

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION

PAR

DANIEL FORTIN

LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE

AU

CENTRE HOSPITALIER

ST-FRANÇOIS D'ASSISE DE LA SARRE

AVRIL 1992



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.

CE MÉMOIRE A ÉTÉ RÉALISÉ
À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
DANS LE CADRE DU PROGRAMME
DE LA MAÎTRISE EN GESTION
DES PETITES ET MOYENNES ORGANISATIONS
DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EXTENSIONNÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

...à Josée, Patrick, Ginette

REMERCIEMENTS

Mon premier remerciement s'adresse à monsieur Jean-Pierre Bégin, directeur de recherche, pour son soutien, ses précieux conseils et sa disponibilité qui m'ont permis de cheminer efficacement tout au long de cette démarche.

En second lieu, un merci spécial à madame Lucie Neveu Cloutier pour son excellent travail de secrétariat.

RÉSUMÉ

Afin de résituer et de repositionner l'organisation et de passer du mode réactif au mode pro-actif, le Conseil d'administration du Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre a mandaté le Directeur général afin qu'il procède à un exercice de planification stratégique.

Le Conseil d'administration s'attendait à ce que le processus soit adapté aux us et coutumes de l'établissement. Il voulait préciser la mission à laquelle serait rattachée des objectifs clairs et précis. Également, dans le cadre de cette démarche, l'organisation devait se doter d'une philosophie de gestion basée sur la participation et sur la décentralisation des décisions, des ressources humaines, financières et matérielles dans chacun des services. L'amélioration du niveau de communication dans l'établissement était une préoccupation majeure et en dernier lieu le Conseil s'attendait à bien comprendre la situation actuelle afin de mieux positionner le Centre hospitalier et d'exercer des choix pour l'avenir.

La démarche stratégique s'est étalée sur plus d'une année. La présente recherche analyse le déroulement du processus et elle pose un regard critique sur les résultats obtenus. Mentionnons enfin que le modèle de processus stratégique retenu est celui de Glueck.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le milieu hospitalier québécois subit des changements profonds depuis les dernières années. Le vieillissement de la population, les ressources qui s'amenuisent, la technologie médicale qui évolue constamment sont des facteurs qui déstabilisent les organisations hospitalières (Biolley, 1986). Ces dernières doivent continuer d'offrir des services adaptés et de qualité tout en composant avec ces réalités nouvelles. Pour répondre à ces nouveaux défis, plusieurs organisations hospitalières ont eu recours à la planification stratégique. Toutefois, la démarche stratégique n'est pas la solution magique à tous les problèmes, son succès dépend surtout de la façon dont le processus est intégré dans l'organisation.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons appliqué un processus de démarche stratégique basé sur le modèle de Glueck mais adapté au Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre. Nous devons mentionner la situation particulière de cette organisation hospitalière au moment d'implanter le processus de management stratégique. Le Centre hospitalier sortait d'une tutelle et l'organisation était alors confrontée à la méconnaissance de son devenir, à des changements sociaux et à des modifications dans les soins et services de santé. L'hôpital se devait donc de faire le bilan, analyser les impacts prévisibles des changements environnementaux et arrêter ses choix pour les prochaines années.

L'analyse stratégique retenue devait de plus tenir compte des éléments suivants: la clientèle, les personnels de l'organisation, le climat de travail, les environnements et finalement les forces et faiblesses de l'organisation. Enfin, la démarche souhaitée devait englober le plus de participants possible. C'est pourquoi, nous avons opté pour une démarche participative en nous associant les cadres supérieurs et intermédiaires qui à leur tour ont fait collaborer leur personnel. Une démarche participative se fonde sur les connaissances que le personnel possède du Centre hospitalier, tout en sollicitant son expression et son esprit d'initiative. Même si cette démarche demande du temps et de l'énergie, elle induit généralement des changements à la fois plus complets et plus satisfaisants pour le personnel et pour l'organisation. Cette démarche presuppose une procédure ouverte qui répond aux exigences de participation et où il y a une marge de manoeuvre.

Les autorités du Centre hospitalier pensaient également à l'époque que l'information de base à produire sur la planification stratégique devait être "ouverte", riche, adaptée aux divers types de personnel et axée sur le futur. Elle devait aussi diminuer la démotivation et l'incertitude que cause une administration provisoire qui a été effective du 6 novembre 1986 au 30 novembre 1987 (trois administrateurs différents). Elle devait provoquer un nouvel état d'esprit chez le personnel afin de le rendre plus ouvert aux

changements, moins craintif, plus créatif. Il était important d'être transparent puisque changer veut dire également transformer les structures et agir sur les modes de fonctionnement.

C'est dans cet esprit que le projet de planification stratégique a été implanté dans le Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre. Le processus a été respectueux des us et coutumes de l'organisation et nous examinerons au cours de cette recherche comment il a permis à l'établissement hospitalier de se repositionner et de définir sa mission et ses objectifs.

CHAPITRE I

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, nombreux sont les centres hospitaliers qui ont dû réviser leurs objectifs et orientations afin de s'ajuster et s'adapter au nouveau contexte économique, démographique et social. Ces réajustements se sont faits de différentes façons et ils ont nécessité beaucoup d'énergie de la part des dirigeants des organisations impliquées (Villeneuve, 1986). Cependant, certains centres hospitaliers, en raison de conditions particulières, ont eu recours à un exercice systémique d'ordre stratégique pour faire le bilan, analyser les impacts prévisibles des changements et déterminer les priorités pour les prochaines années. Le Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre a opté pour ce type de démarche systémique et participative pour tenter de répondre aux attentes formulées par le conseil d'administration.

1. Le contexte de la recherche

Il importe de mentionner que le Centre hospitalier St-François d'Assise a vécu une tutelle et que le diagnostic laissé par le tuteur indiquait clairement que l'organisation hospitalière faisait face à de sérieux problèmes de gestion. Ce constat a permis d'identifier les éléments problématiques suivants:

- déficit important (500 000\$)
- problème d'image de l'établissement
- manque de planification, de coordination et de contrôle
- système d'information déficient
- méconnaissance du climat humain de l'organisation

Malgré ce lourd bilan, certains aspects positifs sont ressortis du diagnostic posé par le tuteur, soit: la qualité de l'équipe médicale et la motivation de l'ensemble des personnels pour régler les problèmes du Centre hospitalier.

Ajoutons enfin, comme dernier élément de ce tableau, que le ministre de la santé a établi sans équivoque la vocation du Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre: soit d'être un hôpital général avec les soins de base et les spécialités que ce type d'établissement implique.

C'est dans ce contexte difficile que les membres du conseil d'administration ont mandaté la direction générale afin qu'elle initie dans le Centre hospitalier une démarche de planification stratégique pour amener l'organisation à devenir pro-active plutôt que réactive. Le modèle de planification stratégique devra en outre, tenir compte des aspects soulevés par le diagnostic et de la volonté de l'administration d'instaurer une philosophie ouverte et participative. Le processus devra donc intégrer dans sa démarche les postulats suivants:

- la raison d'être du Centre hospitalier est sa clientèle, il faut répondre à ses besoins essentiels
- la mobilisation du tout le Centre hospitalier est nécessaire pour donner une meilleure satisfaction du client et au moindre coût

- l'émergence d'un climat de travail créatif et efficace de manière à ce que chacun perçoive l'importance de son rôle et qu'il soit participant à la bonne marche du Centre hospitalier.

Selon les souhaits exprimés par le conseil d'administration, la démarche de planification stratégique doit aussi être adaptée aux us et coutumes de l'établissement. Au total; en plus de préciser la mission et les objectifs de l'organisation, le processus de planification stratégique devrait amener le Centre hospitalier à se doter d'une philosophie de gestion basée sur la participation, la décentralisation des décisions et la concertation des personnels. Les attentes face à l'exercice de planification stratégique sont importants et de ce fait la compréhension du modèle stratégique s'avère essentielle.

1.1 La nature de la planification stratégique

Si on définit le terme planification, nous constatons qu'il réfère à des anticipations et des actions futures. Dans une organisation, la planification est le processus par lequel on sélectionne des stratégies futures entre différents scénarios possibles. Cette planification peut avoir un horizon plus ou moins éloigné selon les besoins de l'organisation. Dans la planification à long terme, la démarche implique un processus exploratoire qui examine et modifie les objectifs généraux poursuivis en prenant en considération les changements dans l'environnement et dans l'organisation.

Au cours des dernières années, la planification stratégique a été définie de maintes façons. Dans le cadre de notre recherche, nous adoptons la définition suivante qui reflète bien nos attentes face à la démarche souhaitée. Tout d'abord, la planification stratégique est une démarche interrogative multidimensionnelle qui permet de circonscrire le véritable rôle d'une organisation. Deuxièmement, c'est un processus qui permet l'élaboration d'un plan global de réallocation des ressources de l'organisation en fonction des besoins, des attentes et des exigences liées à l'environnement.

Andrews(1980) a élaboré quatre grandes questions relatives à l'implantation d'une démarche de planification stratégique:

- Que pourrions-nous faire en termes d'opportunités et de réponses à des besoins de notre clientèle?
- Que pouvons-nous faire en termes de compétence organisationnelle actuelle ou potentielle?
- Que voulons-nous en référence à la mission, aux besoins identifiés et aux attentes des intervenants?
- Que devons-nous faire afin de satisfaire certaines obligations de base de notre organisation?

Bien que le concept de la planification stratégique ait évolué au cours de la dernière décennie, la réalisation d'un exercice de planification stratégique s'articule autour de

trois phases essentielles que sont: l'évaluation stratégique, la formulation de la stratégie et l'opérationnalisation de la stratégie. Nous examinerons brièvement ces trois phases reliées au processus de la planification.

a) Évaluation stratégique: Cette première étape amène l'organisation à réfléchir sur sa situation présente, à identifier ses forces et ses faiblesses. Il est possible de rattacher à cette première phase les composantes suivantes:

- Identification de la stratégie actuelle de l'organisation
- Étude des environnements
- Analyse des environnements
- Identification des forces et faiblesses

b) La formulation de la stratégie. Cette seconde phase englobe l'élaboration des options stratégiques, la détermination de la mission et des critères de sélection et finalement l'évaluation et les choix stratégiques de l'organisation.

c) L'opérationnalisation de la planification. Cette dernière étape concrétise la validité de la démarche en transposant les orientations retenues dans les plans d'actions annuels.

Toutefois, il ne faut pas s'y méprendre, la planification stratégique n'est pas une panacée qui peut changer radicalement une organisation boîteuse en organisation

performante. Le processus rattaché à la démarche stratégique apparaît aussi important que les choix priorisés par l'organisation. Labelle(1988) mentionne que le gestionnaire hospitalier doit accorder autant d'attention au processus managérial qui mène aux choix, qu'aux choix eux-mêmes. A cet effet, le gestionnaire doit connaître la complexité de son organisation, les contraintes liées à la demande et aux ressources limitées et le positionnement régional de son établissement de santé. Dès lors, la planification stratégique déborde largement d'une simple marche à suivre pour effectuer les choix stratégiques. Concrètement, cela signifie que la planification stratégique doit être un outil de gestion stratégique qui permettra à l'organisation de circonscrire son véritable rôle, son champ d'action et ses choix privilégiés par la connaissance de ses forces et faiblesses, ses environnements et les ressources dont elle dispose.

Cette dernière constatation nous justifie de privilégier une démarche de planification stratégique axée sur un cheminement souple capable d'intégrer le plus grand nombre possible d'acteurs de l'organisation puisque la question de fond demeure toujours la même: Comment amener tout le personnel qui travaille au Centre hospitalier à tirer dans le même sens? Notre second chapitre examinera les différentes approches de la planification stratégique ainsi que le modèle appliqué dans le cas du Centre hospitalier St-François

d'Assise de La Sarre. Auparavant, il importe de préciser nos objectifs de recherche.

1.2 Les objectifs de la recherche

Nous avons choisi de formuler nos objectifs de recherche en nous référant aux réflexions contenues dans le document déposé par la direction générale à la demande du conseil d'administration. Trois questions fondamentales sont à la base de ce document:

- Quelle place doit-on réservier à l'écoute et aux besoins de la clientèle à l'intérieur de notre processus décisionnel?
- Avons-nous atteint la maturité suffisante pouvant amener une définition de notre propre identité et d'une philosophie de gestion qui nous soit particulière?
- Sommes-nous prêts à effectuer un "virage administratif" visant l'intégration des divergences et la délégation?

Ce document de base constitue un référent important tout au long du cheminement stratégique dans le Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre. Nous devons en préciser les aspects les plus importants.

