUE DANS
LES CENTRES HOSPITALIERS PUBLICS**

Le bilan d'expériences récentes de planification stratégique dans les centres hospitaliers publics canadiens et québécois (Langley, Lozeau, Savard et Denis, 1990) a fait ressortir les difficultés inhérentes à une telle démarche (lourdeur, création d'attentes, résistances et conflits) dans un contexte de participation élargie. De plus, la quantité considérable de ressources qui y sont parfois consacrées (temps, énergie) fait réfléchir plusieurs administrateurs d'hôpitaux. Mais, ont-ils le choix? Le contexte organisationnel dans lequel ils évoluent les y oblige.

Mintzberg (1979) décrit ce contexte particulier. Pour lui, les hôpitaux sont des "bureaucraties professionnelles" i.e. des organismes dont une partie des orientations dépendent du résultat cumulé des activités autonomes des professionnels qui y travaillent, en occurrence les membres du corps médical.

Denis, Langley et Lozeau (1991) confirment cet état de fait. Selon eux, les membres du corps médical influencent directement les services offerts par leurs choix de clientèle, par les traitements prescrits et par leurs réseaux de référence. Dans le cas des hôpitaux universitaires, ils influencent également la renommée de l'établissement par leurs choix personnels concernant la recherche et l'enseignement. Or, l'administration de l'établissement n'a souvent qu'un contrôle très indirect sur ces choix.

En outre, les aspirations des membres du corps médical sont souvent les forces motrices derrière les projets de développement exigeant des ressources additionnelles. Et il va de soi que les initiatives de l'administration impliquant des modifications dans les services offerts par l'établissement peuvent difficilement réussir sans l'appui du corps médical.

De plus, les hôpitaux appartenant au secteur public, plusieurs décisions stratégiques portant sur l'orientation de l'établissement sont soumises à un contrôle gouvernemental. Les intervenants gouvernementaux doivent approuver l'ajout significatif de ressources et peuvent même imposer certaines orientations aux établissements.

Les directeurs généraux d'hôpitaux se trouvent ainsi coincés entre deux forces décisionnelles majeures opposées: les professionnels à la base de l'organisation et les intervenants gouvernementaux à l'extérieur. Tandis que les uns réclament le développement et se disputent entre eux le territoire de l'hôpital, les autres exigent des coupures, la complémentarité et la rationalisation des services.

Il faut donc choisir, prioriser, décider, et ce, dans le cadre d'un processus rationnel. Comme la plupart des auteurs (Harrell et Fors, 1987; Roy,

1985; Peters, 1985) endossent sans équivoque la planification stratégique comme outil de prise de décision dans un environnement turbulent comme le secteur de la santé, les dirigeants d'hôpitaux n'ont d'autre choix que d'y adhérer. Ils favoriseront alors, compte tenu du contexte, la participation élargie des intervenants dans le but de mobiliser un grand nombre de personnes autour d'une démarche qui les affecte tous, de mettre à profit l'expertise de toutes les ressources disponibles, de décloisonner les champs respectifs de préoccupation, de générer une adhésion plus grande aux orientations proposées, de développer une culture d'entreprise et de faciliter une application plus facile des orientations retenues.

Bien que ces objectifs soient louables, plusieurs questions importantes demeurent cependant en suspens:

Quel est l'impact de la participation élargie sur le plan stratégique, premier produit du processus de planification stratégique?

Est-ce qu'on ne risque pas d'obtenir, dans ce contexte, une "liste d'épicerie" qui tienne compte des opinions de tous les participants, d'obtenir un plan qui n'aurait de stratégique que le nom?

Est-ce qu'on ne risque pas de prolonger indûment le temps de production du plan stratégique à un point tel qu'au moment de sa publication, il soit déjà périmé?

Quelle est l'influence du niveau de participation des différents groupes d'intérêts impliqués dans le processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sur le degré d'intégration et la durée de production de son plan stratégique?

Tenter de répondre à ces questions constitue l'objectif de notre recherche. De fait, nous essaierons, à partir d'un contexte théorique que nous développerons dans le prochain chapitre, d'étudier la relation éventuelle entre le niveau de participation des différents groupes d'intérêts impliqués dans le processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public et le degré d'intégration de son plan stratégique d'une part et la durée de production de son plan stratégique d'autre part.

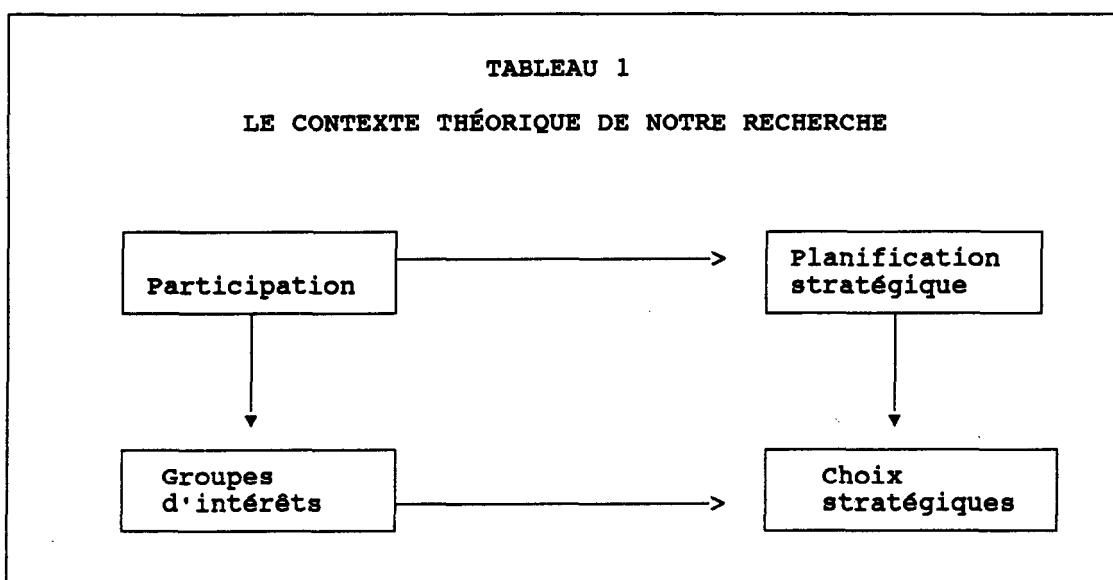
CHAPITRE II

LE CONTEXTE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE

2.1 Le cadre conceptuel de la recherche

Pour nous permettre d'avoir une compréhension uniforme des principaux éléments de notre problématique et de notre question de recherche, nous développerons dans le présent chapitre les concepts de participation et de planification.

Le tableau 1 ci-dessous illustre l'arrangement de ces deux concepts dans le cadre de notre contexte théorique. Ainsi, on y voit la participation, via les groupes d'intérêts, comme un instrument de planification stratégique, processus dont l'objectif est de déterminer les choix stratégiques d'une organisation, d'où l'influence des groupes d'intérêts sur lesdits choix.



Plus explicitement, par participation, nous entendons la participation d'individus, de "groupes d'intérêts", notion définie comme suit par Bryson (1988): "Toute personne, groupe ou organisation susceptibles d'être affectés par les intrants ou les extrants d'une organisation" (p. 52). Ces individus ou ces groupes d'intérêts en participant au processus de planification stratégique ont l'opportunité d'exprimer leurs opinions, leurs idées et par voie de conséquence d'influencer les choix stratégiques d'une organisation. Jusqu'à quel point? C'est ce que l'examen des données empiriques recueillies nous permettra de vérifier à travers le modèle théorique proposé. Dans notre recherche, sur la base de l'étude faite par Blair, Savage et Whitehead (1989), nous dénombrerons six (6) groupes d'intérêts particuliers: les membres du conseil d'administration (C.A.), les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (C.M.D.P.), les cadres supérieurs (C.S.), les cadres intermédiaires (C.I.), les employés syndiqués (E.S.) et les autres (bénévoles, bénéficiaires, membres de groupes socio-économiques, membres d'autres organismes, etc...).

2.2 Le concept "participation"

2.2.1 Définitions de la participation

Dans la littérature, il existe une multitude de définitions de la participation. Ainsi, dans le Dictionnaire canadien des relations de travail, la participation y est présentée comme étant:

- " 1. Acte par lequel des personnes ou des groupes, tout en gardant leurs caractères propres, s'associent les uns aux autres dans la poursuite d'un objectif commun. C'est la participation "prendre part".
- 2. Situation dans laquelle des personnes ou des groupes, tout en gardant leurs caractères propres, se trouvent associés à d'autres dans un état commun. C'est la participation "avoir part". (Dion, 1986, p. 250)

Pour Ethier (1977), "participer, c'est prendre part au pouvoir; c'est avoir son mot à dire dans les décisions, dans les actions à entreprendre, dans la réalisation de ces actions" (p. 121). Pour Castonguay (1983), "participer, c'est avoir la possibilité d'influencer la prise de décision et le déroulement de l'action dans une organisation" (p. 7.3). Pour notre recherche, nous retiendrons cette dernière définition parce qu'elle reflète bien la nature des relations liant les différents éléments de notre contexte théorique.

2.2.2 Typologies de la participation

Divers auteurs ont proposé des typologies de participation qui peuvent aider à cerner la complexité du phénomène.

Pateman (1970) parle de "pseudo-participation"; son modèle réfère à l'engagement des agents dans le processus décisionnel. Meister (1972) parle de "participation de fait", de "participation volontaire" et de "participation suscitée ou provoquée"; son modèle se réfère plutôt au degré d'obligation contraignant les agents à s'impliquer. Dion (1971) ajoute au modèle de Meister la "participation obligée" en référence aux régimes totalitaires et propose six (6) modes de participation: l'assujettissement, la représentation de délégation, la consultation, la cogestion, l'autogestion et les modes non-intégratifs. Georgeault et Al. (1980) ont construit un modèle de participation à huit (8) échelons: l'information-réaction, la consultation facultative, la consultation obligatoire, la consultation et recommandations, l'élaboration en commun, la cogestion hétéronome, la cogestion autonome et l'autogestion. Toutefois, le modèle de Pateman (1977) a retenu particulièrement notre attention parce qu'il résume toutes ces notions en quatre éléments: l'information, la consultation, la décision et l'exécution. Ceux-ci forment un continuum de participation menant à une démarche décisionnelle éclairée: être sensibilisé à une activité, à un problème (données, connaissances permettant une relation d'information); avoir l'opportunité de donner son avis pour clarifier le problème (consultation);

déterminer avec les autres partenaires ce qu'il faut faire, choix d'un mode d'action qui engage une responsabilité dans l'organisation (décision); et conduire correctement l'action (exécution).

2.2.3 L'importance de la participation

Wilpert (1984) souligne l'importance de la participation à au moins trois (3) niveaux différents: au niveau individuel, organisationnel et sociétal.

L'importance de la participation pour l'individu a été développée dans les "théories du développement personnel" (Mcgregor, 1960; Argyris, 1964; Likert, 1967). Pour eux, il existe chez tous les hommes un besoin de se réaliser (Maslow 1954; Alderfer, 1972). Le développement personnel est considéré comme l'affirmation chez l'individu d'une personnalité active, indépendante, autorégulée et socialement compétente, poursuivant des objectifs à long terme avec les capacités à sa disposition (Dachler et Wilpert, 1978). La participation de l'individu aux décisions qui intéressent son espace vital dans différents secteurs de la réalité est considérée comme un mécanisme essentiel pour stimuler et faciliter ce développement, parce qu'elle lui donne un sentiment d'efficacité et le motive pour développer ses compétences (White, 1959). La participation est perçue comme un facteur essentiel de la formation de la

personnalité et de l'identité.

En ce qui concerne l'importance attachée à la participation au niveau de l'organisation, les auteurs se divisent en deux écoles de pensée selon qu'ils voient dans la participation un principe fondamental de toute organisation ou un moyen d'atteindre des fins précises i.e. une technologie sociale. Les premiers affirment qu'aucune organisation n'est concevable sans un minimum de participation de ses membres à la prise de décision. Les seconds considèrent la participation comme un instrument permettant d'atteindre des buts définis, tels que l'acceptation d'une certaine politique par les membres de l'organisation, la satisfaction des salariés et leur engagement personnel dans l'organisation, l'accroissement de la motivation au travail et l'augmentation du rendement global qui en résulte.

Du point de vue sociétal, enfin, deux théories attribuent à la participation une importance particulière. La théorie démocratique la considère comme intrinsèquement liée à l'autodétermination de l'individu, comme un droit inaliénable de l'homme et donc comme une valeur en soi à réaliser dans toutes les sphères de l'activité humaine.

Pour la théorie socialiste, la participation est un des instruments

majeurs qui permettent aux travailleurs exploités et aliénés de devenir des agents actifs de transformation de la société. Ces deux théories partent en fait de la même prémissse à savoir qu'en dernière analyse, c'est la société toute entière qui doit être transformée, dans l'intérêt général, et que la participation a un rôle important à jouer dans cette transformation.

2.2.4 Les incidences de la participation sur le fonctionnement des organisations

Brown (1960) a étudié les incidences de la participation sur trois éléments importants du fonctionnement des organisations: la prise de décision i.e. le système de direction, le maintien du prestige i.e. le statut des personnes, et les luttes qu'entraînent les négociations autour du pouvoir i.e. le système politique.

Le système de direction représente la totalité des décisions prises dans une organisation; pour le décrire, il faut savoir quelles sont les décisions prises , qui les prend, qui les examine et quel laps de temps s'écoule entre une décision et l'étude critique des résultats. Instaurer un mode de gestion participative exige qu'on accroisse le nombre de décisions prises par chacun des membres de l'organisation et l'importance de leurs responsabilités.

Le statut des personnes, dans une organisation, est caractérisé par ce que font les gens, la manière dont ils se voient eux-mêmes et dont ils perçoivent leur position dans la hiérarchie, et ce qu'en pensent les autres. Le statut des personnes est relativement stable quand l'accord se fait largement sur la position attribuée à diverses personnes et à divers groupes; mais quand il existe des différences importantes entre le statut officiel des personnes, on voit souvent se former des systèmes informels, souvent contradictoires, qui engendrent la confusion et gênent le fonctionnement de l'organisation.

Un système politique s'établit dans une organisation ou une société lorsque les individus forment des groupes d'intérêts fondés sur la perception d'un même destin et d'un même combat pour le pouvoir et l'acquisition de prérogatives particulières. Les conflits qui éclatent et les accords qui interviennent entre ces groupes peuvent être interprétés à travers le système politique. Pour qu'un système social soit durable, il faut trouver les moyens de contrôler ou de résoudre ces conflits entre groupes ou entre individus.

2.2.5 Les conditions de la participation

Dion et Solasse (1968) résument en quatre (4) points les conditions de la participation:

" Une première condition réside dans l'existence d'un minimum de consensus entre les partenaires en présence sur un projet commun ou sur une oeuvre commune à réaliser (...). L'existence de ce consensus minimum est largement subordonnée à l'existence d'intérêts communs.

Une seconde condition est la reconnaissance de l'autre comme partenaire responsable dans son rôle propre et non seulement de la force du pouvoir qu'il représente (...).

Une troisième condition est de tendre vers l'égalité des moyens. L'égalité des moyens est d'abord l'égalité dans l'accès à l'information, dans la connaissance des problèmes à débattre; ensuite, l'égalité dans la compétence i.e. dans la capacité de dominer les questions et les problèmes en suspens.

Enfin, une quatrième condition qui ne s'applique que lorsqu'il s'agit de participation aux décisions est de tendre vers une répartition du pouvoir" (p. 542).

2.2.6 La planification par la participation

De façon générale, dans une organisation, la participation s'exerce non seulement dans des activités mais dans la gestion même de ces activités. "L'administration est un cycle d'activités menées par les responsables d'une organisation formelle en vue de l'atteinte des objectifs" (Ethier, 1977, p. 1).

Les opérations réalisées au cours de ce cycle d'activités peuvent être

regroupées dans les quatre (4) étapes ou fonctions du processus de gestion définies comme étant la planification, l'organisation, la direction, le contrôle. La décision intervient à toutes les étapes du processus de gestion, car "décider est le propre de l'administrateur où, à tout moment de sa gestion, il est amené à faire des choix parmi plusieurs alternatives" (Ethier, 1977, p. 9). La participation peut, elle aussi, intervenir à l'une ou l'autre de ces étapes ou à toutes.

Fortin (1970) amène plus de précisions sur le lien pouvant exister entre la planification et la participation. Selon lui, la participation peut être perçue comme un moyen ou un instrument pour satisfaire à la première condition de la planification i.e. le choix des objectifs (participation-instrument), elle peut aussi constituer en soi un objectif (participation-valeur).

2.3 Le concept "planification"

2.3.1 Définition et typologie de la planification

La planification constitue le premier jalon du cycle de la gestion. Dufour (1985) définit ce concept comme "l'action de décider, de faire des choix quant aux orientations et objectifs à atteindre et quant aux moyens à utiliser" (p. 26). Il identifie trois types de planification interdépendants: la planification

stratégique, la planification structurelle et la planification opérationnelle.