La première réflexion qui se dégage du document s'avère la préoccupation première du Centre hospitalier est de produire des soins et services de qualité adaptés aux besoins de la clientèle. Il faut donc se définir et se positionner en

gardant à l'esprit que la priorité doit être accordée à la clientèle. Le second aspect du document concerne la problématique de la gestion interne. Si on veut adopter une philosophie de gestion personnalisée capable d'impliquer tous les personnels de l'organisation, les concepts de participation, intégration, délégation et concertation doivent devenir une réalité au Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre. Il s'agit de faire en sorte que toutes les ressources (médecins, administrateurs, personnel clinique, personnel de support) convergent vers les mêmes objectifs. Dans ce contexte, "tirer dans le même sens" signifie qu'il faut aller au-delà d'un réaménagement de structure, il importe de réévaluer l'ensemble de l'organisation pour atteindre les objectifs de qualité et d'efficacité dans un cadre de gestion décentralisée et axée sur la concertation.

Eu égard à ces considérations, l'implication des intervenants-clés est essentielle puisqu'ils ont à coordonner la réalisation des objectifs. Le document insiste également sur le rôle de l'information à travers tous les paliers de l'organisation. L'information doit être gérée de façon à ce que tous les membres de l'organisation soient renseignés sur les processus en cours et surtout sur les décisions qui touchent leurs unités ou services. A cet effet, il importe de se demander si les nombreux comités qui existent dans l'organisation sont axées vers les bons objectifs en ce qui concerne le dossier information-communication.

Ce dernier élément complète le survol du document déposé par la direction générale de l'établissement. En résumé, les grandes orientations que l'on veut privilégier sont de créer un climat de travail valorisant, d'amener tous les personnels à s'impliquer davantage dans l'organisation, de relever le défi de la qualité et enfin de devenir une organisation proactive dans son milieu.

Au total, l'exercice de planification stratégique devrait permettre d'observer les changements suivants au niveau du personnel:

- meilleure connaissance de l'organisation par le personnel des différents services
- instauration d'un climat de travail axé sur la recherche de solutions
- participation accrue à la prise de décision dans chacun des services
- meilleure adhésion aux objectifs de l'établissement
- meilleure coopération inter-services
- implantation plus rapide et harmonieuse des orientations futures
- dotation d'outils de gestion cohérents.

Au regard de la situation analysée et des attentes face à l'exercice de planification stratégique, nos objectifs de recherche seront les suivants:

- 1) démontrer que le modèle de planification stratégique retenu (modèle de Glueck) permet de répondre globalement aux attentes exprimées

- 2) exposer la complexité particulière de l'organisation hospitalière dans son environnement global
- 3) analyser la démarche de planification stratégique appliquée au Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre.

2. La complexité de l'organisation hospitalière

Les organisations hospitalières se présentent comme des organisations complexes en raison des enjeux en présence et des nombreuses sources d'influence. Plusieurs auteurs ont étudié la complexité de la configuration du pouvoir dans les hôpitaux. Ces approches, bien que différentes sont complémentaires. Nous nous attarderons davantage sur l'approche de la bureaucratie développée par Mintzberg car elle s'avère fondamentale pour situer les problèmes liés au centre opérationnel. Nous aborderons dans un deuxième temps l'approche de l'anarchie organisée (Cohen et al. 1972; Cameron, 1980) qui explique pourquoi les objectifs des hôpitaux sont stables mais flous. Enfin, nous analysons une dernière approche de l'organisation hospitalière celle de Sallenave (1984) qui met en lumière les rôles joués par les acteurs. Ces rôles dépendent des circonstances et des objectifs visés par les dirigeants.

2.1 La bureaucratie professionnelle selon Mintzberg

La caractéristique essentielle de la bureaucratie professionnelle, selon Mintzberg (1982), découle de la très

grande autonomie laissée aux professionnels du centre opérationnel que sont les médecins. L'importance du centre opérationnel est due à la formation des opérateurs. En effet, les médecins acquièrent leur expertise au moyen d'un cursus universitaire long et complexe qui leur permet d'intérioriser à la fois les techniques appropriées, les normes et les valeurs rattachées à la profession médicale. Dès la fin de ce cursus, les médecins sont obligés de s'affilier à une corporation qui détermine non seulement les normes et les standards de qualité qu'ils devront respecter, mais encore elle en assume la gestion. Les fédérations de médecins sont des technostuctures externes à l'hôpital mais dont l'influence a cependant un impact majeur sur le comportement de leurs membres.

La bureaucratie professionnelle est une structure décentralisée aussi bien verticalement qu'horizontalement. Les médecins contrôlent leur travail, possèdent une très vaste autonomie et ils tentent de s'approprier un contrôle collectif sur les décisions managériales qui les concernent. Quant aux gestionnaires, ils possèdent un pouvoir qui se concrétise dans la gestion des limites entre une ou plusieurs parties de l'environnement et entre une ou plusieurs parties de l'organisation. Il devient alors difficile d'encadrer les professionnels médicaux et de les contrôler. La gestion et les médecins possèdent des moyens très limités pour évaluer le

travail en fonction des objectifs organisationnels à atteindre.

La complexité de la tâche justifie et légitime la bureaucratie professionnelle. Elle conforte la profession médicale, mais rend difficile les tâches de gestion quant à la coordination du travail des médecins. Le centre opérationnel demeure le centre nerveux de l'hôpital où l'on décide de l'utilisation des ressources, des admissions, des soins à distribuer, etc. Les médecins ont une forte emprise sur l'activité hospitalière et tout arrêt de travail de leur part signifie, dans la pratique, un arrêt complet des activités. Dès lors, le Centre hospitalier apparaît comme une organisation confuse et complexe, dans laquelle l'ensemble du fonctionnement semble parfois incohérent quoique fortement influencé par les acteurs.

2.1.1 Un centre opérationnel décentralisé: réponse à la turbulence de l'environnement

La décentralisation est une réponse à la turbulence de l'environnement et elle contribue à définir la bureaucratie professionnelle de la façon suivante:

- Une forte décentralisation horizontale et verticale confère aux médecins une grande autonomie, ce qui peut contribuer à leur faire adopter un comportement de négligence par rapport aux problèmes de contrôle, de coordination et d'innovation qui peuvent surgir des structures.

Ceci est particulièrement vrai lorsque ces problèmes n'ont pas d'effets immédiats sur leurs activités. Il devient très difficile de porter un jugement sur la compétence et les performances des médecins lorsque les standards et les normes sont définis par une corporation.

- Le pouvoir professionnel repose non seulement sur la complexité des tâches mais également sur la demande de services. Cette demande est particulièrement forte dans un Centre hospitalier où il existe une pression sociale qui profite aux médecins, considérés comme les garants de la santé et de la vie.
- L'autonomie accentue l'identification des médecins à leurs corporations plutôt qu'au Centre hospitalier où ils oeuvrent.
- Les promotions et le prestige associés à la profession correspondent à la capacité de traiter des cas médicaux plus complexes et non pas à un processus de gestion. Il en découle le peu de considération que les médecins créditent à la hiérarchie hospitalière.
- Les médecins possèdent les capacités intellectuelles qui leur permettent de se créer des rôles pour ensuite les justifier en les disant fondamentaux dans l'organisation hospitalière. Ils

tentent, par la voie des négociations et des réclamations, de les faire entériner par les instances décisionnelles supérieures (conseil d'administration).

- Les médecins, que nous pouvons qualifier d'entrepreneurs, oeuvrent dans un Centre hospitalier parce qu'ils ont accès gratuitement à des équipements médicaux et au soutien d'une main-d'œuvre qualifiée.

2.1.2 Le système hospitalier: deux types de structure en parallèle

En résumé, la bureaucratie professionnelle possède deux types de structure en parallèle. L'une pour les médecins, qui monte du bas vers le haut de la voie hiérarchique, tandis que l'autre, pour les fonctions de support logistique, descend du haut vers le bas de la ligne hiérarchique (il s'agit d'une bureaucratie mécanistique).

Ces deux hiérarchies, dans un Centre hospitalier, ne se rejoignent qu'à la direction générale, qui agit comme interface entre les deux structures par sa participation aux diverses instances décisionnelles. Le directeur général tient un deuxième rôle d'interface entre les professionnels à l'intérieur et les intervenants de l'extérieur de l'organisation (exemples: maires, députés, associations diverses, etc.). C'est dans la mesure où ce rôle est rempli

adéquatement que le directeur général peut élargir sa marge de manœuvre et, en dernière instance, son pouvoir.

Les problèmes reliés à la coordination, au contrôle et au pouvoir, sur lesquels nous nous sommes déjà penchés, déclenchent une réaction en dehors de la profession médicale. Cette réaction est d'autant plus forte qu'elle est fondée sur la logique de la croissance des coûts de la santé. Les clients, les administrateurs non professionnels, les membres de la société québécoise dans l'ensemble et leurs représentants au gouvernement conçoivent le problème comme provenant d'un manque de contrôle sur le professionnel et sur la profession. Ils font ce qui paraît s'imposer: essayer de contrôler le travail en utilisant d'autres mécanismes de coordination. Précisément, ils essaient d'utiliser la supervision directe, la standardisation des procédés de travail ou la standardisation des produits.

L'approche dominante de la bureaucratie professionnelle privilégiée dans les centres hospitaliers nous permet de dire qu'une forme de complexité est présente dans ce type de pouvoir. D'autant plus que les centres hospitaliers présentent les caractéristiques propres à l'anarchie.

2.2 L'anarchie organisée

Cohen et Al. (1972) soutiennent que certaines organisations présentent des caractéristiques spécifiques propres à l'anarchie. Elles sont présentes dans le processus décisionnel, rendant ainsi aléatoires les tentatives

d'évaluation du travail, et elles ajoutent aux difficultés de définition des objectifs organisationnels. Selon Cameron (1980), l'anarchie organisée présente un manque d'unité, puisqu'il y a des parties de l'organisation qui se distinguent l'une de l'autre en retenant une identité propre. L'anarchie organisée se caractérise de la manière suivante:

- Les buts sont habituellement mal définis, complexes, changeants sinon contradictoires. L'anarchie organisée se donne cette ambiguïté de buts afin de ne pas provoquer de désaccord entre les parties qui la composent. Ainsi, des buts ambigus et abstraits deviennent plus acceptables tout en accroissant la difficulté d'évaluation et de contrôle.
- La relation entre les fins et les moyens devient imprécise car il n'y a pas une véritable relation entre, d'une part, la technologie et la manière dont le travail s'exécute et, d'autre part, l'ensemble des résultats.
- On constate des résultats similaires quelle que soit la technologie ou la stratégie adoptée.
- La rétroaction (boucle de feed-back) des sorties vers les entrées est généralement faible, sinon quasi inexistante. Cette situation s'explique par les difficultés d'évaluer l'état de santé des

bénéficiaires à leur entrée comme à leur sortie et les services rendus.

- Nous observons l'influence d'environnements différents dans les relations entre les sous-systèmes. Il arrive fréquemment que ce qui est jugé excellent par une partie de l'organisation soit interprété de manière diamétralement opposée par une autre.
- Selon la section du Centre hospitalier à l'étude, les critères de succès sont différents. Ainsi, pour le médecin, la capacité de traiter des cas de plus en plus complexes est un critère de succès tandis que pour le gestionnaire, un critère de succès peut être la réduction des coûts.
- Les activités évaluées à partir de la théorie de l'anarchie organisée peuvent être gérées par une structure spécifique. Certains centres hospitaliers possèdent des structures très rigides qui n'évoluent pas malgré les changements de l'environnement (division en sections très formalisées).

L'ensemble de ces caractéristiques provoque jusqu'à un certain point des difficultés dans la prise de décision dans les centres hospitaliers. Il est alors difficile d'identifier un modèle rationnel constant et fréquemment utilisé pour prendre les décisions. Le processus de prise de décision est

mal structuré, variable et souvent indéfinissable. Dès lors, le modèle de fonctionnement de l'organisation hospitalière diffère des autres types d'organisation.

2.3 L'approche de Sallenave

Sallenave (1984) doute que les différentes approches organisationnelles soient suffisamment éloignées de la théorie classique dans la mesure où l'on continue à faire des hypothèses simplificatrices. Par exemple, les objectifs des acteurs sont supposés être toujours clairement identifiables, même si l'organisation n'en a pas a priori. L'expérience de l'auteur avec la réalité de l'organisation l'amène à formuler cinq propositions:

- Il n'y a pas d'objectifs sans contrainte. Objectifs et contraintes vont de pair et le débat qui consiste à savoir si l'organisation a des objectifs ou satisfait des contraintes s'avère purement académique.
- Généralement ni l'entreprise ni ses dirigeants n'ont d'objectifs. Les dirigeants manifestent des préférences systématiques face à une alternative d'action. Les préférences sont contingentes puisqu'elles dépendent de la formation, des expériences et du vécu des dirigeants. Ces derniers énoncent des objectifs afin d'affirmer leur pouvoir.

- La coalition dominante d'une organisation assigne à celle-ci des "objectifs" qui traduisent les préférences systématiques de ses membres et qui affirment son pouvoir. Il se réalise donc au sein de l'organisation un équilibre de pouvoir entre ses publics, parfois le client, parfois le fournisseur, parfois le syndicat et parfois le directeur général. Le plus souvent, le pouvoir est partagé et résulte d'une négociation ou entente tacite. Le partage sous-tend qu'une coalition d'acteurs imposera ses vues et affublera l'organisation de ses objectifs.
- La communication des objectifs renforce le pouvoir de la coalition dominante et facilite la justification de la stratégie. La coalition dominante perpétue son pouvoir car elle permet la discussion au niveau des alternatives de stratégie, mais elle l'exclut de la définition des objectifs. L'objectif est alors rassurant puisqu'il donne un point de repère, un guide d'action pour chacun. L'objectif est aussi contraignant puisqu'il oblige les dissidents à collaborer ou à faire de l'obstruction. Ils s'exposent dès lors aux représailles de la coalition dominante qui les accuse de trahir les objectifs de l'organisation.

- Les objectifs de l'organisation sont subordonnés à ceux des acteurs. Avant d'assigner quelque objectif à l'organisation, le dirigeant, seul ou en coalition, se demande si cet objectif va l'affecter personnellement ou affecter la fonction dont il a la charge. Ainsi chaque dirigeant porte trois "chapeaux". Il porte le chapeau de consultation lorsque la prise de décision n'affecte pas sa fonction ou sa personne; il apporte alors une contribution objective à la définition des objectifs. Il porte le chapeau de défenseur du territoire qui est le sien lorsque le choix de l'objectif touche sa fonction. Enfin, le dirigeant porte aussi son propre chapeau et tout objectif organisationnel sera jugé bon dès qu'il renforce son pouvoir personnel.

Sallenave (1984) rajoute qu'il faut reconnaître l'ambiguïté des objectifs qui sous-tendent les décisions stratégiques de l'organisation. L'ambiguïté provient non seulement de la diversité des motifs des acteurs et des configurations de pouvoir au sein de l'organisation mais encore du fait qu'en dernière analyse des décisions d'ordre stratégique sont prises, c'est-à-dire qui affectent le devenir, sans s'en rendre compte ou sans objectif explicite.

2.4 Les objectifs véritables de l'organisation hospitalière

Le système hospitalier est conçu pour réaliser la production de soins et services. La performance des centres hospitaliers se mesure par la qualité des soins qu'elle dispense. C'est ici qu'apparaît la notion de besoin dans l'organisation hospitalière. La performance et l'efficacité de l'organisation sont directement liées à la satisfaction des besoins des populations concernées.

Pour comprendre véritablement la dynamique particulière des organisations hospitalières, il faut situer cette notion de besoin dans le contexte spécifique du milieu hospitalier.

La notion de besoin est centrale dans l'analyse d'un établissement hospitalier. Cette notion est fondamentale car elle légitime l'action. Pour agir, il faut mobiliser des ressources, les organiser et les rendre accessibles afin d'offrir des services et des soins de qualité. Il s'agit ici de bien faire les choses et de répondre aux attentes d'une populations. Concrètement, chaque établissement de santé s'accapare une partie des besoins à satisfaire pour une population et les traduit en terme de mission.

Dever et Champagne (1983) soulignent que le Centre hospitalier définit sa part de marché par les besoins à satisfaire et y trouve les justifications qui appuient ses propres besoins en ressources. L'établissement hospitalier n'a cependant pas toute la liberté d'agir en ce qui a trait à

ces justifications, car l'État finance le secteur à plus de 90% et s'assure que le financement accordé soit suffisamment productif pour satisfaire un ensemble de besoins déjà définis. L'État entérine la mission de chacun des établissements et ceux-ci doivent la considérer en terme d'excellence. L'excellence signifie la réalisation de ce qu'une organisation hospitalière peut faire de mieux en termes de qualité et de quantité, ceci à partir de ressources limitées et en comparaison avec ce qui se fait en règle générale dans le secteur. Ainsi, les choix stratégiques d'un établissement doivent tenir compte de l'efficacité à répondre aux besoins d'une population dans un système de santé défini et structuré.

La dynamique régionale occupe une place prépondérante dans la formalisation de la stratégie hospitalière. La région, comme unité géographique, devient un référent suffisant comme base de la détermination des besoins. La définition de la position stratégique d'un Centre hospitalier est fonction d'enjeux nationaux mais surtout régionaux, ce qui implique les intervenants d'autres établissements (la création des conseils régionaux de santé et de services sociaux a institutionnalisé cette réalité géographique régionale du Québec).

L'établissement hospitalier doit partager sa part de marché avec d'autres établissements à l'échelle régionale. Cet enjeu détermine alors la compétition inter-établissements. A contrario, les missions, les objectifs et les clientèles

exigent une concertations qui constraint chaque établissement de santé à collaborer afin d'assurer des soins de qualité à l'ensemble de la population à desservir.

Le défi, pour un Centre hospitalier, est d'arbitrer la concurrence et la collaboration de manière à être le meilleur compte tenu des ressources disponibles et limitées. Le plus performant des centres hospitaliers d'une région comme l'Abitibi-Témiscamingue n'est pas nécessairement celui qui dispose de ressources les plus importantes, mais plutôt celui qui est le plus efficace et qui réussit à atteindre des orientations privilégiées.

CONCLUSION

Au terme de ce premier chapitre, nous avons brossé un portrait de la situation existante au Centre hospitalier St-François d'Assise afin de préciser le contexte de notre recherche. Nous avons également cernées les attentes de l'organisation visée dans le cadre du projet de planification stratégique. Au regard du contexte particulier du Centre hospitalier St-François d'Assise et des attentes formulées par les stratégies de l'organisation, nous avons pu identifier nos objectifs de recherche.

Enfin, dans un deuxième temps, nous avons cru opportun de jeter un éclairage sur les concepts véhiculées par les notions de planification stratégique et sur la complexité rattachée à l'organisation hospitalière. Le chapitre suivant sera consacré aux différentes approches de la démarche stratégique.

CHAPITRE II

CHAPITRE II

LA DÉMARCHE STRATÉGIQUE DANS LES ORGANISATIONS HOSPITALIERES

INTRODUCTION

Nous avons déjà mentionné que la planification stratégique réfère à un processus interrogatif qui anticipe le changement. C'est ce caractère interrogatif qui le distingue de la planification traditionnelle. La planification stratégique ne veut pas seulement anticiper le changement, elle veut aussi le gérer. Toutefois, la planification stratégique ne peut prétendre à l'efficacité et à la performance si elle n'est pas d'une part, adaptée au type d'organisation concernée et d'autre part intégrée comme un processus continu dans l'organisation. L'idée d'un modèle de planification stratégique applicable dans toute organisation est une utopie. Les auteurs comme Mintzberg, Thiétart, Denis, Champagne et Bégin perçoivent la planification stratégique comme un outil de changement pertinent, mais qui doit être adapté. La démarche globale demeure fondamentalement la même, le type d'organisation, le processus retenu et l'environnement global font la différence.

1. Planification et stratégie

La stratégie occupe une place vitale dans l'entreprise et on ne peut parler de planification stratégique sans inclure cette notion. Pour nombre d'auteurs, stratégie d'entreprise

réfère à planification stratégique. On peut répertorier une douzaine de définitions différentes de la stratégie qui touchent plus ou moins la planification stratégique. Mentionnons, Drucker (1954) qui considère la stratégie comme la réponse d'une organisation à une double question: Quelle est notre entreprise; quelle est sa mission; que devrait-elle être; quels devraient être ses objectifs? Chandler (1962) voit dans la stratégie quelque chose en devenir, la détermination des buts et objectifs à long terme de l'entreprise, l'adoption de politique et allocation de ressources pour l'atteinte de ces buts. Ansoff (1965) perçoit la stratégie comme le fil conducteur entre le passé et le futur entre les activités qu'une organisation a poursuivies jusqu'à ce jour et celles qu'elle entend poursuivre.

Plus près de nous, Quinn (1980) voit la stratégie comme un pattern ou un plan qui intègre les buts principaux, les politiques et les étapes de l'action en un tout cohérent. Allaire et Firsirotu (1984) ont distingué deux types de stratégies. Leur vision se rapproche du concept de la planification stratégique. Ainsi, ces auteurs mentionnent deux types de stratégies; stratégie formelle et stratégie actualisée. La stratégie formelle s'intéresse aux facteurs contextuels et structurels de l'organisation d'une part, et d'autre part aux intentions de développer et déployer les ressources de l'organisation en fonction de ces contextes. La stratégie actualisée est la réponse à la stratégie formelle.

Elle permet à l'organisation de s'ajuster, se réévaluer et d'initier des stratégies formelles de meilleure qualité.

Mintzberg (1988) divise la stratégie en quatre éléments qu'il appelle les quatre "P" : Plan (séquence d'actions cohérentes qui tendent vers la réalisation d'un objectif) - Posture (position qu'on veut occuper dans l'environnement) - Perspective (vision du monde partagée par les membres de l'organisation) - Pattern (intentions relatives donnant lieu à des stratégies qui font ressortir les comportements d'un organisme). Finalement, Jauch et Glueck (1990) expliquent le concept de la façon suivante " Un plan unifié, global et intégré qui relie les avantages stratégiques d'une entreprise aux défis qui se présentent dans son environnement. Elle est formulée de façon à s'assurer que les objectifs de base de l'entreprise sont réalistes grâce à une exécution appropriée".

Chacun de ces auteurs projette une dimension particulière au concept de stratégie mais par ailleurs l'ensemble des auteurs englobe la composante planification dans le concept de stratégie. Jauch et Glueck (1990) emploient "planification stratégique" ou "management stratégique" en parlant de l'ensemble des décisions et des actions qui conduisent au développement des stratégies qui aident l'entreprise à atteindre ses objectifs.

Ainsi, au fil des années, le lien entre stratégie et planification s'est imposé implicitement. Les concepts de stratégie et de planification sont d'ailleurs indissolublement

liés puisque l'un et l'autre désignent une séquence d'actions agencées dans le temps de façon à atteindre un ou plusieurs objectifs. La planification stratégique apparaît dès lors comme une tentative de conciliation entre l'étude stratégique et l'idée de plan. Martinet (1985) rapporte que:

L'analyse, la conception des manœuvres et la prise de décision stratégique se font encore fréquemment en dehors de toute procédure instituée. Mais les grandes entreprises, en particulier, ont éprouvé le besoin de codifier une démarche, d'établir une méthodologie générale, un langage commun, un calendrier... afin de rendre cohérent l'exercice. Ces procédures périodiques et formalisées constituent la planification stratégique.

(Martinet, 1985, p.225)

1.2 L'approche de Thiétart

Pour Thiétart (1984), la planification stratégique tente de concilier les dimensions économiques et politiques de l'organisation. La dimension économique illustre les caractéristiques objectives de l'organisation et de son environnement. La dimension politique met en évidence l'existence d'acteurs aux objectifs individualisés. L'auteur affirme que:

Le planificateur-stratège éclairé doit essayer de prendre en compte ces deux dimensions indissociables. Les buts poursuivis sont multiples:

- faire en sorte que la mise en œuvre de la stratégie soit facilitée par l'ensemble des acteurs en présence;

- affaiblir, grâce aux actions entreprises, les freins et les oppositions qui se manifestent;
- mieux utiliser les ressources;
- tenir compte des compétences de l'organisation;
- tirer profit des possibilités offertes par le marché.

(Thiéstart, 1984, p. 16)

Thiéstart (1984) propose une articulation originale et rigoureuse du processus de planification stratégique. Ce processus s'effectue tour à tour selon une démarche économique et politique; les deux étant soutenues à l'aide d'une infrastructure organisationnelle. Thiéstart offre une vision globalisante du processus de changement et c'est là sa contribution la plus importante, c'est-à-dire avoir mis en relief la complémentarité des processus bureaucratique, économique et politique dans la démarche de planification stratégique. Le tableau 1 illustre l'approche de Thiéstart.