La planification stratégique est celle qui permet de faire un examen approfondi et systématique de l'organisation et de son environnement en vue de déterminer l'orientation qu'elle devra se donner. Par la suite, elle détermine les moyens (structure et opérations) dont elle devra se doter pour y arriver. La résultante de cette opération de planification stratégique conduit donc à la formulation d'une stratégie d'action énonçant les axes de développement et les champs d'action prioritaires pour l'organisation pour les prochaines années. "La planification stratégique amène la notion de choix stratégiques, i.e. de changements, en rapport avec la mission et la raison d'être de l'organisation, les buts et les grandes stratégies pour les atteindre" (King et Cleland 1978, p. 11). Elle est la base pour la réalisation de la planification structurelle et opérationnelle.

La planification structurelle quant à elle touche l'organisation des ressources humaines, matérielles et financières de façon à faciliter l'atteinte des objectifs. Il en résulte une série de plans sectoriels pour l'agencement organisationnel (plan d'organisation, plan d'effectifs, plan budgétaire, plan des investissements, plan des locaux, plan des systèmes d'information, etc...).

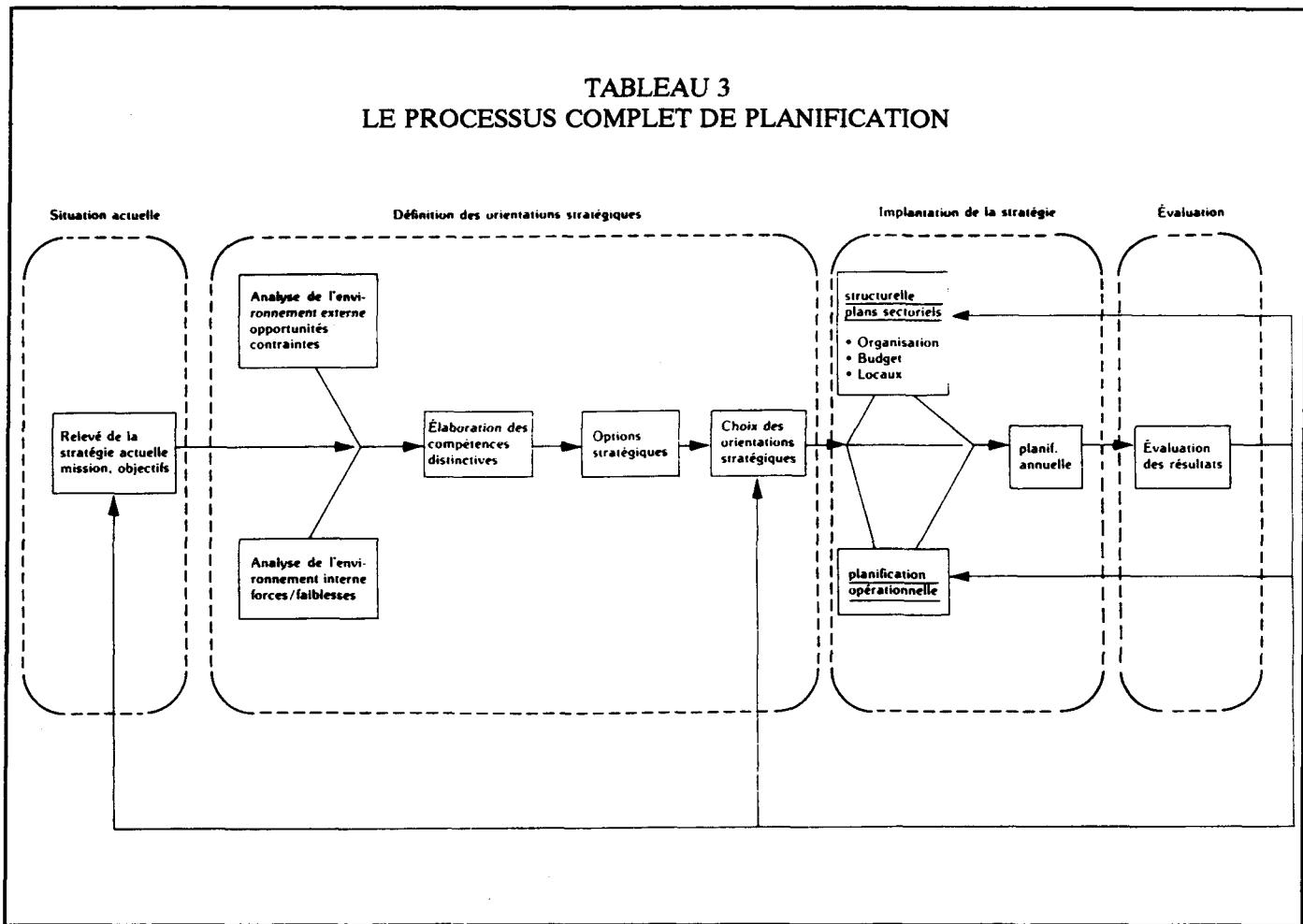
Enfin, la planification opérationnelle est celle qui prévoit des mécanismes assurant le déroulement annuel, mensuel et quotidien avec les objectifs. Elle repose sur l'adoption de normes et procédures. Elle correspond en quelque sorte à la programmation des opérations.

Les tableaux 2 et 3 illustrent ces trois types de planification et leurs liens d'interdépendance.

**TABLEAU 2
LES TYPES DE PLANIFICATION**

TYPE	HORIZON	BUT	PRODUIT
Stratégique	Long terme	Orienter les ressources	Axes de développement Priorités
Structurelle	Moyen terme	Agencer les ressources afin de faciliter la réalisation des orientations	Plan d'organisation Plan des budgets Plan des locaux Etc...
Opérationnelle	Court terme	Utiliser les ressources de façon optimale	Planification des opérations encadrées de politiques, procédures...

TABLEAU 3
LE PROCESSUS COMPLET DE PLANIFICATION



Administration hospitalière et sociale, novembre/décembre 1985, p. 27,
Dufour A.

Pour les besoins de notre recherche, nous nous concentrerons plus spécifiquement sur la planification stratégique.

2.3.2 Terminologie en planification stratégique

La planification stratégique découle du "management stratégique" qui désigne l'ensemble des activités du gestionnaire. Hax et Majluf (1984) le définissent de la manière suivante:

" Le management stratégique a, comme objectif ultime, le développement des valeurs corporatives, des capacités administratives, des responsabilités organisationnelles, et des systèmes administratifs qui relient la prise de décision stratégique et opérationnelle, à tous les niveaux hiérarchiques, et à travers toutes les lignes fonctionnelles d'autorité et d'activités dans une organisation" (p. 72).

Elle s'effectue via un processus que l'on nomme "processus de planification stratégique" que Glueck et Jauch (1984) définissent ainsi: "La méthode par laquelle les stratégistes déterminent les objectifs et prennent les décisions stratégiques" (p. 5). En général, si l'on ne s'attarde qu'aux aspects majeurs du processus tel qu'illustré au tableau 3, on y retrouve invariablement les éléments suivants:

- Mission, objectifs et valeurs de l'organisation
- Analyse de l'environnement externe
- Analyse de l'environnement interne
- Options stratégiques intéressant l'organisation

Choix de orientations stratégiques

Ces éléments sont généralement consignés dans un document, le "plan stratégique" que Peters (1985) définit comme étant "un guide pour l'action future" (p. 85). Bryson (1988), quant à lui, apporte plus de précisions: "Un document écrit reflétant le consensus des principaux décideurs d'une organisation quant à sa mission, ses mandats, ses forces et faiblesses, aux menaces et aux opportunités auxquelles elle est confrontée, aux orientations stratégiques à prendre et aux stratégies à développer" (p. 173 et 174).

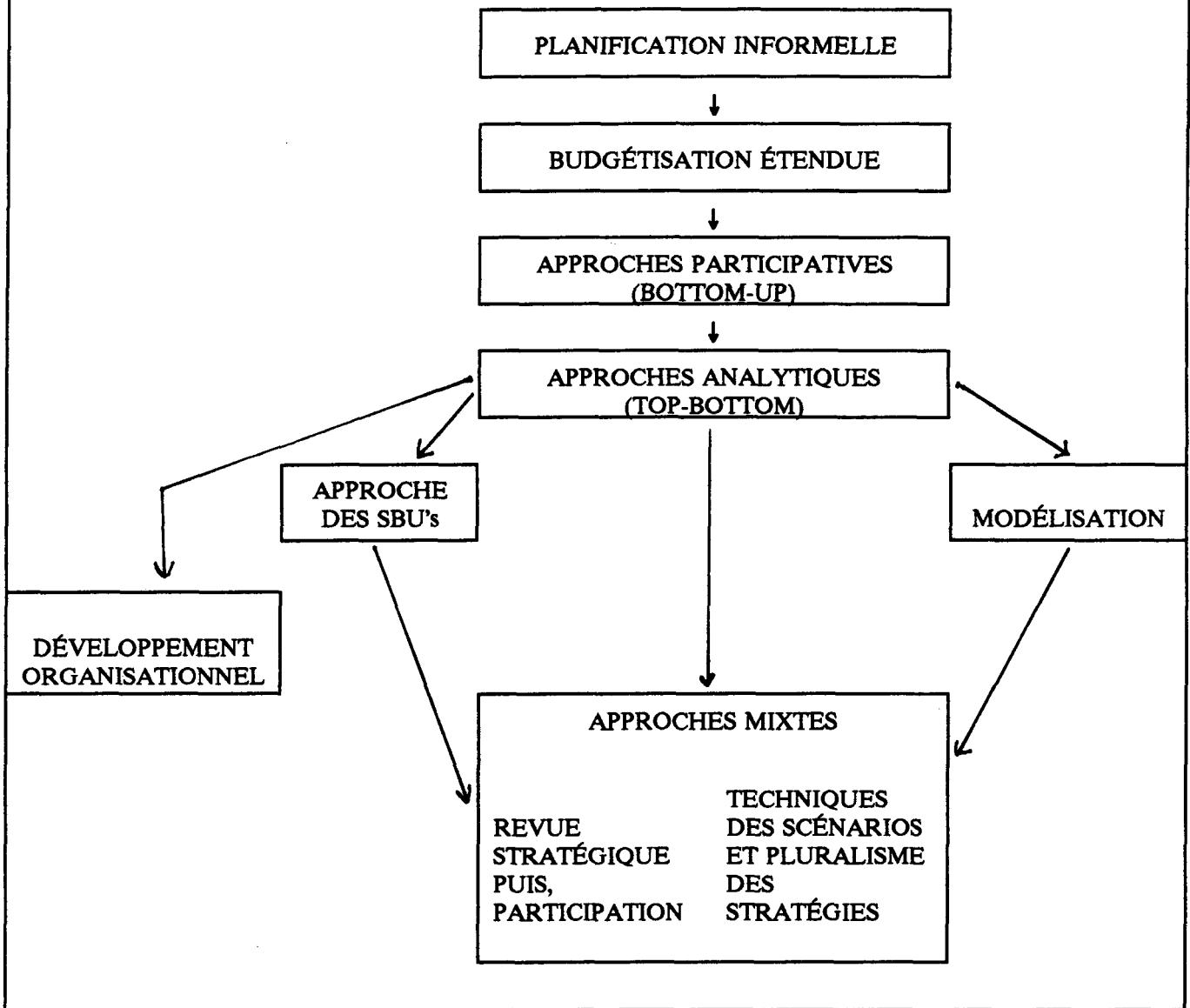
En bout de ligne, tel que mentionné précédemment, l'opération de planification stratégique conduit à la formulation d'une stratégie d'action, concept défini comme suit par Glueck et Jauch (1984): "Un plan intégré, unifié et compréhensible, précisant les avantages stratégiques de l'entreprise pour affronter les défis de l'environnement et s'assurant que les objectifs de base de l'entreprise seront atteints grâce à une exécution adéquate de l'organisation" (p. 8).

2.3.3 Les stades d'évolution de la planification stratégique

Roy (1985) au tableau 4, illustre les différents stades d'évolution que

l'on retrouve généralement en planification stratégique. Selon lui, tout indique que les établissements de santé du Québec suivent le même parcours évolutif car on retrouve des établissements dans chacune des phases évolutives énoncées.

TABLEAU 4
ÉVOLUTION DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE



Administration hospitalière et sociale, novembre/décembre 1985, p. 15, Roy G.

Ainsi, le premier stade est celui de la "planification informelle" que l'on retrouve généralement dans des organisations de petite taille où un "leader" ayant des qualités de vision, un sens élevé de la communication et une pensée créative, imprimera un tel mouvement à l'organisation qu'il serait difficile de l'égaler avec un processus plus systématique et formel.

Le second stade est celui de la "budgétisation étendue", lequel pourrait être relié à la nature des systèmes budgétaires plus élaborés utilisés dans les années '60 dans l'industrie et les gouvernements (Ex. P.P.B.S., Z.B.B.).

En recherchant une meilleure planification financière, on se rend compte que des facteurs non financiers sont déterminants sur les prévisions: compétition, parts de marché, produits à conserver, produits à abandonner, etc... On s'oriente alors vers un troisième stade soit celui des "approches participatives (bottom-up)" où chaque division ou fonction d'une organisation, selon le cas, effectue le processus présumant que l'on pourra réconcilier les diverses orientations en bout de ligne. L'expérience a démontré qu'il n'est pas possible de concilier dans un délai raisonnable les orientations et les stratégies se dégageant de ces processus menés en parallèle. En outre, l'approche purement participative présente des incohérences importantes et des analyses insuffisantes ou peu uniformes.

Devant les difficultés d'une approche participative se calquant sur les divisions ou fonctions de l'organisation, apparaît un quatrième stade dont l'idée est de diviser l'entreprise en unités distinctes et autonomes qu'on appelle les "Strategic Business Units" ou "segments produit-marché". Dans ce contexte, chaque unité de l'entreprise répond à la demande d'un marché extérieur, possède ses objectifs et ses stratégies propres, et est indépendante des autres unités de l'organisation. Ces unités impliquent cependant un plus grand nombre d'intervenants et leur travail sera nécessairement plus spécifique, détaillé et analytique.

Le courant participatif avec ou sans les "Strategic business units" introduit un cinquième stade soit un nouveau style de gestion où une tranche importante de l'organisation se voit impliquer dans la détermination des objectifs stratégiques. On y voit là une occasion rêvée de "développement organisationnel" permettant l'encadrement et la coordination de la participation. Toutefois, pour certains, le bénéfice de la participation doit être l'objectif principal du processus nonobstant les visées de la planification stratégique comme telle. Le désavantage le plus important de cette formule provient du fait que l'intégration stratégique n'est pas un rôle qui doit être normalement délégué à un agent de développement organisationnel; c'est un rôle fondamental de la haute direction et elle doit l'assumer pleinement.

Le développement des méthodes quantitatives et le progrès de l'informatique amène l'avènement d'un sixième stade soit "l'approche analytique". L'approche analytique ou "top-bottom" a pu s'introduire en planification stratégique avec l'utilisation grandissante des modèles économétriques, de la simulation sur ordinateur et des modèles provenant du "management science".

L'utilisation de l'approche analytique permet alors d'obtenir une profondeur accrue de l'analyse comblant ainsi une lacune de l'approche participative. En revanche, les objectifs stratégiques étant établis sans l'implication de ceux qui ont à les actualiser, les risques et les difficultés augmentent lors de l'actualisation. L'autre difficulté de cette approche est reliée à l'hermétisme du processus. En effet, la façon avec laquelle les résultats sont dégagés peut devenir d'une telle complexité que seule une minorité d'initiés peut la comprendre.

Enfin, un dernier stade émerge soit "l'approche mixte" où l'on tente d'obtenir à la fois les bénéfices de l'approche participative et ceux de l'approche analytique avec le minimum d'inconvénients. L'approche mixte suppose un processus séquentiel. Dans une première phase du processus, la participation est minimale et une analyse stratégique est effectuée en impliquant la haute direction. Les résultats de cette première phase permettent ensuite d'orienter la

participation pour favoriser la cohérence et la synergie entre les stratégies étant donné qu'une vision d'ensemble est dégagée au début du processus; on ne prend pas le pari d'intégrer les stratégies locales en fin de parcours. Une deuxième phase met l'accent sur la participation par la formation de groupes de travail dont la composition reflète un produit ou un service orienté vers un marché extérieur à l'organisation. Une troisième phase est orientée vers l'intégration des résultats des deux premières; l'intégration pose alors beaucoup moins de problèmes que dans l'approche participative pure. Ensuite, les phases classiques se succèdent: plan d'action, évaluation puis retour au début du cycle. La technique des scénarios peut être utilisée dans la première phase, dans la seconde ou dans les deux à la fois.