TABLEAU 1

**La planification stratégique: processus bureaucratique,
économique et politique**

BUREAUCRATIQUE	ECONOMIQUE	POLITIQUE
Quel type d'organisation? -Choix du degré de décentralisation -Détermination de la taille des unités opérationnelles -Division du travail -Choix des moyens de coordination -Élaboration du système d'information	Que veut-on? -Formulation de la mission -Fixation des objectifs -Choix du portefeuille d'activités	Quels sont les acteurs en présence? -Identification des acteurs -Analyse dynamique des liens entre l'entreprise et les acteurs -Recherche d'une base politique et évaluation de l'opposition
Quel processus de décision? -Choix du type de plans -Détermination des étapes élémentaires -Choix de l'horizon -Explicitation du contenu des plans -Élaboration du processus de décision	Que sommes-nous? -Analyse de l'environnement -Évaluation des ressources -Détermination de l'écart de planification	Que peuvent faire les acteurs? -Analyse des influences politiques internes et externes -Évaluation du système politique des acteurs -Anticipation de la réaction des acteurs
Quelle activation? -Détermination du niveau de participation -Élaboration du système d'évaluation et de récompense -Choix du degré de liberté des opérationnels -Fixation de l'intensité du suivi de l'action de chacun	Que veut-on faire? -Formulation des stratégies et des politiques -Évaluation des stratégies et des politiques	Que peut-on faire avec ou contre les acteurs? -Recherche de l'indépendance stratégique -Sélection des alliés et de la coalition
Quel contrôle? -Choix du degré de concentration du contrôle -Détermination de la fréquence et des niveaux de contrôle -Choix du degré de détail du contrôle -Recherche de l'orientation du contrôle	Qu'allons-nous faire? -Choix de la stratégie -Établissement des programmes, plan d'action et budget	Que décide-t-on de faire? -Formulation de la stratégie politique -Anticipation de la réaction des opposants

Source: Thiétart, Raymond-Alain, *La stratégie d'entreprise*, pp.22,25,26

- processus bureaucratique:

Le processus bureaucratique permet de donner une plus grande rigueur à l'ensemble des démarches relatives à l'économique et au politique. Le processus bureaucratique s'articule autour de quatre questions principales: quel type d'organisation? quel processus de prise de décision? quel style d'activation? quelles procédures de contrôle? Le processus bureaucratique permet de recourir à une superstructure qui dispose d'outils servant à la prise de décision. Cette démarche s'effectue en parallèle aux démarches économique et politique. Toutefois, le processus bureaucratique pris hors de son contexte et détaché des processus économique et politique ne peut alors jouer un véritable rôle de guide.

- processus économique:

Le processus économique s'articule autour de quatre questions essentielles: que veut l'organisation? qui est-elle? que veut-elle faire? que va-t-elle faire? Ce processus analytique de formulation de la stratégie permet d'organiser une démarche de prise de décision. Cependant, ce n'est pas une démarche linéaire mais plutôt un processus itératif qui permet par de nombreux aller-retour d'en arriver progressivement à une décision.

Cette décision se veut une conciliation entre les contraintes, les menaces et les opportunités offertes par

l'environnement, les stratégies pour y répondre, le développement et le renforcement des compétences. Il s'agit d'un processus formel qui ignore la dimension plus humaine et politique de l'organisation. Cette dernière dimension se préoccupe du pouvoir respectif des acteurs internes et des intervenants externes à l'organisation et qui peuvent faciliter ou contrarier la mise en œuvre de la stratégie.

- le processus politique:

L'organisation doit de plus en plus tenir compte des individus et des groupes qui la composent ou qui possèdent de l'extérieur une emprise sur sa destinée. Les seules considérations économiques sont maintenant insuffisantes car les individus et les groupes exigent une plus grande information et une participation accrue à la prise de décision. Le processus politique s'articule autour de quatre grandes questions: quels sont les acteurs en présence? que peuvent-ils faire? que peut-on faire avec ou contre eux? que décide-t-on de faire? Le processus politique permet d'organiser la prise de décision en tenant compte du facteur humain. C'est une démarche qui s'effectue en parallèle de la démarche économique. La dimension politique recouvre tout ce qui touche l'influence des individus et des groupes dans la recherche du contrôle ou du pouvoir sur la destinée de l'organisation.

Ainsi, la planification stratégique selon Thiétart (1984) reconnaît la complémentarité des trois processus décrits

précédemment. L'équilibre adéquat entre les dimensions conduit à la prise de décision stratégique. Il existe alors une recherche d'équilibre entre les objectifs globaux et particuliers des individus et groupes à l'intérieur comme à l'extérieur de l'organisation, de même qu'un équilibre entre les caractéristiques plus objectives.

1.3 L'approche des sphères d'influence

A priori, la théorie des sphères d'influence tente de définir, et de mettre en place une stratégie de changement qui permettra de réformer l'organisation hospitalière aux exigences nouvelles de l'environnement et aux impératifs nouveaux de son marché, tout en permettant aux dirigeants de se familiariser et de s'ajuster aux nouvelles spécifications. Cette approche a été développée récemment par Bégin (1991) dans le cadre d'une recherche exhaustive. L'auteur précise qu'il existe une dynamique décisionnelle particulière et complexe dans les organisations hospitalières. Il identifie trois systèmes quasi autonomes à l'intérieur de l'organisation. Il existe entre ces trois systèmes des interrelations constantes malgré les caractéristiques propres à chacun. Ces trois sphères sont:

- La sphère d'influence politique
- La sphère d'influence managériale
- La sphère d'influence professionnelle

Bégin (1991) divise le cycle décisionnel hospitalier en trois phases au cours desquelles chacune des sphères

d'influence exprime ses attentes et négocie avec les autres sphères. Les enjeux stratégiques prennent fin à la troisième phase du cycle décisionnel lorsqu'une majorité importante de décideurs se rallient aux propositions acceptées. L'auteur met en exergue le commentaire suivant en ce qui concerne le cycle décisionnel en milieu hospitalier:

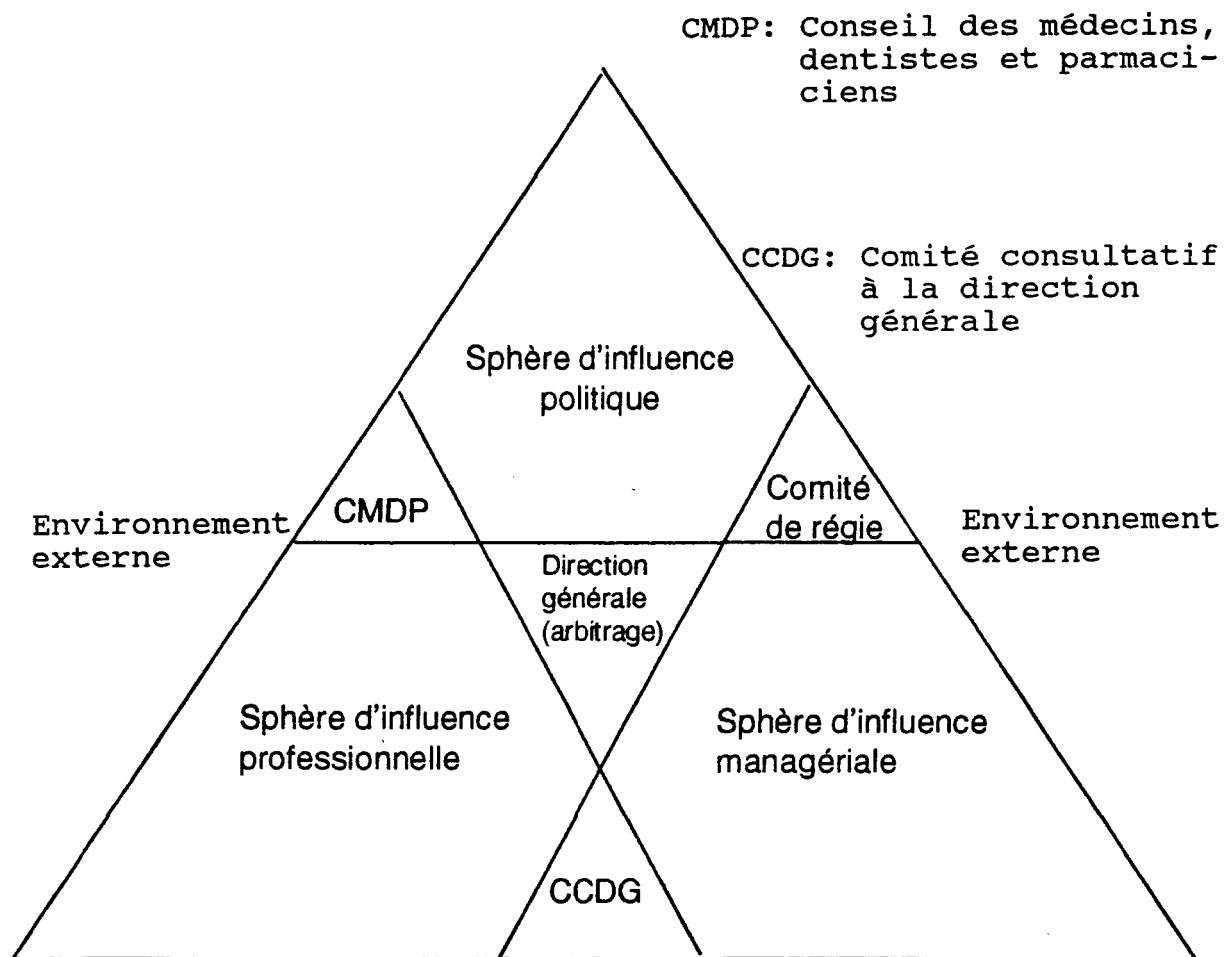
- En milieu hospitalier, plusieurs acteurs portent plusieurs chapeaux et jouent dans des coalitions différentes à l'intérieur des sphères d'influence différentes. Les coalitions représentatives de chaque sphère négocient les résultats (sorties) du système selon des attentes respectives. Ceci donne lieu à des configuration de pouvoir en perpétuel changement, ce qui provoque une forte turbulence.

Dès lors, plusieurs caractéristiques parfois divergentes, parfois convergentes créent des situations conflictuelles entre les sphères d'influence et dans l'ensemble de l'organisation. La compréhension du mode décisionnel relatif à chacune des sphères permet lors d'un projet de planification stratégique, d'influencer et de renforcer les convergences plutôt que les divergences afin d'arriver à rallier les acteurs autour d'une mission commune dans un projet collectif. Bien que le modèle des sphères d'influence semble relativement complexe, Bégin a développé un modèle opérationnel et adapté au contexte de la gestion stratégique. La figure suivante

illustre le modèle de représentation d'un Centre hospitalier selon la théorie des sphères d'influence.

TABLEAU 2

Le modèle de représentation d'un Centre hospitalier selon la théorie des sphères d'influence



Le modèle des sphères d'influence permet de bonifier l'approche traditionnelle de la planification stratégique. C'est un outil d'analyse des véritables enjeux des centres hospitaliers québécois car il permet d'élaborer un processus pertinent et performant en contexte de planification stratégique. Le modèle définit également les niveaux de pouvoir et d'influence dans l'organisation. Cette nouvelle approche de la planification stratégique demande toutefois une intervention extérieure à l'organisation en raison de la formation requise pour les membres du comité orienteur et des assises stratégiques. Également, la durée de l'exercice stratégique peut facilement s'étendre sur plus d'une année. C'est pourquoi malgré notre conviction que cette approche est pertinente, nous avons opté pour une démarche ne nécessitant pas le recours à une aide extérieure, sinon pour une évaluation globale.

2. Le processus stratégique selon Glueck

Le concept de la planification stratégique a donc évolué dans le temps en impliquant différents niveaux de complexité. Aujourd'hui, la tendance semble vouloir consacrer le management stratégique (Glueck 1990) comme étant le stade d'évolution vers lequel devrait tendre les grandes organisations. Il est possible de constater que le management stratégique englobe le concept de planification stratégique corporative, d'entreprise qui lui comprend ceux de la budgétisation du couple produit-marché et de la perspective à

plus ou moins long terme. Le contenu des ouvrages récents reflètent cette situation. Comme le précise Glueck (1990), aujourd'hui l'approche s'appelle la planification stratégique ou le management stratégique.

L'approche stratégique selon le modèle de Glueck a l'avantage d'être compréhensible pour l'ensemble des personnels. L'implantation du modèle est relativement facile et il permet de déterminer avec cohérence des choix stratégiques appropriés. Le tableau 3 représente le modèle de Glueck.

2.1 Les composantes du modèle de Glueck

Glueck articule son processus de management stratégique à partir des stratégies de l'entreprise, de la mission et des objectifs. Le processus se déroule selon trois grandes phases: l'analyse et le diagnostic (l'évaluation de la stratégie), le choix (la formulation de la stratégie), l'implantation (l'opérationnalisation de la stratégie).