CHAPITRE III

LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

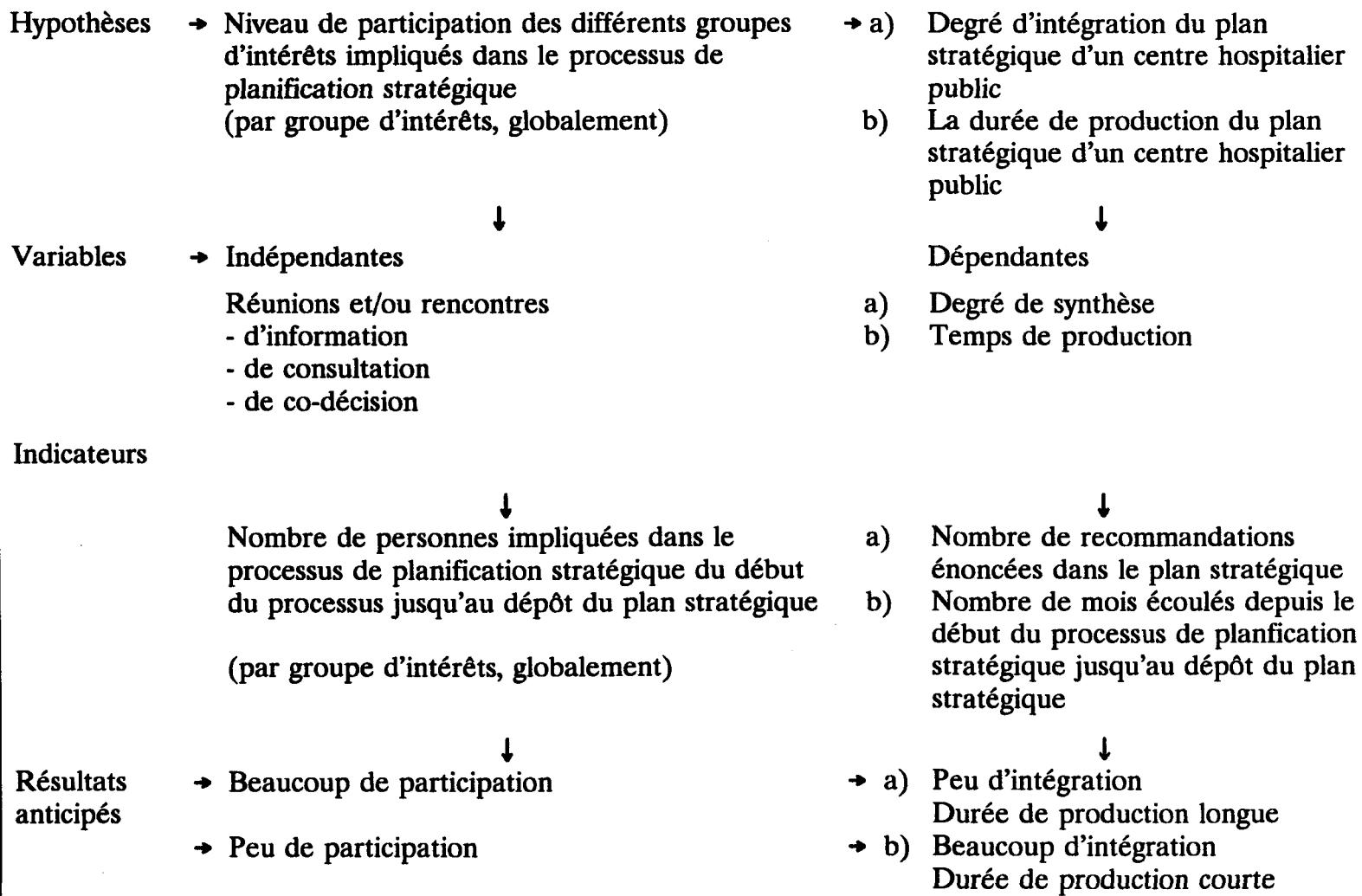
Dans ce chapitre, nous préciserons le cadre opératoire de la recherche, les éléments qui en découlent et expliquerons la méthodologie suivie.

3.1 Le cadre opératoire de la recherche

" Alors que le cadre conceptuel d'une recherche représente l'arrangement des concepts et sous-concepts construit au moment de la formulation du problème pour assurer théoriquement l'analyse ultérieure de l'objet d'étude, le cadre opératoire appartient à la partie de la méthode scientifique que l'on nomme "vérification". Il représente l'arrangement des variables et des indicateurs que l'on doit construire pour isoler des équivalents empiriques aux concepts opératoires de l'hypothèse" (Mace, 1988, p. 45).

Le tableau 5 qui suit illustre concrètement le cadre opératoire de notre recherche. On y retrouve sommairement nos hypothèses, les variables et les indicateurs utilisés, les résultats anticipés.

TABLEAU 5
LE CADRE OPÉRATOIRE DE NOTRE RECHERCHE



3.1.1 Les hypothèses de la recherche

Selon Mace (1988), "l'hypothèse est une réponse anticipée à la question spécifique de recherche. C'est un énoncé déclaratif qui précise une relation anticipée entre des phénomènes observés ou imaginés" (p. 41).

Afin d'atteindre cet objectif et de répondre à notre question de recherche, la démarche théorique proposée au tableau 5 suggère que le niveau de participation des différents groupes d'intérêts au processus de planification stratégique affecte d'une part, le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public et d'autre part, la durée de sa production. Le tableau 6 qui suit énonce l'ensemble des hypothèses suggérées par cette démarche de même que leurs implications. La rubrique 3.1.4 traitant des résultats anticipés précisera en termes plus clairs ces implications, nos indicateurs ayant été définis.

TABLEAU 6
LES HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE

ÉNONCÉ	IMPLICATIONS
Hypothèse 1 Le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des membres du conseil d'administration au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des membres du conseil d'administration au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus le degré d'intégration de son plan stratégique sera bas et vice versa
Hypothèse 2 La durée de production du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des membres du conseil d'administration au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des membres du conseil d'administration au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus la durée de son plan stratégique sera longue et vice versa
Hypothèse 3 Le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus le degré d'intégration de son plan stratégique sera bas et vice versa
Hypothèse 4 La durée de production du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus la durée de production de son plan stratégique sera longue et vice versa
Hypothèse 5 Le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des cadres supérieurs au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des cadres supérieurs au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus le degré d'intégration de son plan stratégique sera bas et vice versa

TABLEAU 6
LES HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE

ÉNONCÉ	IMPLICATIONS
Hypothèse 6 La durée de production du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des cadres supérieurs au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des cadres supérieurs au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus la durée de production de son plan stratégique sera longue et vice versa
Hypothèse 7 Le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des cadres intermédiaires au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des cadres intermédiaires au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus le degré d'intégration de son plan stratégique sera bas et vice versa
Hypothèse 8 La durée de production du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des cadres intermédiaires au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des cadres intermédiaires au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus la durée de production de son plan stratégique sera longue et vice versa
Hypothèse 9 Le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des employés syndiqués au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des employés syndiqués au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus le degré d'intégration de son plan stratégique sera bas et vice versa
Hypothèse 10 La durée de production du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des employés syndiqués au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des employés syndiqués au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus la durée de production de son plan stratégique sera longue et vice versa

TABLEAU 6
LES HYPOTHÈSES DE LA RECHERCHE

ÉNONCÉ	IMPLICATIONS
Hypothèse 11 Le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des autres personnes impliquées dans le processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des autres personnes impliquées dans le processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus le degré d'intégration de son plan stratégique sera bas et vice versa
Hypothèse 12 La durée de production du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des autres personnes impliquées au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation des autres personnes impliquées au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus la durée de production de son plan stratégique sera longue et vice versa
Hypothèse 13 Le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation de l'ensemble des groupes d'intérêts impliqués dans le processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation de l'ensemble des groupes d'intérêts impliqués dans le processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus le degré d'intégration de son plan stratégique sera bas et vice versa
Hypothèse 14 La durée de production du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation de l'ensemble des groupes d'intérêts impliqués dans le processus de planification stratégique conduisant à un tel plan	Plus le niveau de participation de l'ensemble des groupes d'intérêts impliqués dans le processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus la durée de production de son plan stratégique sera longue et vice versa

3.1.2 La définition des variables utilisées

Pour les fins de notre recherche, le concept "participation" sera mesuré à l'aide des variables suivantes:

- la variable "réunion et/ou rencontre d'information", "réunion et/ou rencontre au cours de laquelle le gestionnaire communique le résultat du processus de planification aux différents groupes d'intérêts" (Castonguay, 1983, p. 7.8).
- la variable "réunion et/ou rencontre de consultation", "réunion et/ou rencontre au cours de laquelle le gestionnaire prend soin de sonder l'opinion des différents groupes d'intérêts à chacune des étapes du processus de planification" (Castonguay, 1983, p. 7.8).
- la variable "réunion et/ou rencontre de co-décision", "réunion et/ou rencontre au cours de laquelle le gestionnaire exerce une influence égale à celle des différents groupes d'intérêts sur la réalisation de chacune des étapes du processus de planification" (Castonguay, 1983, p. 7.10).

La variable "degré de synthèse" soit "le niveau de réunion (de

combinaison) d'éléments en un tout" (petit Larousse illustré 1984, p. 979) mesurera quant à elle le concept "d'intégration" lequel peut être défini comme étant "la réunion ordonnée des diverses composantes qui forment un ensemble" (Vocabulaire pratique des sciences sociales, 1966, p. 145).

3.1.3 Les indicateurs utilisés pour la mesure des variables

Comme mesure du "niveau de participation" nous utiliserons l'indicateur "le nombre de personnes impliquées dans le processus de planification stratégique, du début du processus jusqu'au dépôt du plan stratégique".

Pour justifier l'utilisation de cet indicateur, nous nous référons à une étude du gouvernement du Québec précisant que "les travailleurs peuvent participer aux décisions relatives au fonctionnement de l'entreprise, il s'agira alors d'une participation à la gestion. Dans ce dernier cas, il s'agira de la présence des membres d'une organisation dans les différents comités mis en place pour assurer la marche de l'organisation" (Collection Études et Recherches, Octobre 1982, p. 60). Comme mesure du "niveau d'intégration" l'indicateur "le nombre de recommandations énoncées dans le plan stratégique" sera utilisé. Denis, Langley et Lozeau (1991), dans leur étude sur la planification stratégique dans le secteur hospitalier au Canada, ont utilisé cet

indicateur pour établir le degré de synthèse des plans stratégiques des hôpitaux.

Enfin, le nombre de mois écoulés depuis le début du processus de planification stratégique jusqu'au dépôt du plan stratégique servira d'indicateur à la variable "temps de production" laquelle variable découle de la notion de "durée de production".

Cet indicateur a aussi servi aux auteurs mentionnés précédemment pour mesurer la durée du processus de planification stratégique des hôpitaux.

3.1.4 Les résultats anticipés

Pour confirmer nos hypothèses de départ et leurs implications, nos indicateurs devront évoluer comme suit:

Plus il y aura de personnes impliquées (par groupe d'intérêts, globalement) dans le processus de planification stratégique

- plus il y aura de recommandations énoncées dans le plan stratégique

- plus le temps de production (nombre de mois) du plan stratégique sera élevé

Moins il y aura de personnes impliquées (par groupe d'intérêts, globalement) dans le processus de planification stratégique

- moins il y aura de recommandations énoncées dans le plan stratégique
- moins le temps de production (nombre de mois) du plan stratégique sera élevé

Cette évolution présumée de nos indicateurs trouve sa justification dans le fait que nous croyons qu'une participation élargie au processus de planification stratégique peut être interprétée par les participants comme une invitation ouverte à mettre sur la table leurs idées, leurs aspirations de développement pour le centre hospitalier, leur département ou leur service. Il est alors facile de créer des attentes car une fois qu'on a invité chacun des participants à donner son point de vue, ceux-ci s'attendent généralement à ce qu'on en tienne compte dans le plan stratégique d'où le risque d'éparpillement, de perte de vue de l'essentiel. On peut donc se retrouver avec autant de recommandations qu'il y a

de participants. Le même raisonnement peut s'appliquer au temps de production du plan stratégique. En invitant chacun à donner son point de vue, cela signifie qu'on lui alloue une certaine période de temps pour qu'il exprime ses idées d'où un impact à peu près proportionnel au nombre de participants sur le temps de production du plan stratégique.

3.2 La stratégie de vérification

Compte tenu de la nature et de l'accessibilité de l'information nécessaire pour vérifier nos hypothèses telles que formulées, la stratégie de vérification utilisée dans notre recherche sera l'étude de cas. Mace (1988) définit l'étude de cas comme étant "une stratégie de recherche empirique qui permet d'étudier des phénomènes contemporains dans la réalité où les frontières entre le phénomène et son contexte ne sont pas toujours évidentes" (p. 69).

Le choix de cette stratégie comporte certaines contraintes. En effet, selon Mace (1988), l'utilisation de l'étude de cas ne permet pas au chercheur de manipuler les variables en cause mais seulement d'observer les interrelations possibles entre ces variables; elle ne permet pas de généraliser facilement mais favorise en revanche une analyse plus approfondie d'un phénomène donné.

Dans ce contexte, abordons maintenant les moyens et procédures que nous entendons utiliser pour apporter des éléments de réponse à notre problématique et vérifier nos hypothèses.

3.3 Le plan d'échantillonnage

3.3.1 La population-cible

Aktouf (1987) désigne par population "l'ensemble indifférencié des éléments parmi lesquels seront choisis ceux sur qui s'effectueront les observations" (p. 72).

Pour notre recherche, la population utilisée se compose de centres hospitaliers publics du Québec répondant aux critères suivants:

- 1) vocation principale - soins de courte durée
- 2) deux cents (200) lits et plus
- 3) situés dans l'axe Québec - Montréal et Sherbrooke - Chicoutimi

L'utilisation de ces critères repose sur le fait qu'en regard de notre problématique et de notre question de recherche, nous tenons à analyser le

comportement de centres hospitaliers publics offrant une gamme variée de services médicaux et diagnostiques, à un niveau respectable et ce, dans des régions relativement populeuses.

Dans cette optique, à l'aide du recueil des établissements de santé du Québec, nous avons recensé 43 centres hospitaliers publics répondant à ces critères.

3.3.2 L'échantillonnage

Perrien, Chéron, Zins (1984) définissent la méthode d'échantillonnage comme "la façon de sélectionner les unités d'échantillon" (p. 209). Gravel (1986), quant à lui, rapporte deux types de méthodes d'échantillonnage: les méthodes probabilistes et les méthodes empiriques. Dans notre étude, nous avons utilisé une méthode empirique que nous pouvons qualifier d'accidentelle, en ce sens, que l'échantillon a été constitué en fonction de la disponibilité de l'information requise.

La démarche entreprise pour la constitution de notre échantillon avait pour objectif d'identifier, parmi les 43 centres hospitaliers publics recensés, les centres hospitaliers ayant entrepris un exercice de planification stratégique au

cours des cinq dernières années et ayant produit un plan stratégique écrit.

Un autre objectif de la démarche était d'identifier la personne ressource ayant assuré la coordination du processus de planification stratégique dans l'établissement.

À cette fin, un questionnaire succinct fut transmis à chaque directeur des ressources financières des établissements concernés (Re: Annexe 1).

Le taux de réponse à ce questionnaire a été de 100%. Des quarante-trois (43) centres hospitaliers contactés, vingt-six (26) avaient entrepris un exercice de planification stratégique au cours des cinq (5) dernières années et vingt-deux (22) avaient produit un plan stratégique écrit. De ces vingt-deux (22) centres hospitaliers, onze (11) ont constitué notre échantillonnage final dont six (6) avec affiliation universitaire et cinq (5) sans affiliation universitaire.

3.4 La collecte de l'information

3.4.1 Les instruments de collecte

Compte tenu de la nature des informations requises, lesquelles ont été

précisées dans notre cadre opératoire, deux types d'instruments de collecte de l'information ont été utilisés: le questionnaire et l'observation documentaire définie comme suit par Mace (1988): "technique par laquelle le chercheur consulte des documents desquels il extrait une information factuelle (statistiques ou autres) ou des opinions ou conclusions scientifiques qui lui serviront à appuyer son argumentation" (p. 80).

3.4.2 Le cheminement suivi

La première étape de notre cheminement a consisté à construire un questionnaire (Re: Annexe 2), lequel avait pour objectif:

- 1) d'identifier qui dans l'établissement avait participé au processus de planification stratégique (nombre de personnes par groupes d'intérêts), quand (à quelle étape du processus) et comment (de quelle manière)
- 2) de déterminer la durée du processus (nombre de mois)

Toutes les réponses exigées étaient sous forme numériques.

Nous avons par la suite testé notre questionnaire en le distribuant à

trois cadres supérieurs d'un établissement de façon à vérifier leur compréhension des questions. Leur compréhension des questions correspondait à nos attentes. Toutefois, selon eux, les questions portant sur le "quand" et le "comment" pourraient s'avérer difficiles à répondre, ceux-ci doutant que l'information soit disponible. Comme ces questions permettaient d'enrichir la recherche bien qu'étant complémentaires à celle-ci, on nous conseilla de les laisser dans le questionnaire, ce que nous fîmes.

La troisième étape fut d'envoyer avec le questionnaire une lettre de présentation aux vingt-deux (22) personnes ayant assuré la coordination du processus de planification stratégique dans les établissements ayant produit un plan stratégique. Cette lettre leur demandait de compléter le questionnaire et de nous le retourner avec une copie du plan stratégique de leur établissement.

Quelques semaines après avoir expédié les questionnaires, nous avons procédé à une relance auprès des centres hospitaliers retardataires. Nous avons procédé de la sorte à toutes les deux semaines et ce pendant deux mois. Cette technique nous a permis d'obtenir un taux de participation de 50%, nous donnant finalement, tel que mentionné précédemment, un échantillonnage total de onze (11) établissements.

La dernière étape de notre cheminement a été de procéder à l'extraction des informations pertinentes contenues dans les questionnaires et les plans stratégiques de ces onze (11) établissements.

De ces questionnaires, nous avons extrait les informations suivantes:

- le nombre de personnes impliquées dans le processus de planification stratégique du début du processus jusqu'au dépôt du plan stratégique et ce, par groupe d'intérêts, par établissement
- le nombre de mois écoulés depuis le début du processus de planification stratégique jusqu'au dépôt du plan stratégique, par établissement

Des plans stratégiques nous avons extrait:

- le nombre de recommandations énoncées dans ceux-ci, par établissement

Le tableau 7 ci-dessous illustre l'ensemble des informations extraites des questionnaires et des plans stratégiques des centres hospitaliers faisant partie de notre échantillonnage.

TABLEAU 7
INFORMATIONS EXTRAITES DES QUESTIONNAIRES ET
DES PLANS STRATÉGIQUES DE NOTRE ÉCHANTILLONNAGE

CH	Indicateurs des variables indépendantes # personnes/groupe d'intérêts										Indicateurs des variables dépendantes	
	Memb. CA	Memb. CMDP	Cadres supér.	Cadres interm.	Empl. synd.	Béné- voles	Gr. s.écon	Bénéf.	Autres	Total	# recom	# mois
1	2	12	7	8	3	1	--	--	--	33	21	6
2	5	18	5	29	1	--	13	1	3	75	20	6
3	2	22	6	6	11	2	--	--	12	61	23	12
4	3	15	6	30	--	3	--	--	3	60	16	6
5	3	13	7	--	2	--	--	--	1	26	31	1
6	13	15	7	45	8	6	5	--	11	110	15	10
7	1	76	13	24	19	--	1	1	--	135	110	22
8	20	30	10	70	--	--	--	--	--	130	34	24
9	6	36	14	62	1	1	1	--	10	131	39	6
10	3	15	8	21	--	--	--	--	--	47	15	10
11	--	--	10	12	--	--	--	--	20	42	38	22

À la lumière des informations contenues dans ce tableau, on note plusieurs indicateurs nuls dans les groupes d'intérêts suivants: bénévoles, groupes socio-économiques, bénéficiaires. Dans le but de faciliter le traitement de nos données, nous avons regroupé ces indicateurs avec la catégorie "autres". Le tableau 8 illustre le tout.

TABLEAU 8
**INFORMATIONS EXTRAITES DES QUESTIONNAIRES ET
DES PLANS STRATÉGIQUES DE NOTRE ÉCHANTILLONNAGE**

CH	Indicateurs des variables indépendantes # personnes/groupe d'intérêts						Total	Indicateurs des variables dépendantes	
	Membres CA	Membres CMDP	Cadres supér.	Cadres interm.	Empl. synd.	Autres		# recom	# mois
1	2	12	7	8	3	1	33	21	6
2	5	18	5	29	1	17	75	20	6
3	2	22	6	6	11	14	61	23	12
4	3	15	6	30	--	6	60	16	6
5	3	13	7	--	2	1	26	31	1
6	13	15	7	45	8	22	110	15	10
7	1	76	13	24	19	2	135	110	22
8	20	30	10	70	--	--	130	34	24
9	6	36	14	62	1	12	131	39	6
10	3	15	8	21	--	--	47	15	10
11	--	--	10	12	--	20	42	38	22

3.5 Le traitement de l'information

3.5.1 La classification de l'information

Pour Mace (1988), la classification de l'information "consiste à classer les faits recueillis à l'intérieur de catégories préalablement déterminées par les référents empiriques du cadre opératoire et la ou les techniques d'analyse retenues" (p. 92).

Si l'on consulte le tableau 8, on constate que l'ensemble de nos indicateurs, tant pour les variables indépendantes que dépendantes, font partie de la catégorie numérique à savoir "une catégorie sur la base de nombres qui, mis en relation, révèlent des intervalles ou des ratios" (Mace, 1988, p. 54). Cette constatation a orienté le choix de notre méthode pour le traitement des données.

3.5.2 La méthode de traitement des données

La méthode de traitement des données utilisée a été l'analyse statistique ou probabilité laquelle "vise à établir des relations mathématiques entre les variables déterminées dans le cadre opératoire" (Mace, 1988, p. 97).

Par conséquent, compte tenu que l'objectif de notre recherche est de tester certaines hypothèses reliant chacune une variable indépendante à une variable dépendante, nous avons tenté par cette méthode

- 1) de vérifier l'existence d'une relation de dépendance entre ces variables par le calcul du coefficient de corrélation r
- 2) de vérifier l'intensité de cette relation par le calcul du coefficient de détermination r^2
- 3) de vérifier la validité ou l'importance de cette relation compte tenu de la taille de l'échantillon par le calcul du rapport F

et ce, pour le seuil de signification $\alpha = .01$

Le logiciel Stat-View 512 + a été utilisé pour faire le traitement statistique de nos données.

3.6 Les limites méthodologiques de la recherche

Compte tenu du mode d'échantillonnage utilisé et de la taille de l'échantillon, les résultats observés suite aux diverses analyses effectuées pourront difficilement être généralisés.

Secundo, la validité de l'information recueillie à l'aide du questionnaire est fonction de la bonne foi des personnes ressources contactées. Les données nécessaires ayant été très bien définies, toute information reçue de ces personnes a été présumée véridique.

Enfin, le décompte du nombre de recommandations énoncées dans les plans stratégiques des établissements participants a été fait par l'auteur du mémoire. Nous nous sommes abstenus de porter tout jugement sur le type de recommandations énoncées (stratégiques ou opérationnelles) considérant que si ces recommandations apparaissaient au plan stratégique d'un établissement, c'est que les personnes impliquées dans son processus de planification stratégique jugeaient celles-ci importantes.

CHAPITRE IV

LA VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

4.1 Le test d'hypothèses

Pour vérifier nos hypothèses, nous utiliserons le "test d'hypothèses" qui peut être défini comme "une simple règle de décision" (Bertrand, 1986, p. 183). Sanders, Murph et Eng (1984) précisent les différentes étapes du test d'hypothèses.

La première étape consiste à spécifier la valeur présumée du paramètre avant de procéder à l'échantillonnage. Cette hypothèse est appelée hypothèse nulle (H_0) et c'est elle qui sera comparée avec le résultat obtenu de l'échantillon. Si le résultat échantillonnalement mène au rejet de l'hypothèse nulle, la conclusion acceptée s'appelle l'hypothèse alternative (H_1).

Après avoir déterminé l'hypothèse nulle et l'hypothèse alternative, la deuxième étape consiste à établir le critère d'acceptation ou de rejet de l'hypothèse nulle. Ce critère, aussi appelé seuil de signification (α), correspond au risque accepté de rejet de l'hypothèse nulle alors que celle-ci est vraie. Dans notre recherche, ce seuil de signification sera fixé à .01 en raison des limites énoncées dans le chapitre précédent.

Une fois le seuil de signification choisi, la troisième étape consiste à

déterminer la distribution de probabilités appropriée pour effectuer le test.

Dans notre étude, nous utiliserons la distribution F.

Après avoir précisé le seuil de signification désiré et la distribution à utiliser, la quatrième étape du test consiste à déterminer la région critique ou de rejet, laquelle indique, en unités standard, quelles sont les valeurs de la statistique qui doivent être considérées comme significativement différentes de la valeur présumée dans l'hypothèse nulle. Lorsque la différence standardisée entre la statistique et la valeur présumée du paramètre se situe dans la région de rejet, l'hypothèse nulle doit être rejetée. Dans le cas contraire, elle doit être acceptée.

4.2 Les analyses de régression et de corrélation

L'analyse de régression vise à déterminer une équation de régression ou d'estimation qui décrit la relation fonctionnelle existant entre les variables. On recourt à cette équation de régression pour faire des prévisions, auxquelles est associée une erreur possible dont l'ampleur est déterminée par l'erreur type de l'estimation. Deux types d'analyses de régression sont le plus souvent utilisées: la régression simple ou la régression multiple. Dans le cas d'une analyse de régression simple, deux variables seulement sont impliquées, soit une variable

explicative (indépendante) et une variable expliquée (dépendante). Dans le cas d'une analyse de régression multiple, plusieurs variables explicatives (indépendantes) sont mises à contribution. Pour les fins de notre étude, nous utiliserons la méthode de régression simple.

On représente généralement l'équation de régression simple comme suit:

$$Y_c = a + b X$$

où

a = ordonnée à l'origine (la valeur de Y_c pour $X = 0$)

b = pente de la droite de régression (la variation de Y_c pour une variation d'une unité de X)

X = valeur de la variable indépendante

Y_c = valeur calculée de la variable dépendante

Il est à noter que b peut être positif ou négatif et c'est par son signe que l'on peut déterminer le sens de la relation observée entre les variables.

L'analyse de corrélation pour sa part a trait à l'évaluation de mesures

(le coefficient de détermination (r^2) et le coefficient de corrélation (r)) ayant pour but de refléter le degré d'association ou de corrélation qui existe entre les variables.

"Le coefficient de détermination (r^2) est une mesure de la proportion de la variation dans la variable Y qui s'explique par la présence de la variable X (ou par la droite de régression)" (Sanders, Murph et Eng, 1984, p. 360).

Le coefficient de corrélation (r) quant à lui n'est simplement que la racine carrée du coefficient de détermination (r^2). Il nous donne cependant une idée de l'importance de la liaison linéaire entre les variables X et Y. Sa valeur se situera toujours entre -1 et +1. S'il est nul, il y a absence de corrélation linéaire entre les variables. Par contre, si $r = \pm 1$, cela signifie qu'il y a une corrélation linéaire parfaite entre X et Y.

Par conséquent, compte tenu que le coefficient de détermination est la valeur au carré du coefficient de corrélation, il sera toujours compris entre 0 et 1; s'il est égal à 0, nous pouvons affirmer qu'il y a absence de corrélation linéaire entre les variables au même titre que pour le coefficient de corrélation.

4.3 La démarche de vérification

4.3.1 L'énoncé du test d'hypothèses

À partir de la prémissse précédemment énoncée, pour vérifier nos hypothèses, nous utiliserons le test d'hypothèses où

$H_0 : r^2 = 0$ signifiant qu'il y a absence de corrélation linéaire entre la variable indépendante et la variable dépendante

$H_1 : r^2 > 0$ signifiant qu'il y a corrélation linéaire entre la variable indépendante et la variable dépendante

au seuil de signification $\alpha = .01$

utilisant le rapport F pour tester si la régression est significative, lequel

se définit comme suit:

$$F = r^2 xy / (1 - r^2 xy) / n - 2$$

où

$r^2 xy$ = le carré du coefficient de corrélation entre les variables X et Y

n = taille de l'échantillon

qui suit une distribution F avec 1 et $n - 2$ degrés de liberté.

amenant une prise de décision.

Pour accepter la contre-hypothèse H_1 , il faut que le coefficient de détermination soit différent de 0 et que la valeur observée de F au niveau de notre échantillon soit plus grande que la valeur théorique de F à un niveau de confiance de .01. Lorsque ces conditions seront remplies, nous pourrons dire qu'il existe une relation linéaire statistiquement significative entre les variables X et Y.

4.3.2 Le plan de traitement des données

Le tableau 9 qui suit illustre les diverses relations entre les variables X et Y que nous entendons traiter par l'analyse de régression simple.

TABLEAU 9

RELATIONS ENTRE LES VARIABLES X ET Y

	VARIABLES	DÉPENDANTES (Y)			
		Y_1 #recommandations	Y_2 # mois		
I N D É P E N D A N T E S	#personnes par groupe d'intérêts				
X ₁	= C.A.	X ₁ Y ₁		X ₁ Y ₂	
X ₂	= C.M.D.P.	X ₂ Y ₁		X ₂ Y ₂	
X ₃	= C.S.	X ₃ Y ₁		X ₃ Y ₂	
X ₄	= C.I.	X ₄ Y ₁		X ₄ Y ₂	
X ₅	= E.S.	X ₅ Y ₁		X ₅ Y ₂	
X ₆	= Autres	X ₆ Y ₁		X ₆ Y ₂	
(X)	$\Sigma X_1 \dots X_6$	$\Sigma X_1 \dots X_6 Y_1$		$\Sigma X_1 \dots X_6 Y_2$	

Explication des abréviations:

C.A.	Conseil d'administration
C.M.D.P.	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
C.S.	Cadres supérieurs
C.I.	Cadres intermédiaires
E.S.	Employés syndiqués
Autres	Bénéficiaires, bénévoles, membres d'autres organismes, etc...

4.3.3 Les résultats du traitement des données

Le tableau 10 qui suit montre les résultats de l'analyse de régression simple effectuée sur les variables X et Y conformément à notre plan de traitement des données.

TABLEAU 10
ANALYSE DE RÉGRESSION SIMPLE SUR LES VARIABLES X ET Y
SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Nature de la relation	Coeffi-cient de détermi-nation	F obser-vé	F théo-rique $\alpha : .01$	Sign. F	B (bêta)	Rel. signif.
$X_1 \quad Y_1$ $X_1 = C.A. \quad Y_1 = Rec.$	.038	.352	8.65	.5674	-.877	Non
$X_1 \quad Y_2$ $X_1 = C.A. \quad Y_2 = Mois$	.072	.697	8.65	.4255	.35	Non
$X_2 \quad Y_1$ $X_2 = CMDP \quad Y_1 = Rec.$	.753	27.504	8.65	.0005	1.177	Oui
$X_2 \quad Y_2$ $X_2 = CMDP \quad Y_2 = Mois$	.143	1.501	8.65	.2517	-.125	Non
$X_3 \quad Y_1$ $X_3 = CS \quad Y_1 = Rec.$	.49	8.633	8.65	.0165	1.481	Non
$X_3 \quad Y_2$ $X_3 = CS \quad Y_2 = Mois$	.229	2.666	8.65	.137	-.49	Non
$X_4 \quad Y_1$ $X_4 = CI \quad Y_1 = Rec.$	.001	.005	8.65	.9447	-.868	Non
$X_4 \quad Y_2$ $X_4 = CI \quad Y_2 = Mois$	.075	.731	8.65	.4147	-.155	Non
$X_5 \quad Y_1$ $X_5 = ES \quad Y_1 = Rec.$	.491	8.688	8.65	.0163	.719	Oui
$X_5 \quad Y_2$ $X_5 = ES \quad Y_2 = Mois$	.098	.981	8.65	.3478	-.513	Non
$X_6 \quad Y_1$	.054	.511	8.65	.4929	-.733	Non
	E-4					
$X_6 \quad Y_2$	1.987	.002	8.65	.9672	-.676	Non
$\Sigma X_1 \dots X_6 \quad Y_1$ $X_1..X_6 = Ts.\text{groupes} \quad Y_1 = Rec.$	.256	3.099	8.65	.1122	-.094	Non
$\Sigma X_1 \dots X_6 \quad Y_2$ $X_1..X_6 = Ts.\text{groupes} \quad Y_2 = Mois$	.205	2.318	8.65	.1622	-.041	Non

4.3.4 L'analyse des résultats

À la lumière des données figurant au tableau 10 et compte tenu des critères d'acceptation que nous nous étions fixés à savoir:

- 1) coefficient de détermination > 0
- 2) F observé $> F$ théorique au seuil $\alpha = .01$

nous sommes maintenant en mesure de faire les constats suivants:

- le niveau de participation des membres du conseil d'administration au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur le nombre de recommandations énoncées dans son plan stratégique (relation $X_1 Y_1$)

. ces résultats nous semblent plausibles puisqu'en général, les membres du conseil d'administration d'un centre hospitalier public n'ont pas une connaissance approfondie du milieu hospitalier et peuvent donc difficilement en influencer les orientations

- le niveau de participation des membres du conseil d'administration au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas

d'influence significative sur la durée de production de son plan stratégique (relation $X_1 Y_2$)

. ces résultats nous semblent plausibles et logiques compte tenu des faits précédemment mentionnés (voir relation $X_1 Y_1$)

- le niveau de participation des membres du C.M.D.P. au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public a une influence significative sur le nombre de recommandations énoncées dans son plan stratégique (relation $X_2 Y_1$); de fait 75.3% de la variation du nombre de recommandations énoncées dans les plans stratégiques est expliquée par le nombre de membres du C.M.D.P. impliqués dans le processus de planification stratégique

. ces résultats nous semblent très valables puisqu'ils correspondent à la réalité du contexte organisationnel des hôpitaux, lequel a été défini au chapitre I

- le niveau de participation des membres du C.M.D.P. au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur la durée de production de son plan stratégique (relation $X_2 Y_2$)

. ces résultats nous surprennent compte tenu de la relation significative $X_2 Y_1$ (# membres du C.M.D.P. versus # de recommandations);

cependant, nous devons nous rendre à l'évidence, statistiquement, il n'y a pas de relation significative ($X_2 Y_2$)

- le niveau de participation des cadres supérieurs (C.S.) au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur le nombre de recommandations énoncées dans son plan stratégique (relation $X_3 Y_1$)

- . bien que statistiquement valables, ces résultats laissent un doute sur l'influence des cadres supérieurs d'un centre hospitalier public sur le nombre de recommandations énoncées dans le plan stratégique; en effet, on peut noter que le F observé (8.633) n'est que très légèrement inférieur au F théorique (8.65); est-ce là un fait dû au hasard compte tenu de la petitesse de notre échantillonnage ou le reflet de la réalité hospitalière?