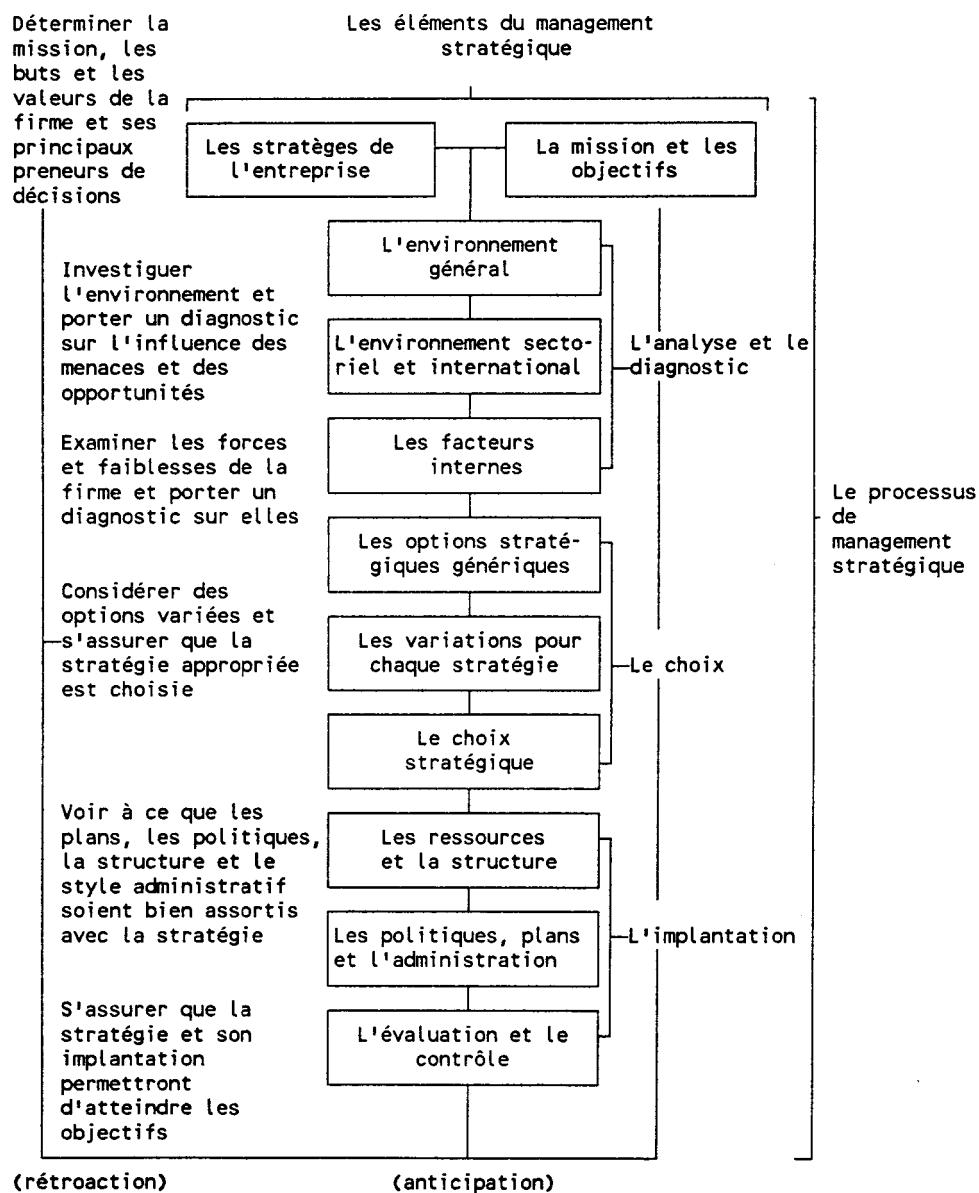
Au niveau des stratégies de l'organisation, on retrouve essentiellement le conseil d'administration et le directeur général:

- Le conseil d'administration:

Il s'agit de l'autorité ultime du Centre hospitalier. Il exerce tous les pouvoirs de l'établissement conformément à la loi et aux règlements, ce qui inclut les orientations du Centre hospitalier. Le conseil se doit d'être très présent dans la démarche puisqu'il aura, par

la suite, à s'assurer que la stratégie sera reliée aux actions subséquentes.

TABLEAU 3
Schéma du modèle de Glueck



- La direction générale:

Le rôle-clé dans le processus de la planification stratégique tant au niveau formation, information, formulation de la démarche, implantation et mobilisation du personnel, incombe à la direction générale.

Le deuxième élément stratégique comprend la mission et les objectifs. L'énoncé de la mission définit la raison d'être d'une entreprise et légitime sa fonction. Les objectifs sont des fins que l'entreprise cherche à réaliser grâce à son existence et sa fonction.

Les trois phases du processus s'insèrent tout à fait dans le type d'organisation qui nous intéresse soit les centres hospitaliers. Nous examinerons ultérieurement le contenu de chacune des phases du processus stratégique. Il importe d'examiner maintenant l'impact de l'environnement global dans la démarche de planification stratégique.

3. L'impact de l'étude de l'environnement global

Jauch et Glueck (1990) soulignent que:

L'étude de l'environnement permet aux dirigeants d'anticiper les opportunités et de planifier des réponses possibles à celles-ci. Elle permet aussi le développement d'un système d'alarme pour prévenir les menaces ou développer des stratégies qui transforment une menace en avantage ou de contrôler une menace efficacement.

L'importance de l'environnement dans la démarche de planification stratégique apparaît donc nettement. Mintzberg (1981) précise que l'environnement comprend tout ce qui est situé en dehors de l'organisation: sa technologie, la nature

de ses produits ou services, la clientèle et les concurrents, la distribution de ses activités, le climat économique, politique. L'auteur met l'accent sur certaines caractéristiques de l'environnement:

- Du plus stable au plus dynamique:

Stable: Même demandes année après année;

Dynamique: Selon certains événements, instabilité gouvernementale, événements économiques imprévisibles.

- Du plus simple au plus complexe:

Simple: Compagnie de taxis;

Complexe: Demande un haut savoir.

- Du plus intégré au plus diversifié:

Intégré: Une mine;

Diversifié: Variété de services, comme un hôpital.

- Du plus accueillant au plus hostile:

Accueillant: Type de professionnel dont la clientèle vient à lui;

Hostile: Influence de groupes extérieurs à l'organisation.

Miller (1989) mentionne trois sortes de relations qu'entretiennent l'entreprise et les membres de son environnement, soit: relations d'échange, de pouvoir et les relations d'effet.

Les relations d'échange sont entièrement délibérées, c'est-à-dire que chaque agent (Il s'agit des individus, groupes, institutions ou entreprises avec lesquels le gestionnaire est susceptible de se trouver en contact quotidien) peut choisir librement d'entrer ou non, selon ses propres intérêts.

Les relations de pouvoir représentent pour les agents des contraintes sur lesquelles ils disposent d'un contrôle qui varie selon leur propre pouvoir.

Les relations d'effet constituent les effets secondaires, positifs ou négatifs, qui découlent des décisions quotidiennes que prennent les agents dans la poursuite de leurs intérêts ou de leur mission.

C'est au sein de cette dynamique complexe que se trouve le dirigeant, qui doit concilier l'atteinte des objectifs économiques que lui fixent ses commettants (Conseil d'administration ou actionnaires) et le respect des contraintes que lui impose son environnement.

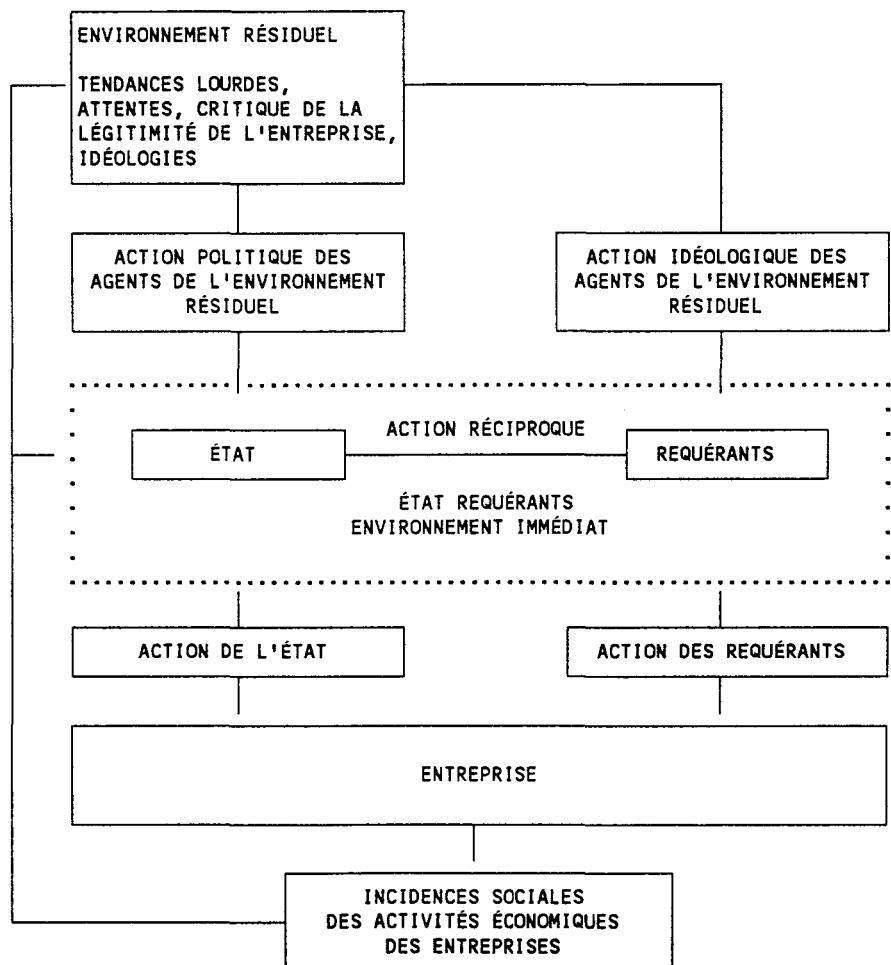
Selon le modèle de Miller, l'entreprise entretient en permanence des relations de nature socio-politique avec son environnement. Ces relations font l'objet d'une évaluation constante par les membres de l'environnement de l'entreprise, qui jugent dans quelle mesure elles satisfont leurs aspirations. Dans le cas où ces relations sont estimées inadéquates, les membres de l'environnement pèsent de tout

leur pouvoir de contrainte sur l'entreprise pour qu'elle les redresse en fonction de leurs intérêts.

Le modèle de Miller (1989) comprend deux parties: les environnements immédiat et résiduel. Ces deux environnements forment une structure traversée par des flux de pressions sociales. Le tableau 4 illustre les relations entre l'entreprise et son environnement.

TABLEAU 4

Les relations entre l'entreprise et son environnement



SOURCE: MILLER Roger, La direction des entreprises, 1989, page 189

- environnement immédiat:

L'environnement immédiat comprend les agents ou les institutions en contact étroit avec l'entreprise. Cet environnement se subdivise en deux, soit l'état qui dispose du pouvoir d'influencer le comportement des entreprises et les requérants qui sont les partenaires socio-économiques.

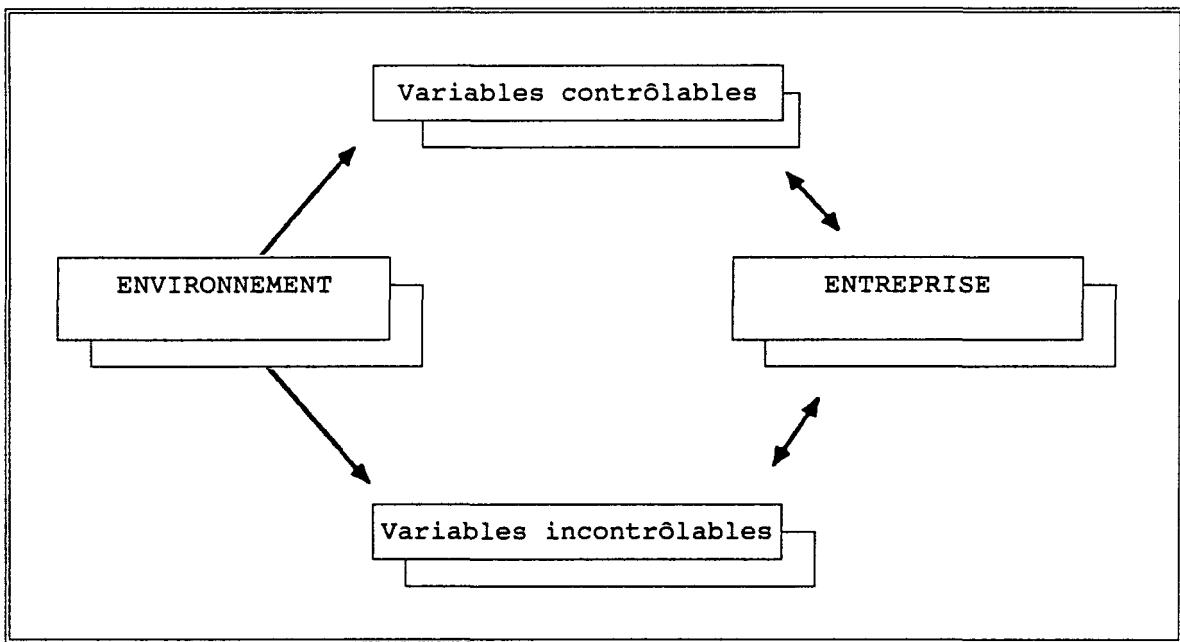
- environnement résiduel:

L'environnement résiduel est celui où se forme l'ensemble des forces globales qui caractérisent une société. Il regroupe les facteurs de changement structurel d'une société ou tendances lourdes, c'est-à-dire l'ensemble des phénomènes démographiques, économiques, sociaux et autres qui sont à l'origine du changement social à long terme.

3.1 L'organisation et son environnement

Pour les auteurs Gagnon, Savard, Carrier, Decoste (1990) l'environnement est le milieu ambiant de l'entreprise. S'il détermine pour une large part les actions de l'entreprise, celle-ci peut, à certaines occasions, agir sur lui. Ainsi, on dira que l'environnement est constitué par l'ensemble des différentes lignes de force existantes, certaines étant contrôlables et d'autres incontrôlables.

TABLEAU 5
L'impact des variables de l'environnement

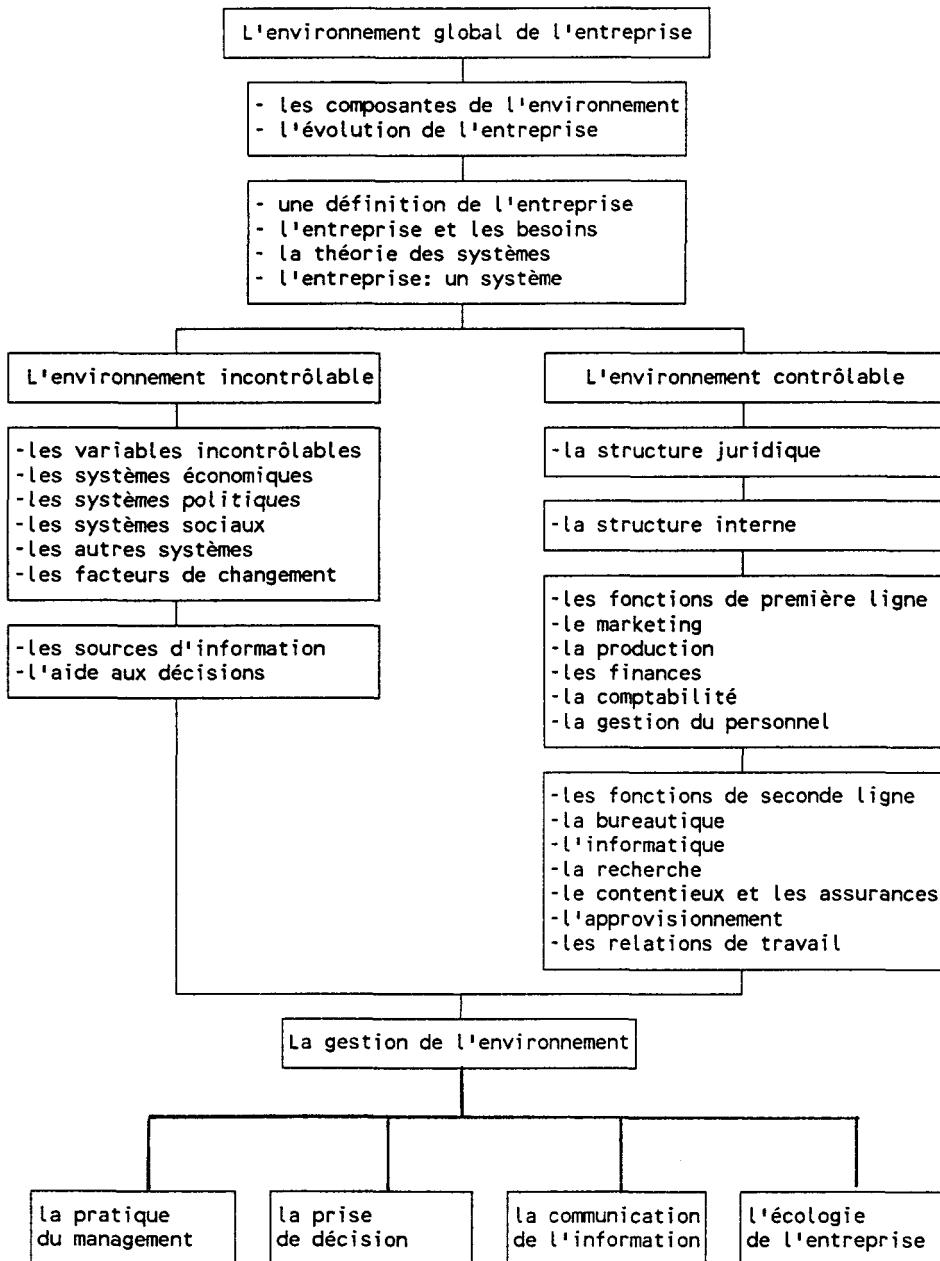


SOURCE: Gagnon, Savard, Carrier, Decoste, L'entreprise et son environnement, 1990, p.1

Les variables contrôlables ou internes peuvent être modifiées par l'humain et concernent l'organisation et sa structure. Les variables incontrôlables relèvent des domaines économiques, sociaux et politiques et ne peuvent être modifiées par l'action de l'entreprise.

Le concept environnemental de Gagnon, Savard, Carrier, Decoste, se présente comme suit:

TABLEAU 6
Le concept environnemental



SOURCE: Gagnon, Savard, Carrier, Decoste, L'entreprise et son environnement, 1990, p. 5

Selon ce schéma, l'environnement se divise en deux: l'environnement incontrôlable et l'environnement contrôlable. Ces deux éléments composent la gestion de l'environnement, qui ont des impacts sur la pratique du management, la prise de décisions, la communication de l'information et depuis quelques années, sur l'écologie de l'entreprise.

Pour Jauch et Glueck (1990), l'environnement a une influence sur le processus de management, d'où l'importance d'en faire l'analyse de ces différents facteurs afin de déterminer les opportunités ou les menaces pour l'entreprise. Il s'agit de décomposer un tout dans ses différentes parties pour en trouver la nature, la fonction et l'ensemble de ses relations.

Ceux-ci proposent un modèle du processus d'analyse et de diagnostic de l'environnement. S'il y a des écarts, il faut évaluer s'ils auront un effet significatif sur la stratégie courante ou les objectifs.

ENVIRONNEMENT DE LA FIRME

Général

- Socio-économique
- Technologique
- Gouvernemental

Industriel

- Clients
- Fournisseurs
- Concurrence

International

ANALYSE ET DIAGNOSTIC DES ÉCARTS

Analyse

- Identifier la stratégie que la firme utilise actuellement pour se relier à l'environnement. Sur quelles prémisses ou prévisions la stratégie actuelle est-elle fondée?

- Faire des prévisions sur les conditions futures de l'environnement. Ces prémisses ou ces prévisions diffèrent-elles de celles de l'étape précédente? Existe-t-il un écart?

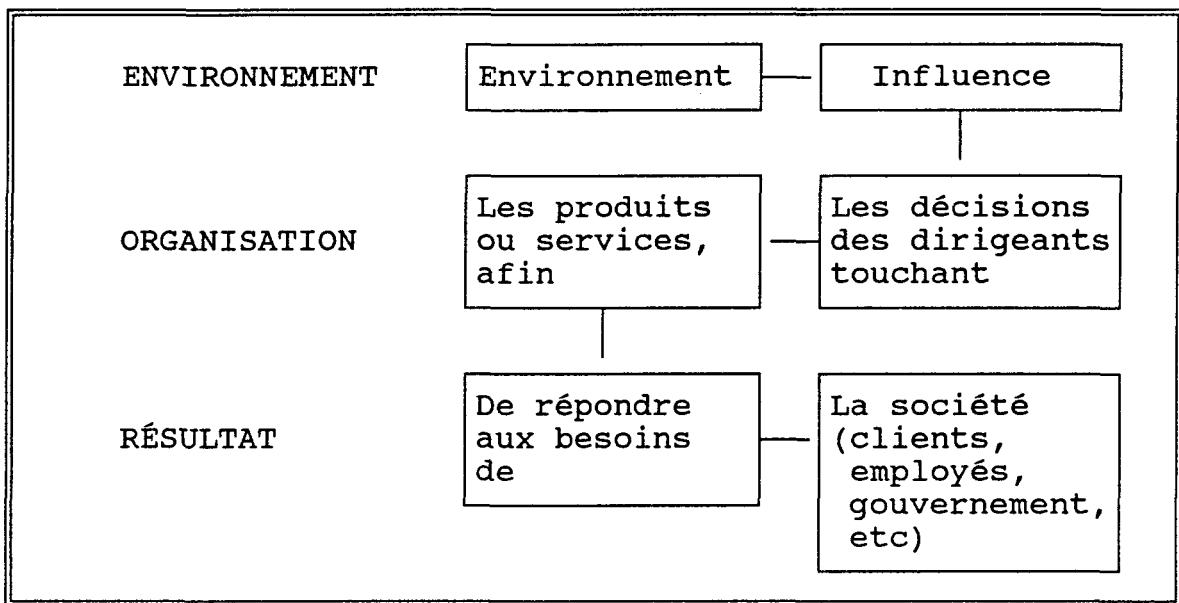
Diagnostic

- Évaluer la signification de l'écart entre l'environnement actuel et l'environnement futur pour la firme. Des changements dans les objectifs sont-ils requis? Serait-il utile de considérer des changements dans la stratégie? Est-ce qu'ils réduiront l'écart?

Les auteurs mettent en évidence la phase d'analyse et de diagnostic de l'environnement. C'est la préoccupation d'atteindre les objectifs ultérieurement qui pousse les stratégies à effectuer l'analyse et le diagnostic de l'environnement. Ainsi, une analyse des écarts peut conduire à ajuster les objectifs ou à considérer l'opportunité d'une nouvelle stratégie. Si la décision est de modifier la stratégie, des stratégies de rechange devraient être développées et une nouvelle stratégie devrait être choisie et implantée.

L'analyse des auteurs met en exergue l'importance de l'étude de l'environnement d'une entreprise, peu importe le type. Cette étude doit examiner les facteurs de l'environnement qui lui sont déterminants ou qui permettent de préciser le type d'information à recueillir, d'en faire l'analyse afin d'ajuster les stratégies en fonction des opportunités et des menaces.

TABLEAU 7

Les stratégies "opportunités et menaces"

SOURCE: Gagnon, Savard, Carrier, Decoste, L'entreprise et son environnement., 1990, p. 36-37. Adapté par l'auteur.