- le niveau de participation des cadres supérieurs (C.S.) au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur la durée de production de son plan stratégique (relation $X_3 Y_2$)

- . ces résultats nous semblent valables compte tenu de la relation statistiquement non significative $X_3 Y_1$ (# cadres supérieurs (C.S.) versus # de recommandations)

- le niveau de participation des cadres intermédiaires (C.I.) au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur le nombre de recommandations énoncées dans son plan stratégique (relation X₄ Y₁)

. ces résultats nous semblent plausibles bien que surprenants compte tenu de l'importance de la représentation des cadres intermédiaires au niveau de notre échantillonnage (voir tableau 8); cependant, ceci peut peut-être s'expliquer par le fait que les cadres intermédiaires sont constamment dans le feu de l'action donc plus préoccupés par la gestion quotidienne des activités de leur service que par les orientations futures du centre hospitalier

- le niveau de participation des cadres intermédiaires (C.I.) au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur la durée de production de son plan stratégique (relation X₄ Y₂)

. ces résultats nous semblent valables compte tenu de la relation statistiquement non significative X₄ Y₁ (# cadres intermédiaires (C.I.) versus # de recommandations)

- le niveau de participation des personnes représentant les employés syndiqués (E.S.) au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier

public a une influence significative sur le nombre de recommandations énoncées dans son plan stratégique (relation $X_5 Y_1$); 49.1% de la variation du nombre de recommandations énoncées dans les plans stratégiques des centres hospitaliers publics est expliquée par le nombre d'employés syndiqués impliqués dans le processus de planification stratégique

. à première vue, ces résultats nous semblent être dus à l'effet du hasard; toutefois, en poussant plus loin notre investigation, on constate au niveau des plans stratégiques recueillis pour notre étude, que beaucoup des personnes identifiées au groupe d'intérêts "employés syndiqués" sont en fait des professionnels de la santé syndiqués (infirmières, psychologues, physiothérapeutes, etc...) et par conséquent, en mesure d'influencer les orientations stratégiques d'un établissement lors d'un processus de planification stratégique; en outre, il ne faut pas oublier que ces personnes représentent en général des groupes particuliers et ont pour mission de faire valoir les idées du groupe qu'ils représentent avant leurs propres idées; donc, à posteriori, ces résultats nous semblent plausibles

- le niveau de participation des personnes représentant les employés syndiqués (E.S.) au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur la durée de production de son plan stratégique (relation $X_5 Y_2$)

. encore là, ces résultats nous surprennent compte tenu de la relation significative $X_5 Y_1$ (# de personnes représentant les employés syndiqués (E.S.) versus # de recommandations); toutefois, il faut nous rendre à l'évidence, statistiquement, il n'y a pas de relation significative $X_5 Y_2$

- le niveau de participation des autres personnes (bénéficiaires, bénévoles, membres de groupes socio-économiques, membres d'autres organismes, etc...) au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur le nombre de recommandations énoncées dans le plan stratégique (relation $X_6 Y_1$)

. ces résultats nous semblent plausibles pour les mêmes raisons évoquées pour les membres du conseil d'administration (relation $X_1 Y_1$)

- le niveau de participation des autres personnes (bénéficiaires, bénévoles, membres de groupes socio-économiques, membres d'autres organismes, etc...) au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur la durée de production de son plan stratégique (relation $X_6 Y_2$)

. ces résultats nous semblent valables compte tenu de la relation statistiquement non significative $X_6 Y_1$ (# de personnes "autres" versus # de recommandations)

- le niveau de participation de l'ensemble des groupes d'intérêts au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur le nombre de recommandations énoncées dans son plan stratégique (relation $X_1 \dots X_6 / Y_1$)

. ces résultats constituent pour nous une révélation et répondent en majeure partie aux questions que nous nous posions au début de notre étude; étant statistiquement incontestables, ils nous semblent plausibles

- le niveau de participation de l'ensemble des groupes d'intérêts au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'influence significative sur la durée de production de son plan stratégique (relation $X_1 \dots X_6 / Y_2$)

. ici encore, ces résultats constituent pour nous une révélation et répondent en majeure partie à une des questions que nous nous posions au début de notre étude; étant aussi statistiquement incontestables, ils nous semblent valables.

Donc, les résultats précédemment obtenus font que des quatorze (14) hypothèses émises au départ au chapitre III, deux seulement subsistent à savoir les hypothèses # 3 et # 9 lesquelles s'énoncent comme suit:

Hypothèse 3

Le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des membres du CMDP au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan.

Hypothèse 9

Le degré d'intégration du plan stratégique d'un centre hospitalier public est fonction du niveau de participation des employés syndiqués au processus de planification stratégique conduisant à un tel plan.

Les implications de ces hypothèses sont les suivantes:

Hypothèse 3

Plus le niveau de participation des membres du CMDP au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus le degré d'intégration de son plan stratégique sera bas et vice versa.

Hypothèse 9

Plus le niveau de participation des employés syndiqués au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sera élevé, plus le degré d'intégration de son plan stratégique sera bas et vice versa.

CHAPITRE V
CONCLUSION GÉNÉRALE

Au début de notre étude, nous nous inquiétions de l'impact de la participation élargie sur le plan stratégique d'un centre hospitalier public, car, dans notre esprit, le plan stratégique constitue un guide pour la prise de décision, un guide pour l'action future, pas une liste exhaustive énumérant l'ensemble des opinions de tous les participants au processus de planification stratégique. De plus, nous étions d'avis qu'il devait être produit dans un délai relativement court pour demeurer d'actualité.

Dans le but de vérifier nos appréhensions, nous avons énoncé la question de recherche suivante:

"Quelle est l'influence au niveau de participation des différents groupes d'intérêts impliqués dans le processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public sur le degré d'intégration et la durée de production de son plan stratégique?"

Par la suite, après avoir développé le contexte théorique de la recherche, nous avons émis des hypothèses pour vérifier, dans un premier temps, l'impact de la participation de l'ensemble des différents groupes d'intérêts sur le degré d'intégration et le temps de production des plans stratégiques des centres hospitaliers publics faisant partie de l'étude. En deuxième lieu, nous voulions

vérifier l'impact de la participation de chacun des groupes d'intérêts sur le degré d'intégration et le temps de production de ces mêmes plans stratégiques.

En développant les concepts, variables et indicateurs appropriés et en utilisant des méthodes d'analyse statistique reconnues, nous avons pu vérifier nos hypothèses et en tirer les conclusions suivantes, lesquelles constituent les réponses à notre question de recherche:

- Dans le cadre de notre étude, le niveau de participation de l'ensemble des groupes d'intérêts au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'impact significatif sur le degré d'intégration et la durée de production de son plan stratégique

- Le niveau de participation de chacun des groupes d'intérêts énumérés ci-dessous à savoir (membres du conseil d'administration, cadres supérieurs, cadres intermédiaires, autres personnes telles que bénévoles, bénéficiaires, membres de groupes socio-économiques, membres d'autres organismes, etc...) au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public n'a pas d'impact significatif sur le degré d'intégration et la durée de production de son plan stratégique.

- Le niveau de participation des membres du C.M.D.P. et des employés syndiqués (professionnels de la santé) au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public a un impact significatif sur le degré d'intégration de son plan stratégique mais non sur sa durée de production.

Mais comment expliquer ces résultats?

D'abord, on peut noter dans notre étude, que peu importe l'hypothèse étudiée, il n'existe aucune relation significative entre le niveau de participation au processus de planification stratégique et la durée de production du plan stratégique. Pourquoi? Selon nous, la durée de production du plan stratégique est moins liée au niveau de participation au processus de planification stratégique qu'au processus lui-même, lequel s'avère lourd et fastidieux. Peut-on alléger le processus sans en altérer la qualité du résultat?

Secundo, on constate que seul le niveau de participation du C.M.D.P. et des employés syndiqués (professionnels de la santé) a une relation significative avec le niveau d'intégration ou le nombre de recommandations énoncées dans le plan stratégique. Pourquoi? Dans le chapitre II, nous avons décrit les quatre conditions de la participation identifiées par Dion et Solasse (1968). L'une des conditions de participation à la prise de décision est de tendre vers l'égalité des

moyens des participants soit l'égalité dans l'accès à l'information, dans la connaissance des problèmes à débattre, dans la compétence i.e. dans la capacité de dominer les questions et les problèmes en suspens. Selon nous, dans la plupart des plans stratégiques étudiés faisant partie de notre étude, cette condition de participation n'a pas été respectée. En effet, si l'on se réfère au tableau 8, on constate que mis à part les membres du C.M.D.P., les employés syndiqués (professionnels de la santé) et peut-être aussi les cadres supérieurs, environ 460 personnes sur un total de 850 (54%) ayant participé au processus de planification stratégique, ne répondent pas à cette condition, d'où les résultats de notre étude. Est-ce là un indicateur pouvant favoriser une gestion plus adéquate de la participation au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public? Peut-être?

Pour terminer, nous avons fait état au chapitre III, des limites que comporte notre recherche sur le plan méthodologique. Cependant, n'eût été de certaines contraintes de temps, nous aurions pu essayer de clarifier, à partir de critères objectifs, les recommandations (stratégiques ↔ opérationnelles) contenues dans les plans stratégiques des centres hospitaliers faisant partie de l'étude, d'où des données plus précises, d'où un plus grand raffinement de nos résultats. De plus, nous aurions pu aussi enrichir notre recherche si les informations portant sur les degrés (minimum, intermédiaire, maximum) et les

formes de participation (information, consultation, co-décision) des différents groupes d'intérêts aux différentes étapes du processus de planification stratégique avaient été disponibles. Mais tel n'était pas le cas.

Dans la perspective de recherches futures, il serait intéressant de vérifier s'il existe une relation entre la nature des groupes d'intérêts impliqués dans un processus de planification stratégique et le type de recommandations énoncées dans les plans stratégiques des centres hospitaliers publics, à savoir: recommandations cliniques, administratives ou autres.

ANNEXE 1

**QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION DES CENTRES HOSPITALIERS
PUBLICS AYANT ENTREPRIS UN EXERCICE DE PLANIFICATION
STRATÉGIQUE AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES**

ANNEXEI. IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

Nom: _____

Titre: _____

Tél: () _____

Établissement: _____

_____II. INFORMATIONS REQUISSES

- 1) Votre établissement a-t-il entrepris un exercice de planification stratégique au cours des cinq dernières années ?

Oui _____ Non _____ (cocher)

N.B.: Si votre réponse à cette question est non, vous n'avez pas à répondre aux autres questions.

- 2) Est-ce qu'un plan stratégique écrit a été produit ?

Oui _____ Non _____ (cocher)

- 3) Qui a assuré la coordination du processus de planification stratégique dans votre établissement ?

Nom: _____

Titre: _____

Tél: () _____

- 4) La personne identifiée à la question 3 est-elle encore membre du personnel de votre établissement?

Oui _____ Non _____ (cocher)

- 5) Si votre réponse est non à la question 4, qui dans votre établissement, est le plus en mesure de me fournir des informations sur la "participation au processus de planification stratégique" ?

Nom: _____

Titre: _____

Tél: () _____

N/A _____ (cocher s'il y a lieu)

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Beauceville, le 15 novembre 1991

Chèr(e) collègue,

Je me permets par la présente de solliciter votre collaboration pour démarrer mon mémoire de recherche en planification stratégique pour l'obtention d'une maîtrise en "gestion des petites et moyennes organisations".

À cette fin, je vous serais reconnaissant si vous pouviez compléter l'annexe ci-jointe et me la retourner d'ici le 1er décembre 1991.

Vous remerciant à l'avance, acceptez, chèr(e) collègue, l'expression de mes sentiments distingués.



Pierre Poulin
Directeur financier
Centre hospitalier de Beauceville

ANNEXE 2

**QUESTIONNAIRE DE COLLECTE DES DONNÉES
PERTINENTES À NOTRE RECHERCHE**

**QUESTIONNAIRE ÉCRIT PORTANT SUR LA
PARTICIPATION AU PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE
EN MILIEU HOSPITALIER**

I- Identification du répondant

Nom: _____

Fonction: _____

Téléphone: () _____

II- Identification du Centre hospitalier

Nom: _____

Adresse:

III- Objectif du questionnaire

L'objectif du questionnaire est:

- (1) d'identifier qui dans votre établissement a participé au processus de planification stratégique, quand (à quelle étape du processus) et comment (de quelle manière),
- (2) de déterminer la durée du processus.

IV- Notes complémentaires

Avant de répondre au questionnaire, nous vous conseillons d'en faire une lecture rapide de façon à vous situer dans le contexte.

Pour toute information additionnelle, vous pouvez communiquer avec moi en composant le numéro de téléphone suivant: (418) 774-3251 Jour
(418) 774-5215 Soir

QUESTION 1 - Qui a participé au processus de planification stratégique? (Qui)

	<u>Nombre de personnes</u> ¹
(1) Membre(s) du C.A.	_____
(2) Membre(s) du C.M.D.P.	_____
(3) Cadres supérieurs	_____
(4) Cadres intermédiaires	_____
(5) Employés syndiqués	_____
(6) Bénévoles	_____
(7) Membre(s) de groupes socio-économiques	_____
(8) Bénéficiaires	_____
(9) Autres	_____
 TOTAL	 _____
 <hr/>	 <hr/>

¹ Nombre de personnes:

C'est le nombre de personnes impliquées dans le processus de planification stratégique, soit à une, à plusieurs ou à toutes les étapes du processus, du début de celui-ci jusqu'au dépôt du plan stratégique.

QUESTION 2: Quelle est la répartition des heures investies¹ par l'ensemble de ces personnes pour chacune des étapes du processus de planification stratégique énoncées ci-dessous?

(Quand)

Étapes	Identif. et/ou clarificat. de la mission et des valeurs de l'organisme	Analyse de l'environnement ext.: menaces et opportunités	Analyse de l'environnement int.: forces et faiblesses	Détermination orientations stratégiques de l'organisation	Élaboration des stratégies	Production d'un plan stratégique écrit	TOTAL
Membres du CA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Membres du CMDP	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cadres supérieurs	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cadres intermédiaires	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Employés syndiqués	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Bénévoles	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Membres gr. socio.écon.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Bénéficiaires	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Autres	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<hr/>							
TOTAL							

¹ Nombre d'heures investies:

C'est le nombre d'heures de travail investies par l'ensemble de ces personnes au cours du processus de planification stratégique, soit à une, à plusieurs ou à toutes les étapes du processus, du début de celui-ci jusqu'au dépôt du plan stratégique.

Question 3: À travers toutes les étapes du processus de planification stratégique utilisé dans votre établissement et pour chacun des groupes de personnes impliquées dans celui-ci, quelle a été la prépondérance de chacun des types de participation énoncés ci-dessous?

(Comment) (S.V.P. indiquez cette prépondérance en %)

	Participation informative ¹	Participation consultative ²	Participation co-décisionnelle ³	Autre type de participation	Total (en %)
(1) Membres du C.A.	_____	_____	_____	_____	100
(2) Membres du C.M.D.P.	_____	_____	_____	_____	100
(3) Cadres supérieurs	_____	_____	_____	_____	100
(4) Cadres intermédiaires	_____	_____	_____	_____	100
(5) Employés syndiqués	_____	_____	_____	_____	100
(6) Bénévoles	_____	_____	_____	_____	100
(7) Membres de groupes socio-économiques	_____	_____	_____	_____	100
(8) Bénéficiaires	_____	_____	_____	_____	100
(9) Autres	_____	_____	_____	_____	100

¹ Participation informative - les personnes impliquées dans le processus reçoivent l'information

² Participation consultative - les personnes impliquées dans le processus donnent leur opinion

³ Participation co-décisionnelle - les personnes impliquées dans le processus participent à la prise de décision

QUESTION 4 - Combien s'est-il écoulé de mois entre l'étape "d'identification et/ou de clarification de la mission et des valeurs de votre organisation" et celle où un plan stratégique écrit a été produit?

(Combien)

mois

Vos commentaires s'il y a lieu:

Merci de votre collaboration!

Beaucheville, le 23 janvier 1992

Bonjour,

Mon nom est Pierre Poulin et je suis directeur des ressources financières du Centre hospitalier de Beaucheville, en Beauce. J'élabore présentement un mémoire de recherche en planification stratégique dans le cadre du programme de maîtrise en gestion de l'Université du Québec à Chicoutimi.

L'objectif de cette recherche est de vérifier s'il existe une relation entre le niveau de participation au processus de planification stratégique d'un centre hospitalier public, et:

- (1) le degré d'intégration de son plan stratégique
- (2) l'échéancier de production de son plan stratégique

(voir "Hypothèse" en annexe)

On m'a informé que vous avez été le maître d'œuvre d'un exercice de planification stratégique dans votre établissement. C'est pourquoi je me permets par la présente de solliciter votre collaboration, laquelle s'avère essentielle pour la réalisation de mon mémoire.