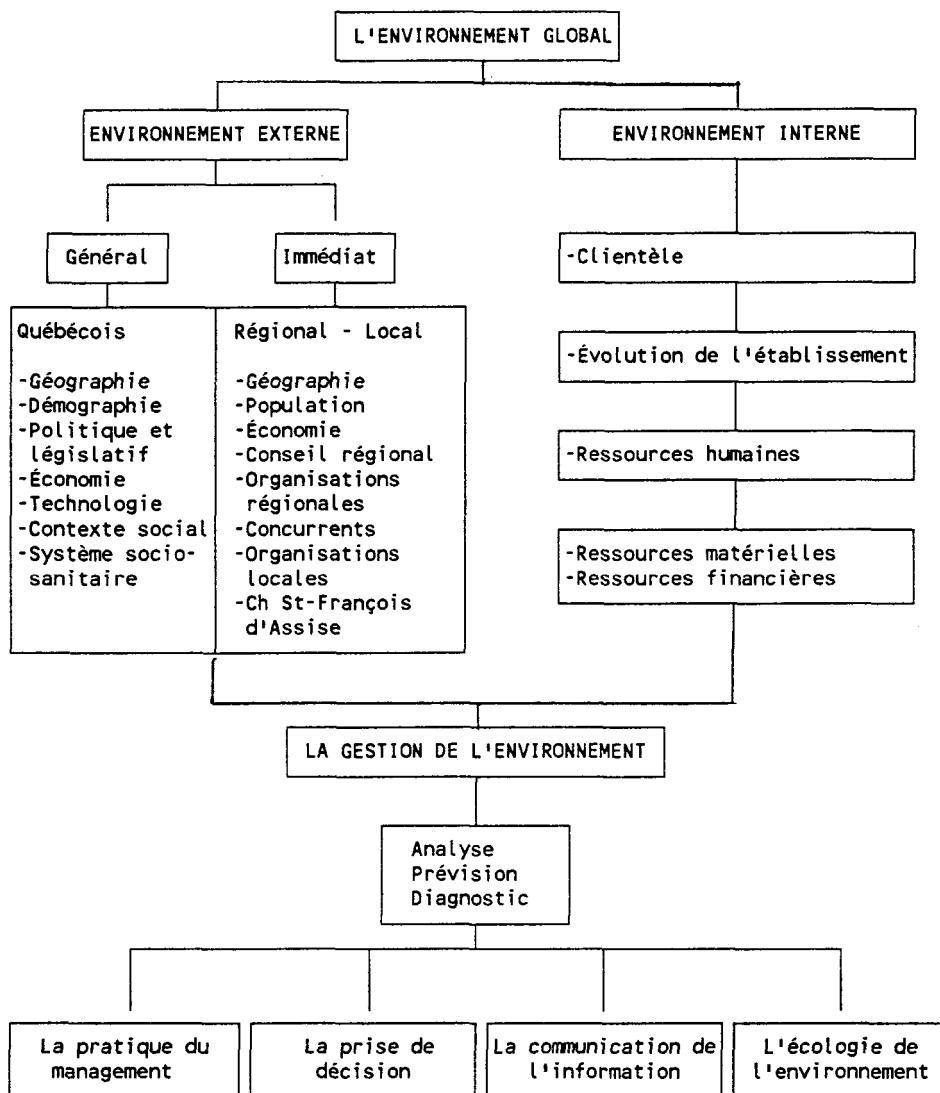
TABLEAU 8

La synthèse des modèles d'analyse environnementale

MILLER	GAGNON - SAVARD CARRIER - DECOSTE	JAUCHE - GLUECK
<u>ENVIRONNEMENT</u>	<u>ENVIRONNEMENT</u>	<u>ENVIRONNEMENT</u>
<u>INFLUENCE</u>	<u>INFLUENCE</u>	<u>INFLUENCE</u>
1- <u>Immédiat</u> - L'Etat - Les requérants	1- <u>Incontrôlable</u> -Systèmes économiques -Systèmes politiques -Systèmes sociaux -Autres systèmes	1- <u>Général</u> -Socio-économique -Technologique -Gouvernemental
2- <u>Résiduel</u> -Démographique -Économie -Social -Autres	2- <u>Contrôlable</u> -Facteurs internes de l'entreprise	2- <u>Industriel</u> -Clients (démographie - géographie) -Fournisseurs -Concurrence 3- <u>International</u> -Mondialisation des marchés
Action de l'Etat Action des représentants Influences sur l'entreprise	- Sur la gestion de l'environnement Qui a des impacts sur le management, la prise de décision les communications, l'écologie	- Sur le processus de management Analyse et diagnostic pour voir les opportunités et les menaces afin d'ajuster les stratégies

Même si chacun des modèles s'apparente, c'est à partir de composantes de chacun que nous en tirons un modèle plus adapté à un centre hospitalier.

TABLEAU 9
L'environnement et l'entreprise



SOURCE: Gagnon, Savard, Carrier, Decoste, L'entreprise et son environnement, 1990.

La présente étude s'inspire du modèle de Gagnon, Savard, Carrier, Decoste (1990). Au niveau de l'environnement externe, nous avons retenu deux subdivisions:

- Générale: Au sens des tendances, selon Glueck (1990);
- Immédiate: Individus, groupes ou institutions susceptibles de se trouver, sous une forme ou une autre, en contact fréquent (Miller).

Ces deux composantes doivent être analysées, pour en faire des prévisions (Glueck, 1990), et diagnostiquées pour en saisir les opportunités et menaces, ce qui globalement devient la gestion de l'environnement (Gagnon, Savard, Carrier, Decoste, 1990). Si des écarts sont perçus, il faut ajuster les objectifs et les stratégies ou en développer de nouvelles (Glueck, 1990). Le tout a donc des impacts sur le management, sur le décisionnel, sur les communications et informations et en certaines occasions, sur l'environnement écologique (Gagnon, Savard, Carrier, Decoste, 1990).

La gestion de l'environnement consiste donc à percevoir les opportunités, de les transformer en stratégie afin d'en tirer profit, et de contrôler les menaces et/ou les contraintes efficacement imposées par ce même environnement et de maintenir un équilibre dynamique entre ces deux éléments (Miller, 1989 et Glueck, 1990).

4. Les modèles de changements organisationnels

Des auteurs connus, tels Mintzberg (1984) et Drucker (1987) ont souligné le fait que notre société en est une d'organisation. Or, la plupart des changements dans notre société affectent les organisations. Celles-ci doivent s'adapter et s'engager dans des processus de changement si elles veulent être positionnées favorablement dans l'environnement global.

Deux auteurs, Denis et Champagne (1990) ont analysé cinq grands modèles de changements organisationnels issus des travaux réalisés sur le changement dans les organisations. Ces cinq modèles sont les suivants:

- le modèle hiérarchique
- le modèle de développement organisationnel
- le modèle psychologique
- le modèle structurel
- le modèle politique

Nous examinerons successivement chacun des modèles de changement en apportant une attention particulière au type d'organisation qui nous intéresse, soit les organisations hospitalières.

4.1 Le modèle hiérarchique

Ce modèle s'appuie sur une vision mécaniste de l'organisation popularisée par les théories classiques du management (Morgan, 1986). Cette conception de l'organisation met l'emphase sur le contrôle des individus en situation de travail. La hiérarchie organisationnelle et les contrôles qui y sont rattachés servent à doter les comportements des

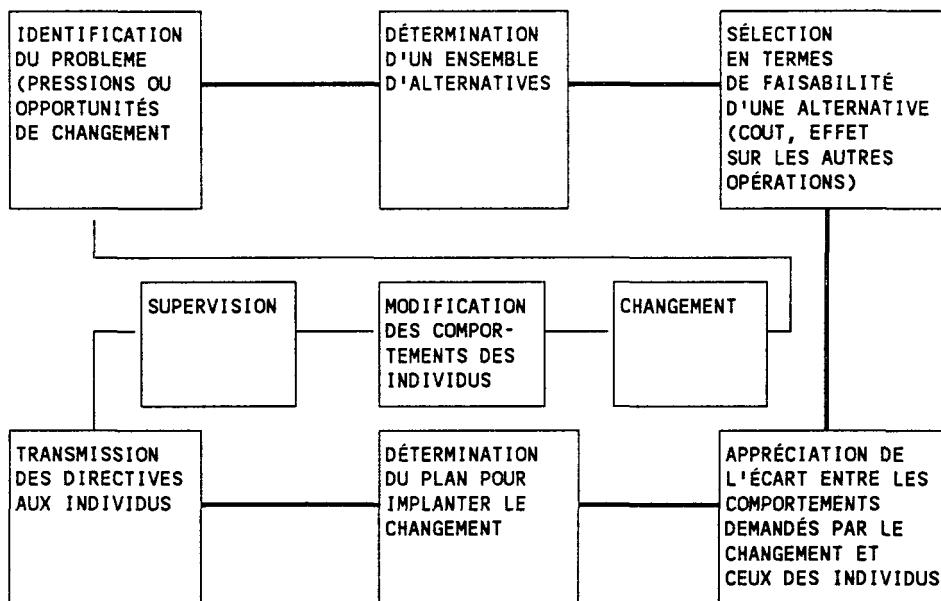
individus d'une très forte prévisibilité. Cette perspective hiérarchique représente la conception traditionnelle du changement planifié dans les organisations. L'emphase est mise sur une planification rationnelle et technocratique du changement.

Selon ce modèle, l'implantation d'un changement dépend principalement des étapes précédentes du processus de planification, c'est-à-dire l'identification du problème, la détermination des options et le choix de la meilleure solution. Le tableau qui suit représente l'élaboration d'une décision rationnelle selon le modèle hiérarchique.

TABLEAU 10

Le modèle hiérarchique

Élaboration d'une décision rationnelle



Exercice d'un contrôle hiérarchique sur le processus

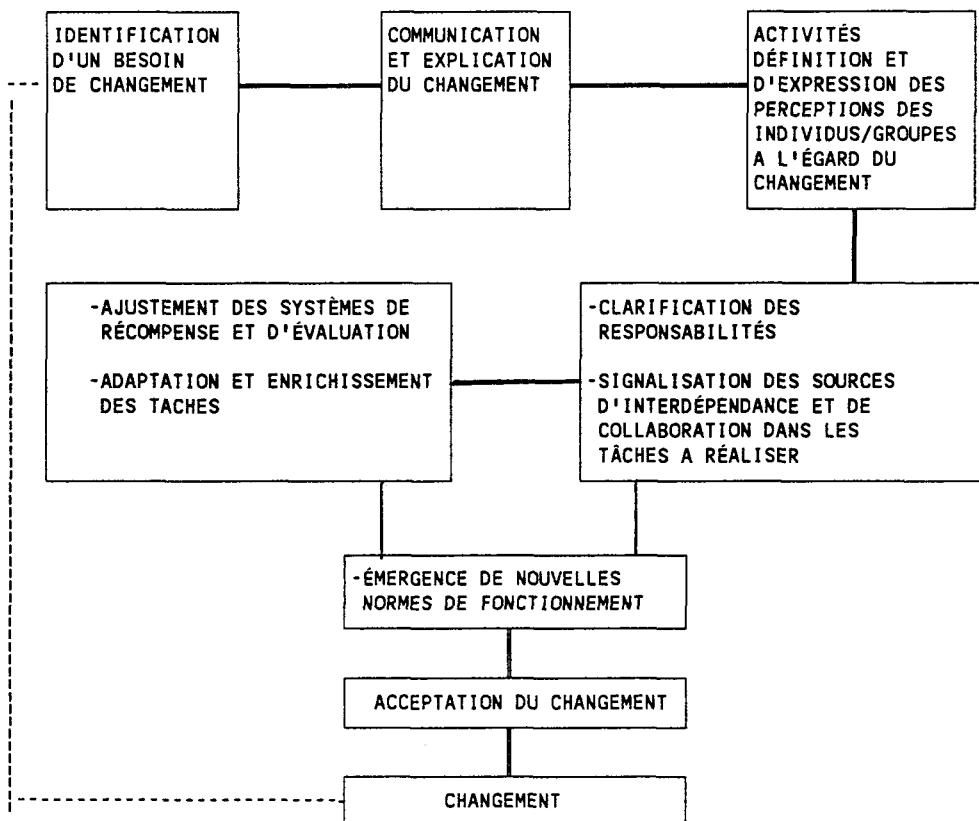
Le modèle hiérarchique permet d'identifier un certains nombre d'étapes, qui, si elles sont bien franchies, devraient assurer le succès d'un changement. Nous soulignons que cette approche accorde un rôle-clé aux gestionnaires en position d'autorité. Il s'agit d'une approche normative qui implique peu la participation des employés dans le changement.

4.2 Le modèle de développement organisationnel

Cette approche s'appuie largement sur une conception de l'organisation cohérente avec celle avancée par l'École des relations humaines (Séguin et Chanlat, 1983). Elle met l'emphase sur différents aspects des comportements des individus en situation de travail. Elle s'intéresse à l'organisation informelle des groupes, aux phénomènes de motivation et de solidarité au travail en rapport avec les niveaux de productivité dans l'organisation. Dans l'ensemble, le modèle mise sur la rencontre des besoins des individus et des groupes en situation de travail pour favoriser un fonctionnement optimal de l'organisation. Dans cette perspective, le modèle organisationnel vise à gérer l'organisation informelle en vue d'accroître l'acceptation d'un changement. Le tableau 11 représente le modèle de développement organisationnel.

TABLEAU 11

Le modèle du développement organisationnel



Selon l'approche illustrée au tableau 11, le gestionnaire joue trois rôles dans le processus de changement: (1) il communique et explique efficacement le changement aux membres concernés de l'organisation; (2) il agit sur la dynamique de réaction au projet de changement en sollicitant l'expression des perceptions et en identifiant les responsabilités des individus ou groupes concernés et les mécanismes de collaboration à instaurer; (3) il ajuste la structure des

tâches à accomplir et les systèmes de récompense et d'appréciation des performances. L'objectif poursuivi est de minimiser les réactions négatives au changement et les ambiguïtés. Le processus doit culminer dans une modification des normes de fonctionnement des groupes de façon à favoriser le changement.

Le succès de cette approche dépend de la capacité du gestionnaire à saisir les réactions des membres de l'organisation et à intervenir rapidement afin d'éviter les coalitions contre le changement. Selon Elmore (1987), le succès dépend également de la capacité de l'organisation à générer un consensus autour des objectifs poursuivis par le changement.