Pour concrétiser cette collaboration, je vous serais reconnaissant si vous pouviez compléter le questionnaire annexé à la présente et me le retourner d'ici le 15 février 1992 avec une copie du plan stratégique de votre établissement dans l'enveloppe pré-adressée ci-jointe.

Pour couvrir les frais postaux, vous trouverez ci-joint des timbres pour une valeur de 2 00\$. Pour ce qui est des autres frais, tels photocopies, frais postaux excédentaires, etc..., veuillez m'en indiquer le coût et je me ferai un plaisir de vous rembourser dans les plus brefs délais.

Sachez que je suis conscient de l'effort demandé. Aussi, en contrepartie, je m'engage à vous transmettre une copie des conclusions de ma recherche lorsque celle-ci sera complétée.

Encore une fois, merci de votre collaboration et, veuillez accepter, l'expression de mes sentiments distingués.



Pierre Poulin
Directeur financier

P.S.: Tous les documents transmis seront traités dans la plus stricte confidentialité

ANNEXE 3

**DÉTAIL DES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE RÉGRESSION
SIMPLE SUR LES VARIABLES X ET Y**

Simple Regression X₁ : C.A. Y₁ : Rec.

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.194	.038	-.069	28.024

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	276.759	276.759	.352
RESIDUAL	9	7068.15	785.35	p = .5674
TOTAL	10	7344.909		

No Residual Statistics Computed

Note: 3 cases deleted with missing values.

1

Simple Regression X₁ : C.A. Y₁ : Rec.**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	37.531				
SLOPE	-.877	1.477	-.194	.594	.5674

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	13.792	52.026	17.418	48.4
SLOPE	-4.217	2.464	-3.584	1.831

2

Simple Regression X₁ : C.A. Y₂ : Mois

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.268	.072	-.031	7.948

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	44.014	44.014	.697
RESIDUAL	9	568.531	63.17	p = .4255
TOTAL	10	612.545		

No Residual Statistics Computed

3

Note: 3 cases deleted with missing values.

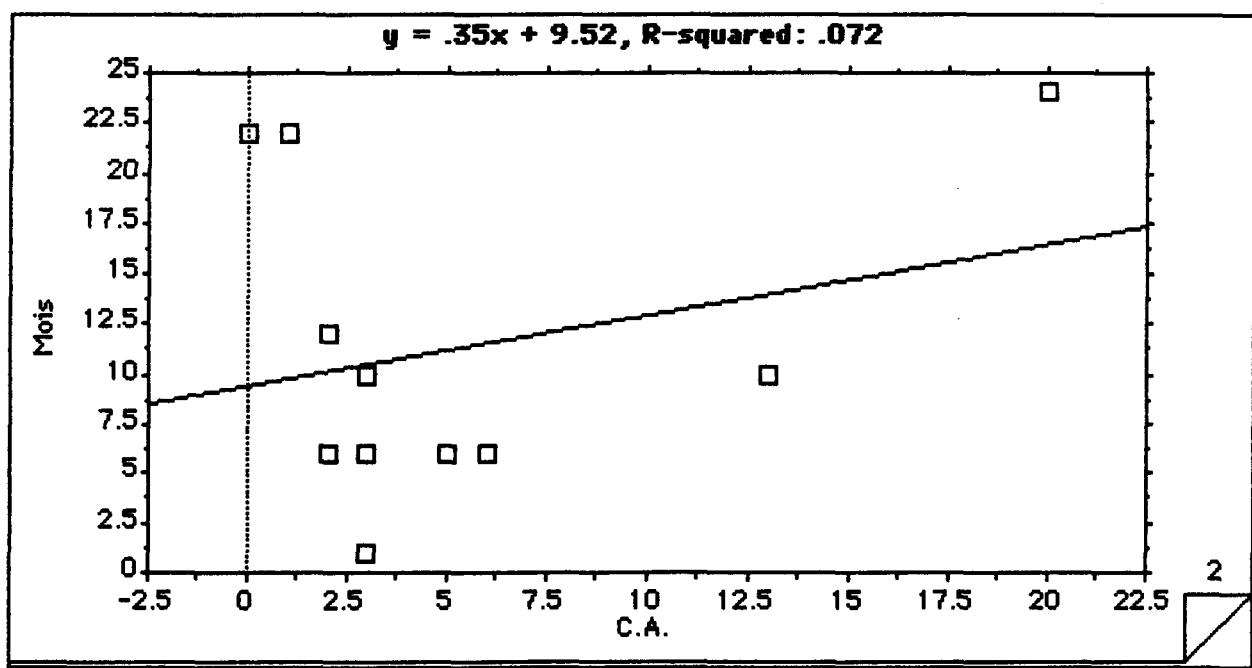
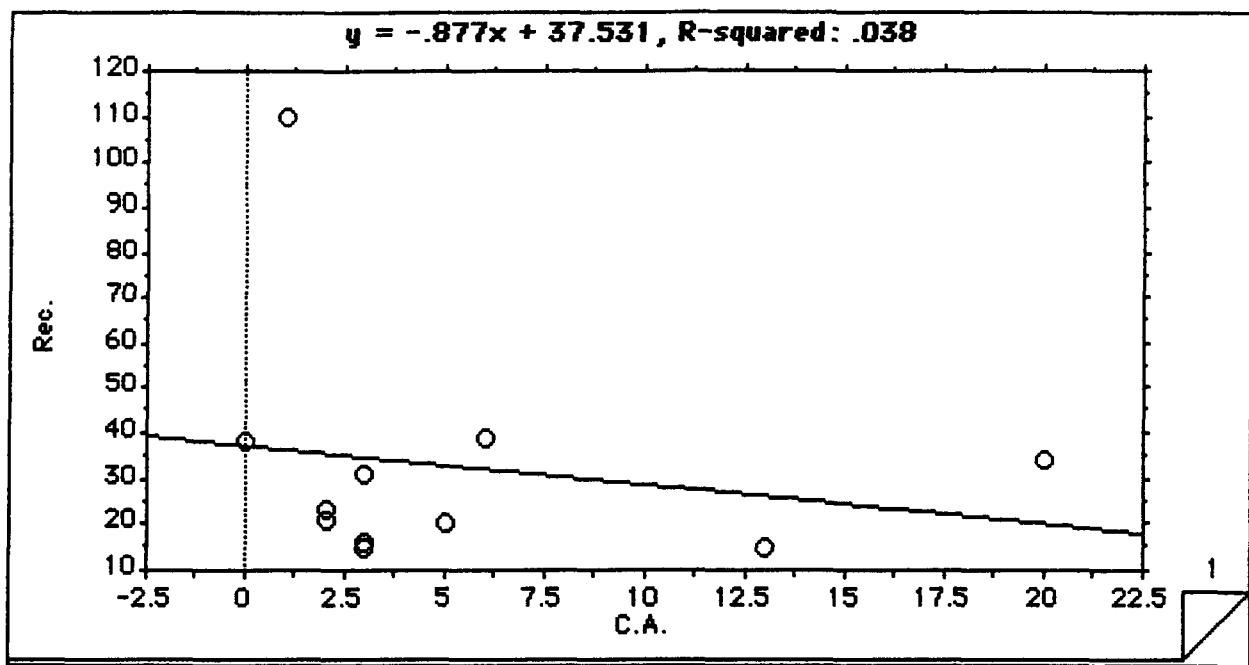
Simple Regression X₁ : C.A. Y₂ : Mois**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	9.52				
SLOPE	.35	.419	.268	.835	.4255

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	5.942	16.785	6.97	15.757
SLOPE	-.598	1.297	-.418	1.117

4



Simple Regression X₂ : C.M.D.P. Y₁ : Rec.

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.868	.753	.726	14.185

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	5534.031	5534.031	27.504
RESIDUAL	9	1810.879	201.209	p = .0005
TOTAL	10	7344.909		

No Residual Statistics Computed

Note: 3 cases deleted with missing values.

1

Simple Regression X₂ : C.M.D.P. Y₁ : Rec.**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	5.946				
SLOPE	1.177	.224	.868	5.244	.0005

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	23.233	42.585	25.068	40.75
SLOPE	.669	1.685	.766	1.588

2

Simple Regression X₂ : C.M.D.P. Y₂ : Mois

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.378	.143	.048	7.638

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	87.539	87.539	1.501
RESIDUAL	9	525.006	58.334	p = .2517
TOTAL	10	612.545		

No Residual Statistics Computed

Note: 3 cases deleted with missing values.

3

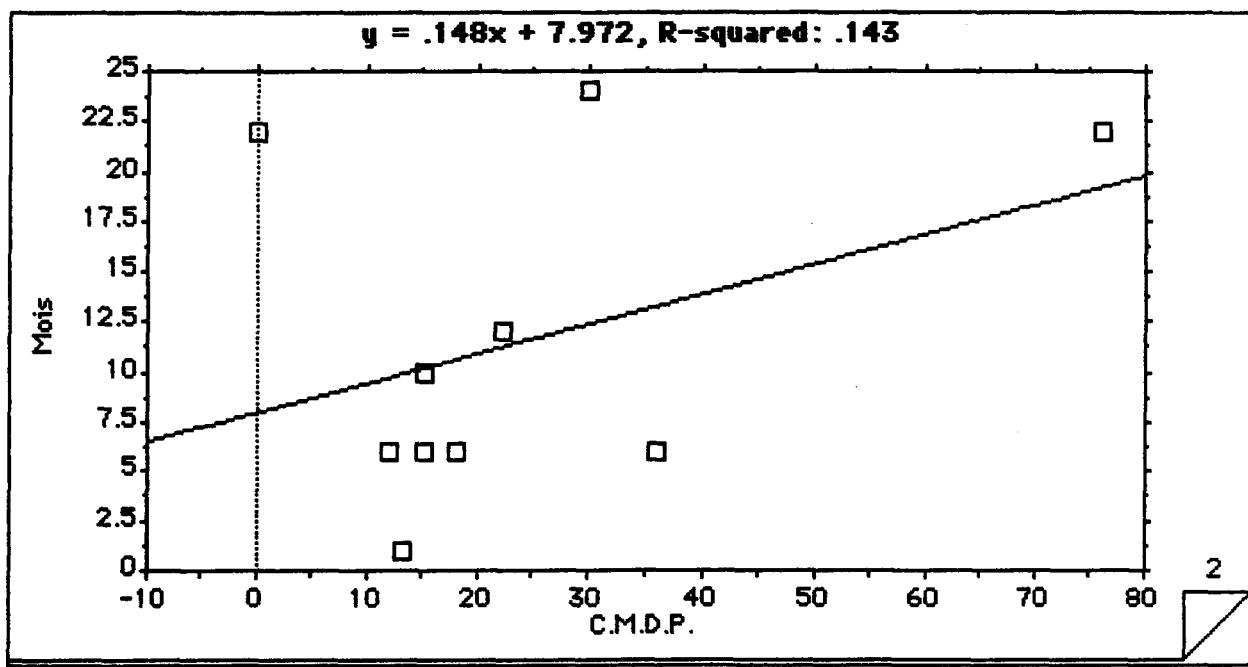
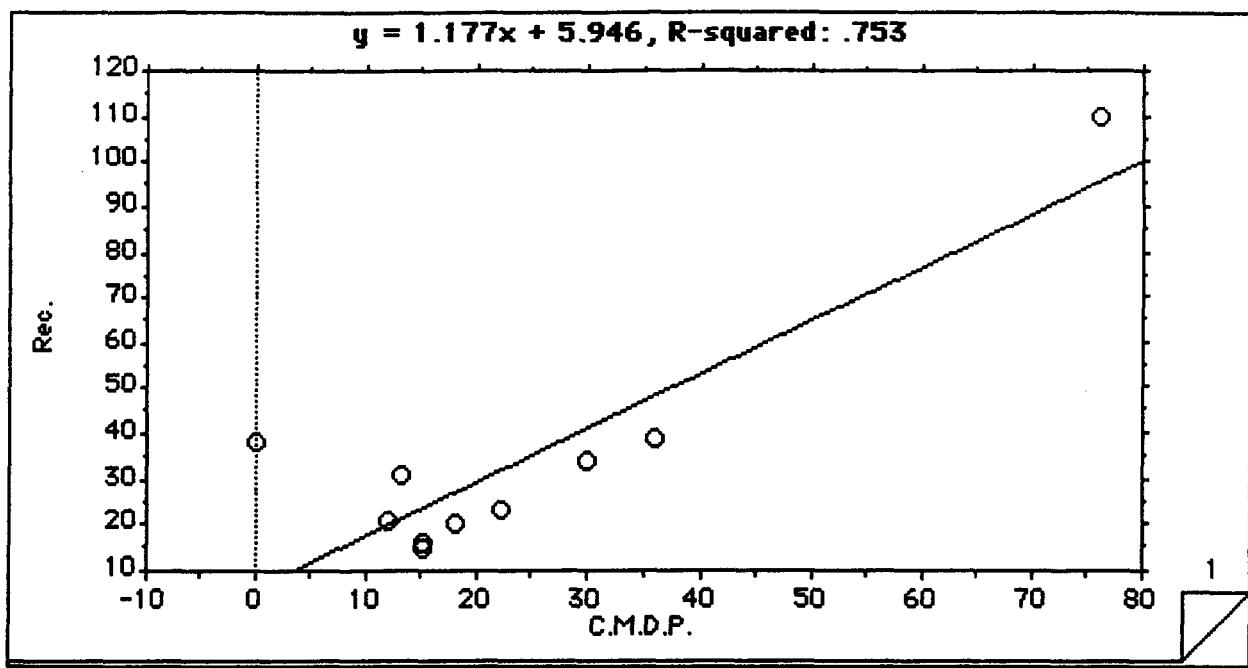
Simple Regression X₂ : C.M.D.P. Y₂ : Mois**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	7.972				
SLOPE	.148	.121	.378	1.225	.2517

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	6.154	16.574	7.142	15.585
SLOPE	-.125	.421	-.074	.37

4



Simple Regression X₃ : C.S. Y₁ : Rec.

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.7	.49	.433	20.409

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	3596.002	3596.002	8.633
RESIDUAL	9	3748.907	416.545	p = .0165
TOTAL	10	7344.909		

No Residual Statistics Computed

1

Note: 3 cases deleted with missing values.

Simple Regression X₃ : C.S. Y₁ : Rec.**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	-21.531				
SLOPE	6.439	2.192	.7	2.938	.0165

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	18.987	46.831	21.628	44.191
SLOPE	1.481	11.397	2.421	10.457

2

Simple Regression X₃ : C.S. Y₂ : Mois

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.478	.229	.143	7.246

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	139.979	139.979	2.666
RESIDUAL	9	472.566	52.507	p = .137
TOTAL	10	612.545		

No Residual Statistics Computed

Note: 3 cases deleted with missing values.

3

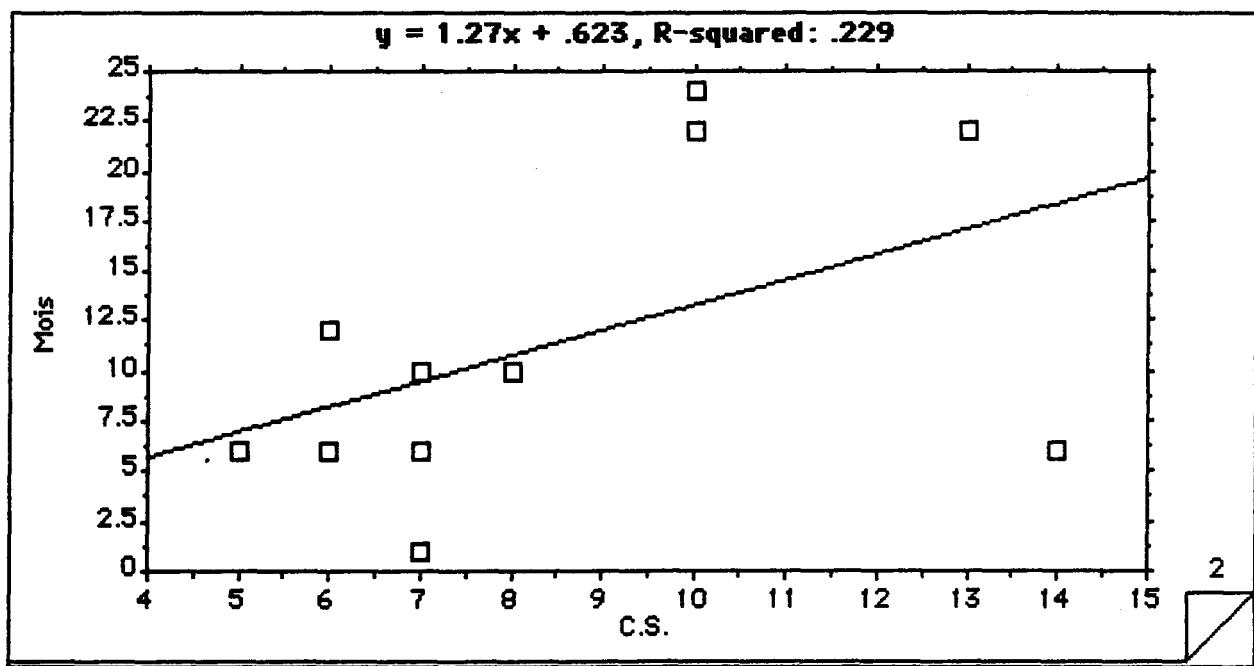
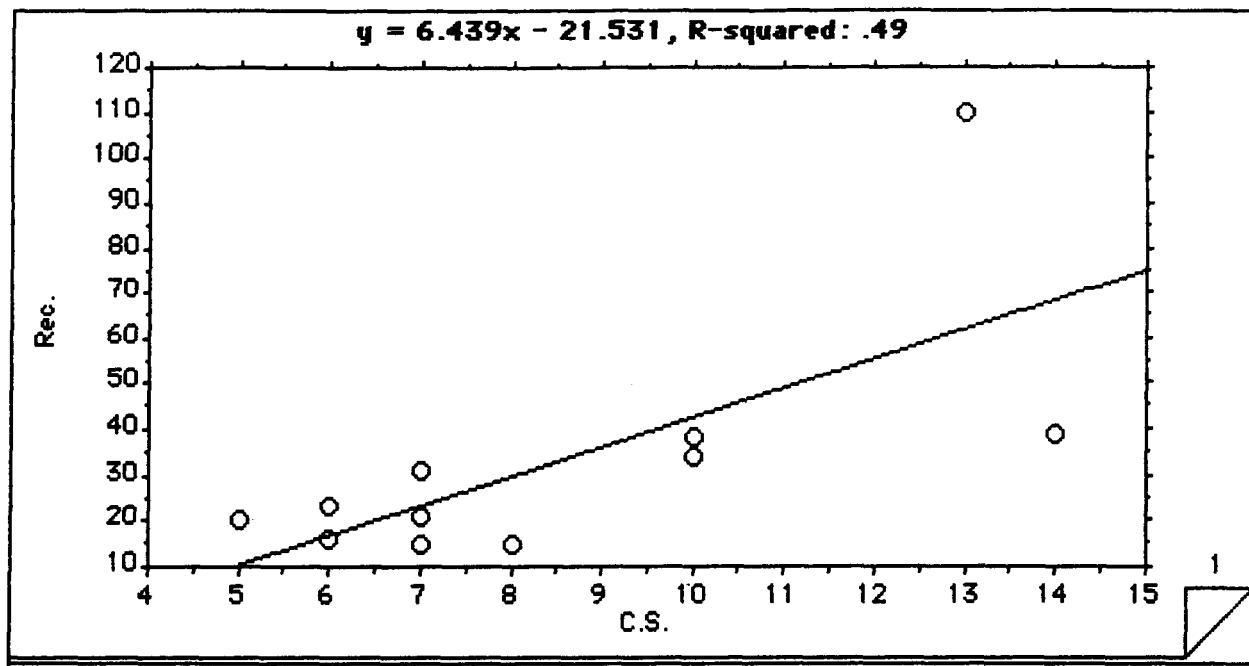
Simple Regression X₃ : C.S. Y₂ : Mois**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	.623				
SLOPE	1.27	.778	.478	1.633	.137

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	6.421	16.307	7.358	15.369
SLOPE	-.49	3.031	-.156	2.697

4



Simple Regression X₄ : C.I. Y₁ : Rec.

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.024	.001	-.11	28.559

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	4.148	4.148	.005
RESIDUAL	9	7340.761	815.64	p = .9447
TOTAL	10	7344.909		

No Residual Statistics Computed

1

Note: 3 cases deleted with missing values.

Simple Regression X₄ : C.I. Y₁ : Rec.**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	32.121				
SLOPE	.028	.396	.024	.071	.9447

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	13.427	52.391	17.123	48.696
SLOPE	-.868	.924	-.698	.754

2

Simple Regression X₄ : C.I. Y₂: Mois

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.274	.075	-.028	7.934

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	46.027	46.027	.731
RESIDUAL	9	566.518	62.946	p = .4147
TOTAL	10	612.545		

No Residual Statistics Computed

3

Note: 3 cases deleted with missing values.

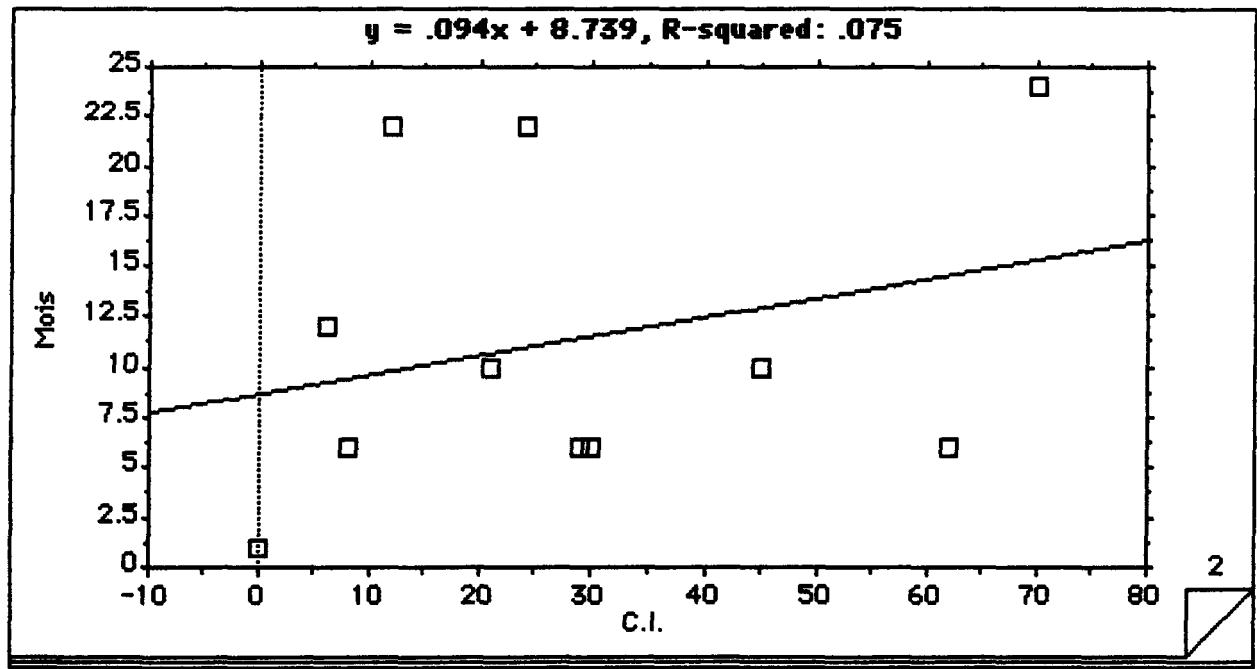
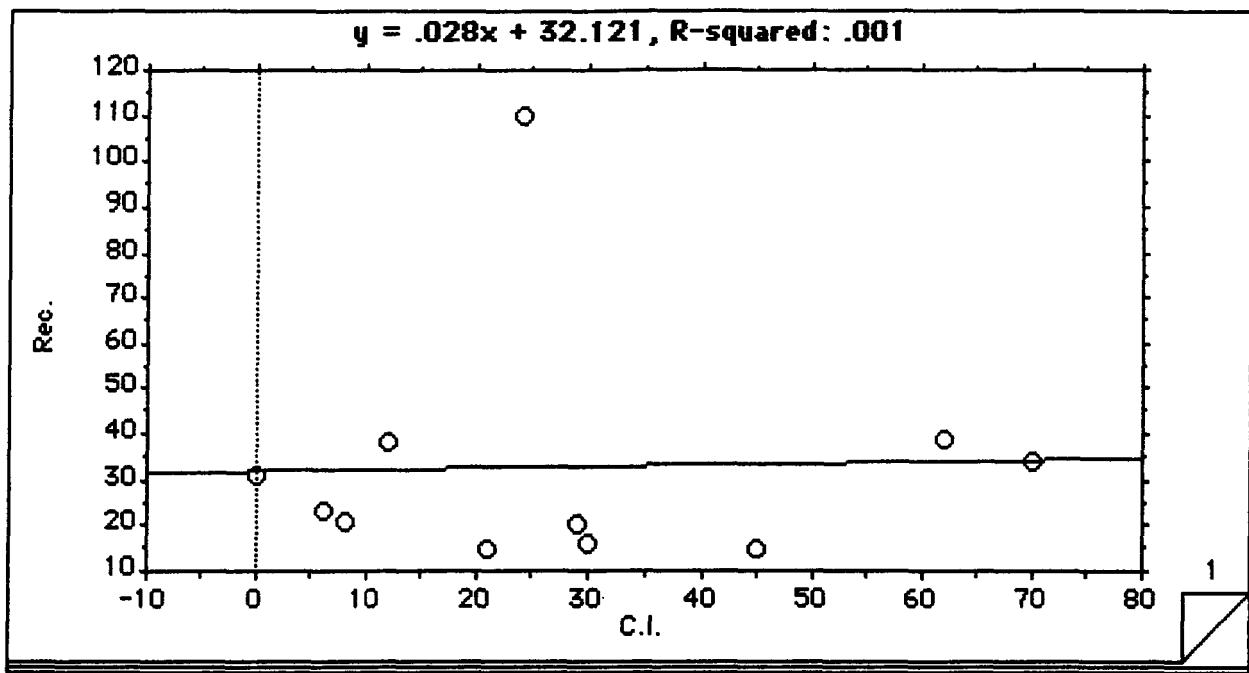
Simple Regression X₄ : C.I. Y₂: Mois**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	8.739				
SLOPE	.094	.11	.274	.855	.4147

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	5.952	16.776	6.978	15.749
SLOPE	-.155	.343	-.108	.296

4



Simple Regression X₅ : E.S. Y₁ : Rec.

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.701	.491	.435	20.378

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	3607.682	3607.682	8.688
RESIDUAL	9	3737.227	415.247	p = .0163
TOTAL	10	7344.909		

No Residual Statistics Computed

Note: 3 cases deleted with missing values.

1

Simple Regression X₅ : E.S. Y₁ : Rec.**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	20.253				
SLOPE	3.094	1.05	.701	2.948	.0163

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	19.009	46.81	21.645	44.173
SLOPE	.719	5.469	1.17	5.018

2

Simple Regression X₅ : E.S. Y₂ : Mois

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.314	.098	-.002	7.834

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	60.204	60.204	.981
RESIDUAL	9	552.342	61.371	p = .3478
TOTAL	10	612.545		

No Residual Statistics Computed

3

Note: 3 cases deleted with missing values.

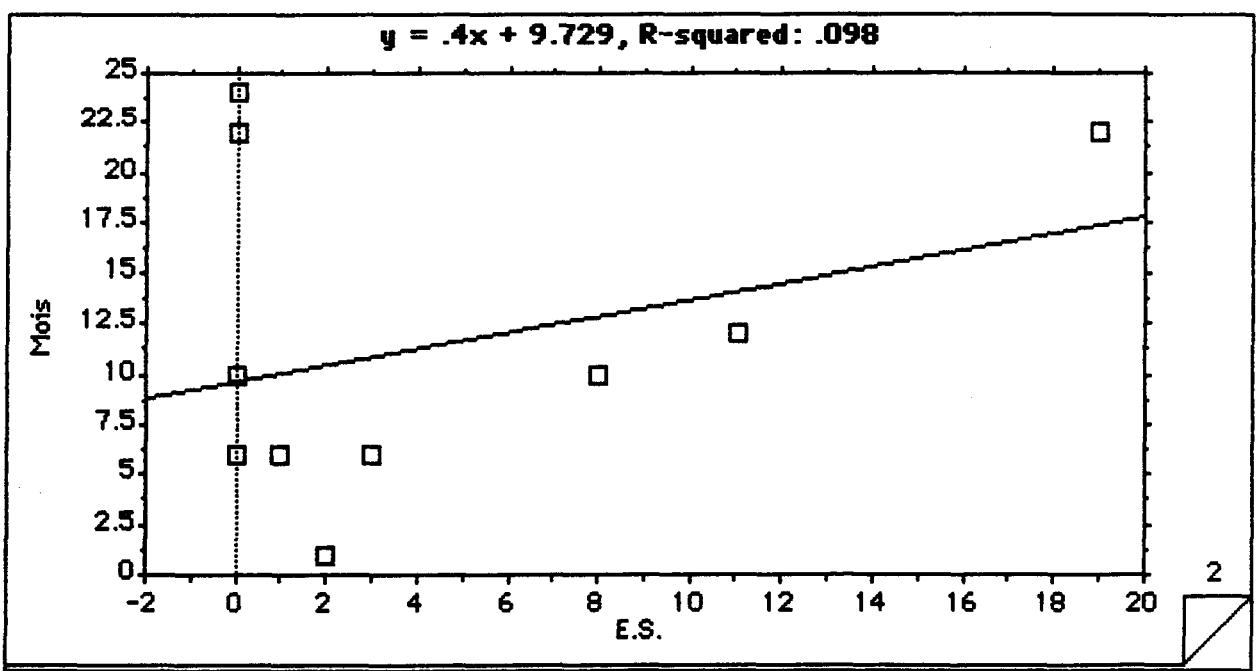
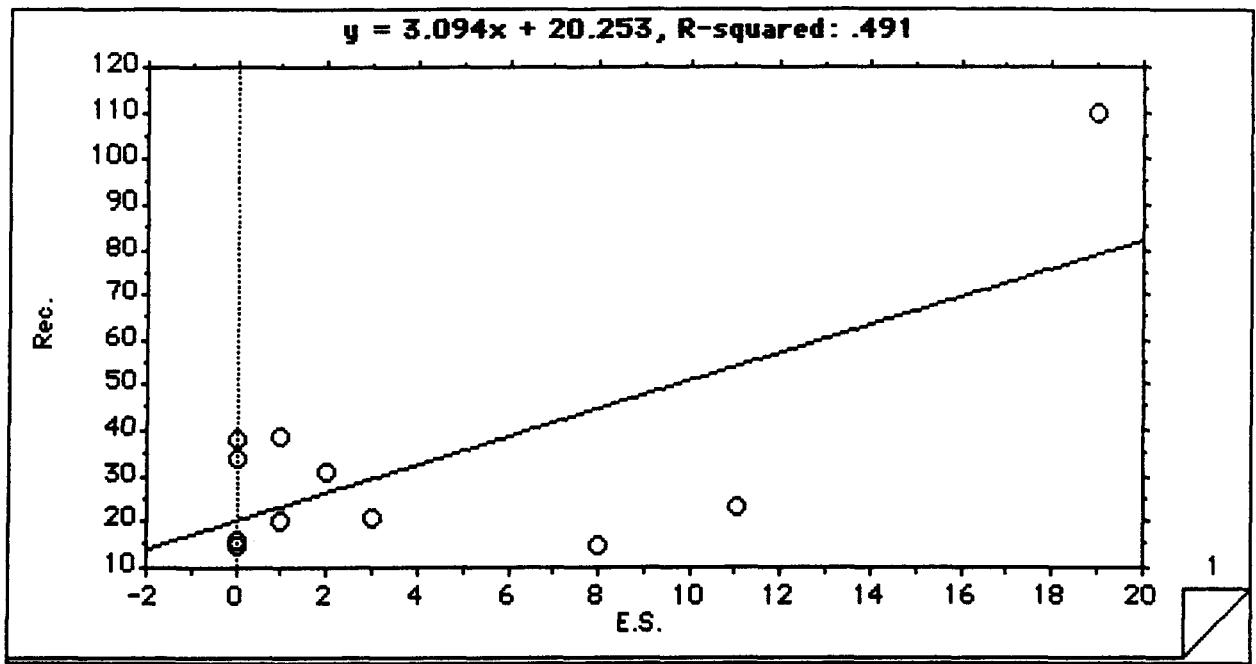
Simple Regression X₅ : E.S. Y₂ : Mois**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	9.729				
SLOPE	.4	.404	.314	.99	.3478

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	6.02	16.708	7.033	15.694
SLOPE	-.513	1.313	-.34	1.139

4



Simple Regression X₆: Autres Y₁: Rec.

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.232	.054	-.051	27.79

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	394.578	394.578	.511
RESIDUAL	9	6950.331	772.259	p = .4929
TOTAL	10	7344.909		

No Residual Statistics Computed

Note: 3 cases deleted with missing values.

1

Simple Regression X₆: Autres Y₁: Rec.**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	39.239				
SLOPE	-.733	1.025	-.232	.715	.4929

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	13.952	51.866	17.548	48.27
SLOPE	-3.053	1.587	-2.613	1.147

2

Simple Regression X₆: Autres Y₂: Mois

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.014	1.987E-4	-.111	8.249

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	.122	.122	.002
RESIDUAL	9	612.424	68.047	p = .9672
TOTAL	10	612.545		

No Residual Statistics Computed

Note: 3 cases deleted with missing values.

3

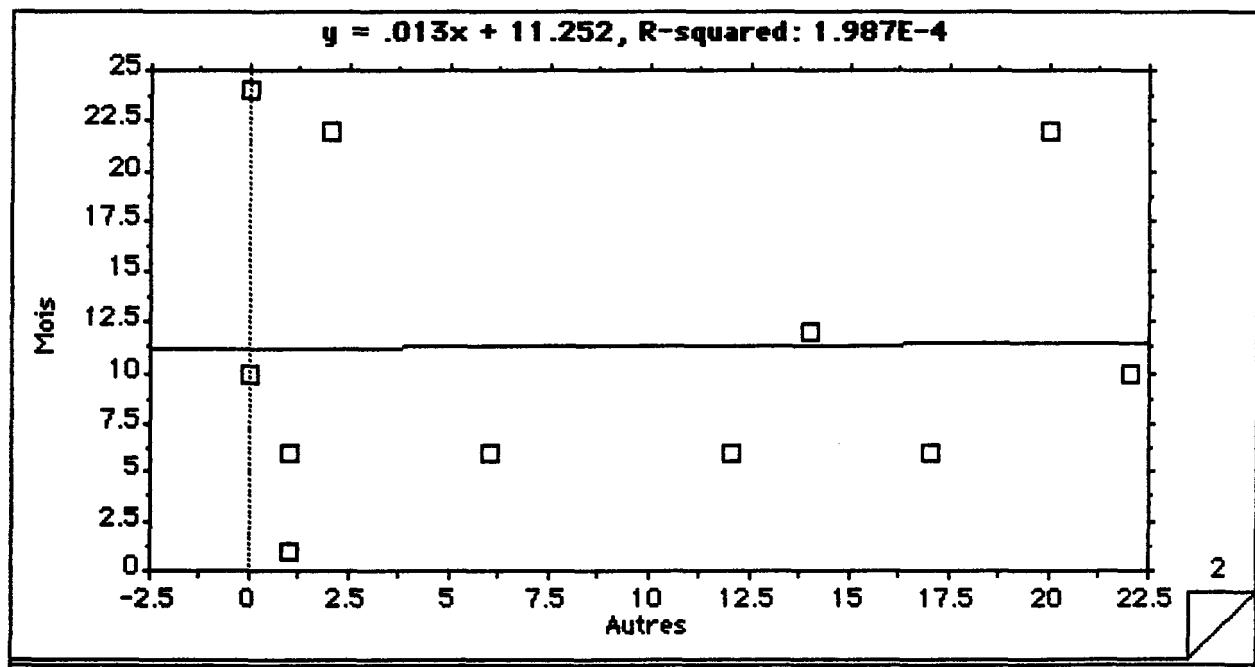
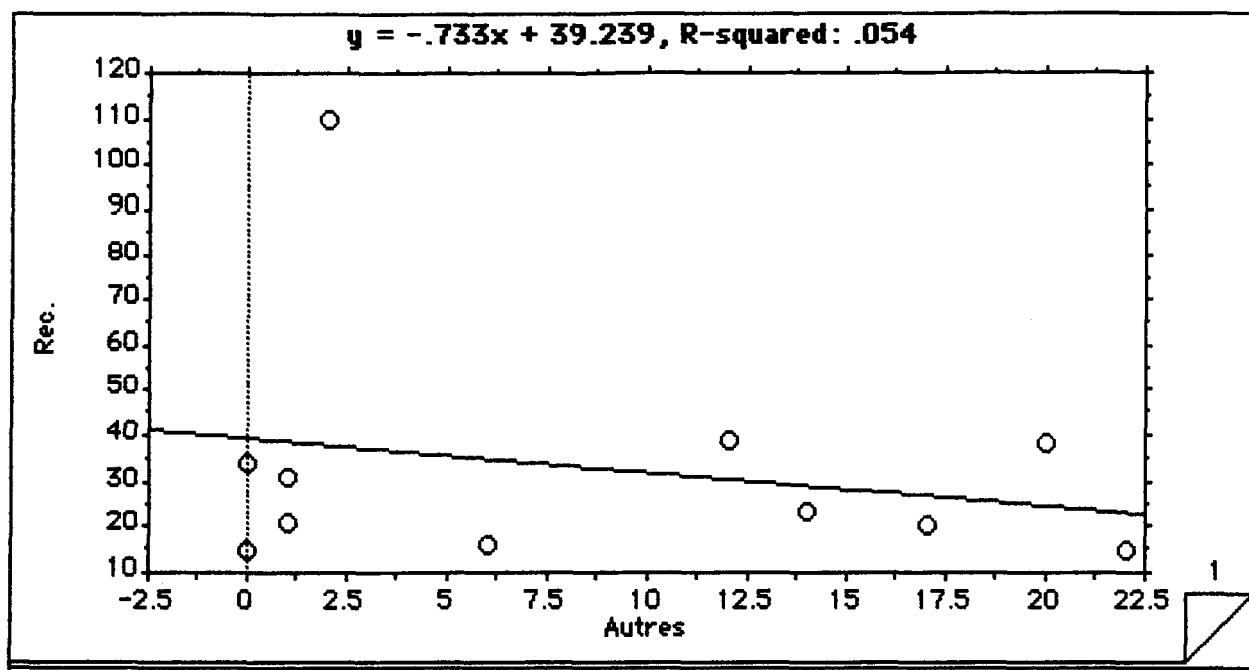
Simple Regression X₆: Autres Y₂: Mois**Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	11.252				
SLOPE	.013	.304	.014	.042	.9672

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	5.737	16.991	6.804	15.923
SLOPE	-.676	.701	-.545	.571

4



**Simple Regression X₁ : * PERS. ALL Y₁ : * REC. ALL
...X₆**

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.506	.256	.173	24.639

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	1881.167	1881.167	3.099
RESIDUAL	9	5463.742	607.082	p = .1122
TOTAL	10	7344.909		

No Residual Statistics Computed

1

**Simple Regression X₁ : * PERS. ALL Y₁ : * REC. ALL
...X₆****Beta Coefficient Table**

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	7.493				
SLOPE	.329	.187	.506	1.76	.1122

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	16.102	49.717	19.29	46.529
SLOPE	-.094	.752	-.014	.671

2

Simple Regression X₁: * PERS. ALL Y₂: * MOIS ALL

...X₆

DF:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	Std. Error:
10	.453	.205	.116	7.357

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	125.445	125.445	2.318
RESIDUAL	9	487.1	54.122	p = .1622
TOTAL	10	612.545		

No Residual Statistics Computed

3

Simple Regression X₁: * PERS. ALL Y₂: * MOIS ALL

...X₆

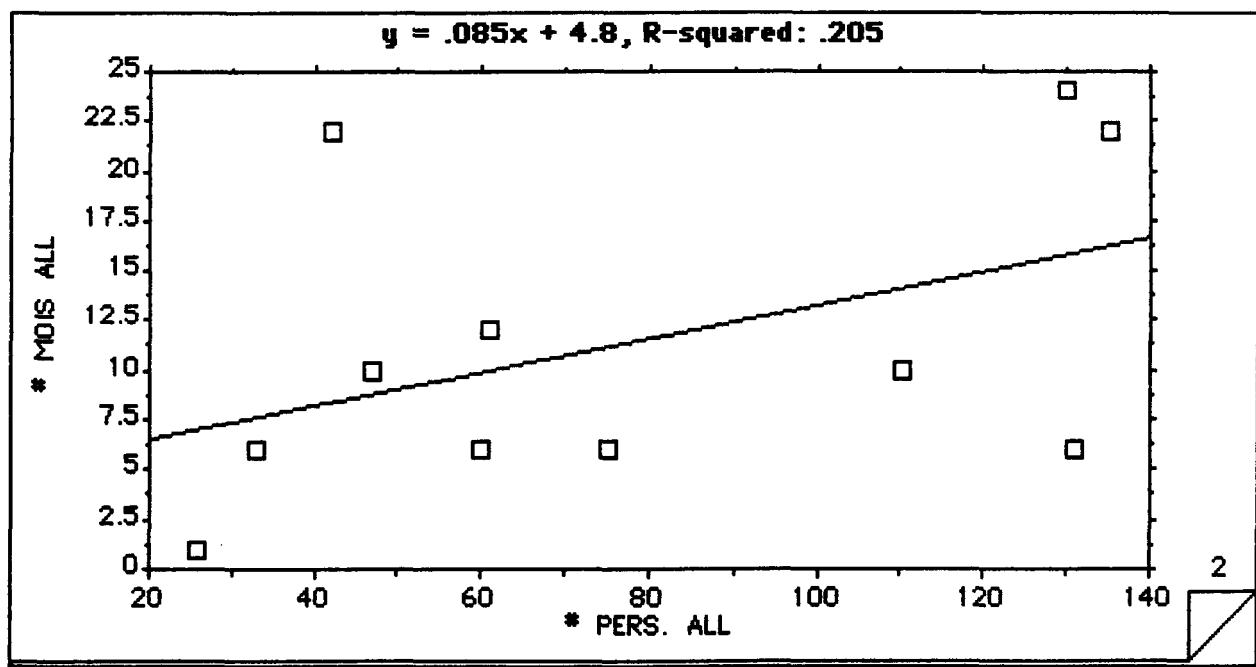
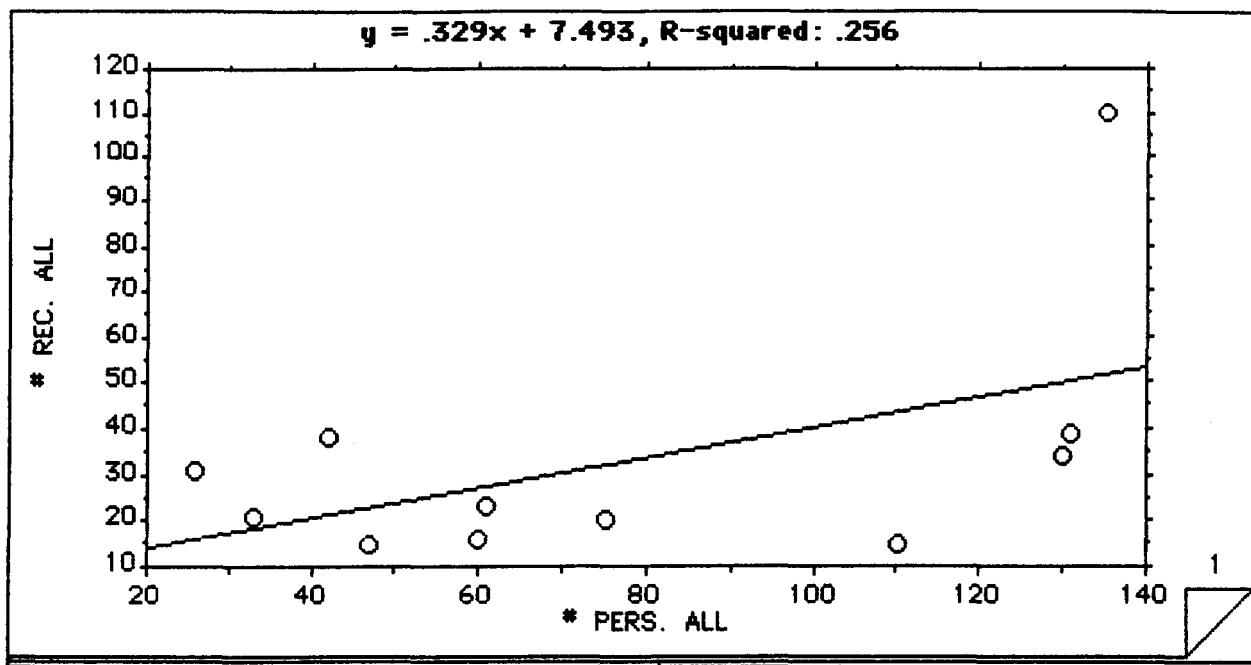
Beta Coefficient Table

Parameter:	Value:	Std. Err.:	Std. Value:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	4.8				
SLOPE	.085	.056	.453	1.522	.1622

Confidence Intervals Table

Parameter:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	6.345	16.382	7.297	15.43
SLOPE	-.041	.211	-.017	.187

4



BIBLIOGRAPHIE

AKTOUF, O., Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, Presses de l'Université du Québec, 1987, 213 p.

ALDERFER, C.P., Existence, relatedness and growth, New York, Collier Mcmillan, 1972, 198 p.

ARGYRIS, C., Integrating the individual and the organization, New York, Wiley, 1964, 330 p.

BERTRAND, R., L'analyse statistique des données, Presses de l'Université du Québec, 1986, 379 p.

BLAIR, J.D., SAVAGE, G.T., WHITEHEAD, C.J., A strategic approach for negotiating with hospital stakeholders, Health Care Management Review, 1989, 14 (1), p.p. 13 - 23

BROWN, W., Explorations in Management, Penguin, 1960, 326 p.

BRYSON, J.M., Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations, San Francisco, CA, Jossey Bass, 1988, 311 p.

CASTONGUAY, J., La gestion de la mission, des buts, des objectifs de l'organisation, ENAP, Programme intégré de perfectionnement en gestion, Mai 1983

DACHLER, H.P., WILPERT, B., Conceptual dimensions and boundaries of participation in organizations: a critical evaluation, Administrative Science quarterly, 1978, vol. 23, p.p. 1 - 39

DENIS, J-L., LANGLEY, A. et LOZEAU, D., La planification stratégique dans le secteur hospitalier au Canada, Février 1991, U.Q.A.M.

DION, G., Dictionnaire canadien des relations du travail, Québec, P.U.L., 1986, 993 p.

DION, G., SOLASSE, B., dans, La participation et l'entreprise, Vol 23, No 4, pp. 524 - 544, 1968

DION, L., Société et politique: la vie des groupes, Québec, P.U.L., 1971-72, (Droit et science politique; 3-4)

DUFOUR, A., La planification stratégique: les établissements ont-ils vraiment le choix de s'en passer?, Administration Hospitalière et Sociale, Novembre/Décembre 1985, pp. 26 - 29

ETHIER, G., Les théories d'administration et la participation des parents, rapport d'analyse présenté au Conseil supérieur de l'Éducation, (Québec, Éditeur Officiel du Québec, 1977)

FORTIN, G., Participation et société, Économies et Sociétés (Genève: Cahiers de l'I.S.E.A.), IV, 9, septembre 1970

GEORGEAULT, P. et AL., La participation des parents dans les comités d'école, fascicule 14, C.S.F. (Québec: Ministère de l'Éducation, 1980)

GLUECK, W.F., JAUCH, L.R., Business policy and strategic management, McGraw-Hill Inc., 1984, 447 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, La participation des cadres et des salariés dans l'entreprise au Québec, Collection Études et Recherches, Octobre 1982

GRAVEL, R.J., Guide méthodologique de la recherche, Presses de l'Université du Québec, 1986, 55p.

HARRELL, G.D. & FORS, M.F., Planning evolution in hospital management, Health Care Management Review, 1987, 12(1), pp. 9 - 22

HAX, A., MAJLUF, N., Strategic Management: an integrative perspective, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1984, 468 p.

KING, W.R., CLELAND, D.I., Strategic Planning and Policy, New York: Van Nostrand Reinhold, 1978, 256 p.

ANGLEY, A., LOZEAU, D., SAVARD, L. et DENIS, J.L., La planification stratégique dans le secteur hospitalier, Administration Hospitalière et Sociale, Novembre 1990, pp. 19 - 29

LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, Dictionnaire de la langue française, Édition 1984

- LE PETIT ROBERT, Dictionnaire de la langue française, Édition 1990
- LIKERT, R., The human organization: its management and value, New York, McGraw Hill, 1967, 258 p.
- MACE, G., Guide d'élaboration d'un projet de recherche, Les Presses de l'Université Laval, 1988, 119 p.
- MASLOW, A.H., Motivation and personality, New York, Harper and Row, 1954, 411 p.
- McGREGOR, D., The human side of enterprise, New York, McGraw-Hill, 1960, 246 p.
- MEISTER, A., La participation dans les associations, Paris, Éditions Économie et humanisme, 1974, 276 p.
- MINTZBERG, H., The structuring of organizations, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1979, 512 p.
- PATEMAN, C., Participation and Democratic Theory, Cambridge: Cambridge University Press, 1970, 122 p.
- PATEMAN, C., Participation and democratic theory, (Massachusetts: University of Cambridge, 1977) 136 p.
- PERRIEN, J., CHÉRON, E. et ZINS, M., Recherche en marketing: méthodes et décisions, Gaétan Morin Éditeur, 1984, 190 p.
- PETERS, J.P., Strategic planning process for hospitals, Chicago IL, American Hospital Publishing Inc., 1985, 190 p.
- ROY, G., Planification stratégique et secteur de la santé, Administration Hospitalière et Sociale, Novembre/Décembre 1985, pp 14 - 25
- SANDERS, D.H., MURPH, A.F. et ENG, R.J., Les statistiques, une approche nouvelle, McGraw-Hill, Éditeurs, 1984, 453 p.
- VOCABULAIRE PRATIQUE DES SCIENCES SOCIALES, Les Éditions Ouvrières, Paris, 1966

WHITE, R.W., Motivation reconsidered: the concept of competence, Psychological review, 1959, vol. 66 no 5, p.p. 297 - 333

WILPERT, B., La participation dans les organisations: Résultats de recherches comparatives internationales, Revue internationale des sciences sociales, 1984, vol. 36, p.p. 373 - 386