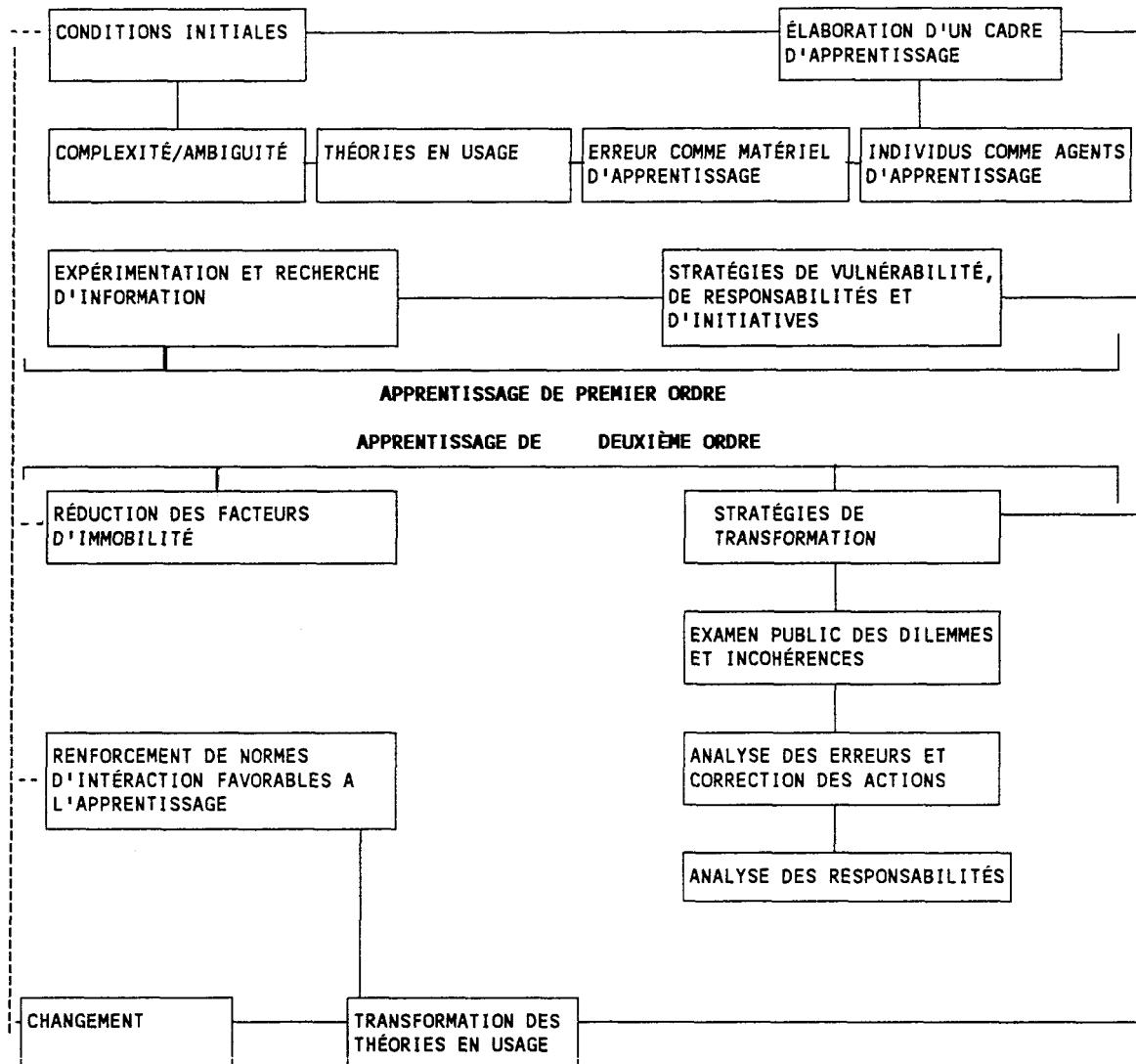
4.3 Le modèle psychologique

La perspective psychologique sur le changement dans les organisations s'est développée à partir de la littérature sur le changement des attitudes et la relation attitudes-comportements (Fishbein et Ajzen, 1975). Selon ces auteurs, il existe une relation entre les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements. Ainsi, les croyances et attitudes vont influencer les membres de l'organisation à accepter ou non les changements planifiés. Deux auteurs, Staw (1982) et Norman (1985) mentionnent que les individus vont avoir tendance à résister au changement malgré leur adhésion de principe aux innovations en raison des modes conservateurs d'action qu'ils manifestent. Selon l'approche psychologique,

pour produire des changements à long terme, il faut modifier les fondements cognitifs et émotifs de l'action des individus (Argyris, 1985). Ainsi, le processus de production du changement dans une organisation est analogue à un processus d'apprentissage. Le modèle psychologique tel qu'illustré au tableau 12, situe la motivation au changement dans des situations organisationnelles complexes et caractérisées par l'ambiguïté. Dans cette perspective, le rôle du gestionnaire est de faciliter l'apprentissage par l'élaboration d'un cadre favorable. De plus l'organisation doit permettre une autonomie suffisante à l'individu pour qu'il s'engage dans le processus d'apprentissage.

Le modèle psychologique associe le succès de changement dans l'organisation à la capacité de celle-ci d'instaurer un contexte propice aux apprentissages et de renforcer les normes d'interaction entre individus et groupes susceptibles de favoriser les apprentissages ultérieurs.

TABLEAU 12
Le modèle psychologique*



* Ce schéma est inspiré des travaux de Argyris, Putnam et McLain Smith (1985). Il représente la dimension progressive des processus d'apprentissage "reflective dimension" plutôt que sa dimension protectrice "protective dimension".

4.4 Le modèle structurel

L'approche structurelle a fait l'objet de nombre d'études depuis une vingtaine d'années. Selon la perspective structurelle, les organisations qui implantent avec succès un changement, se distinguent des autres par des caractéristiques ayant trait soit aux attributs organisationnels (la taille, la centralisation, la formalisation, le niveau d'expertise, etc.) ou soit au contexte organisationnel (incertitude environnementale, le degré de compétition, l'aisance organisationnelle, etc.).

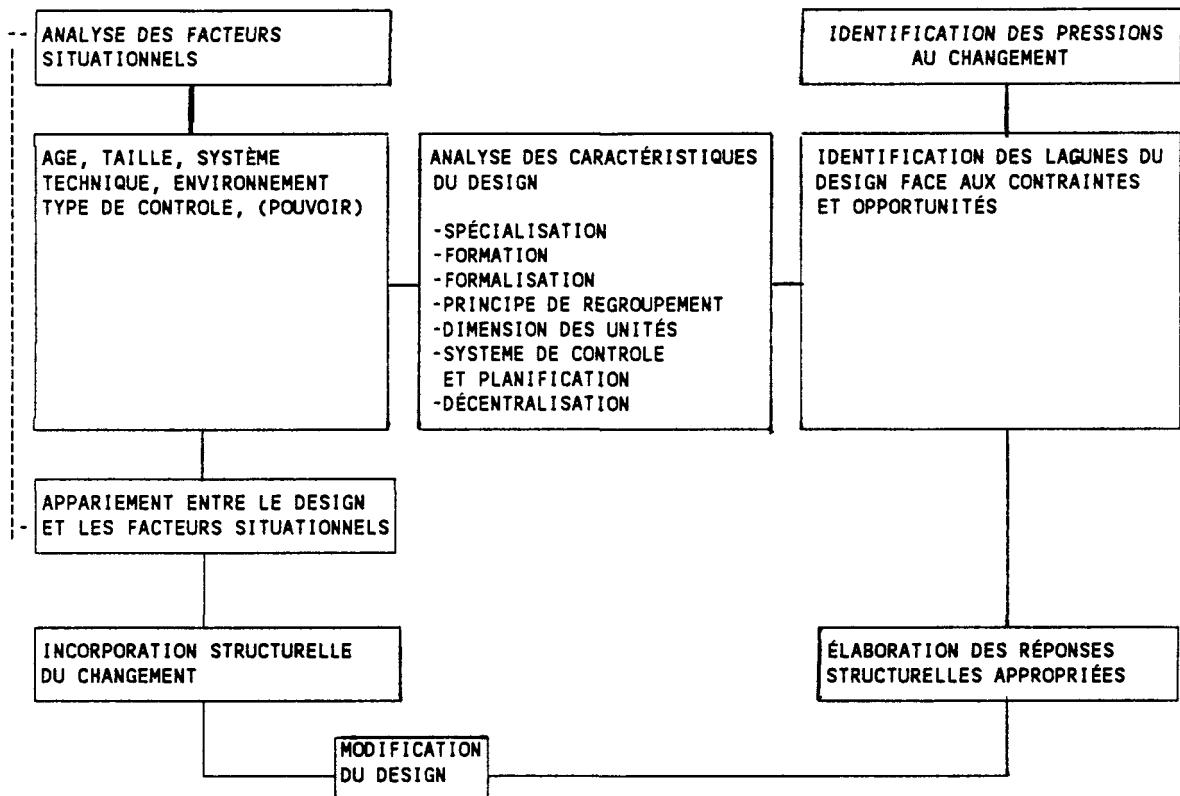
Le modèle structurel situe donc la capacité de changement d'une organisation dans son design, c'est-à-dire dans un amalgame de décisions touchant la spécialisation, la formalisation, la taille des unités et sous-systèmes, la centralisation, les mécanismes de liaison entre unités et l'intensité de la planification et du contrôle (Mintzberg, 1979, Jelinek, 1986). Dans l'ensemble, le design doit refléter un ajustement aux différentes contraintes que subit l'organisation. Il s'agit de déterminer une structure appropriée et efficace mais qui est suffisamment flexible pour réagir aux changements qui se produisent dans l'environnement.

Un processus de changement selon la perspective structurelle identifie les sources de changement dans un ensemble de facteurs situationnels, particulièrement l'environnement et la technologie. Le constat d'une inadéquation entre certaines caractéristiques du design et les

contraintes et opportunités auxquelles est exposée l'organisation doit mener à l'élaboration de réponses structurelles. Dans ce contexte, le rôle du gestionnaire se résume à celui de réorganisateur. Le tableau 13 visualise le modèle structurel selon Mintzberg (1989).

TABLEAU 13

Le modèle structurel



La définition des facteurs situationnels et des paramètres du design organisationnel provient de Mintzberg (1988).

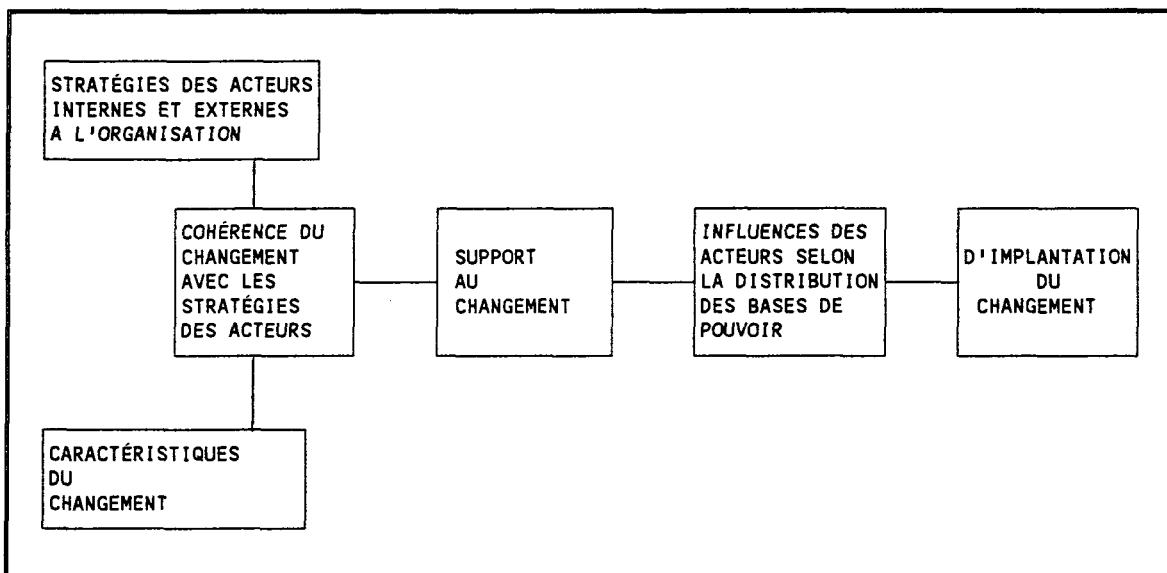
Le résultat du processus de transformation du design est un appariement optimal mais temporaire ou conjoncturel de l'organisation et de la constellation des facteurs situationnels. Cependant, vu la taille et la complexité importante de plusieurs organisations, le processus de changement peut se manifester dans certaines zones de l'organisation bien qu'il y ait adéquation du design à d'autres endroits. La structure organisationnelle doit permettre de maintenir une flexibilité optimale afin de répondre aux changements qui se produisent sur les marchés et dans l'environnement.

4.5 Le modèle politique

Plusieurs auteurs malgré un intérêt marqué pour l'approche structurelle ont souligné l'importance des déterminants politiques lors du changement dans les organisations. Le modèle politique est issu d'une perspective dialectique ouverte et naturelle en analyse des organisations (Benson, 1983; Scott, 1981). Selon cette perspective, l'adoption et l'implantation de changements sont considérées comme des jeux de pouvoir organisationnel dont le résultat constitue un ajustement aux pressions internes et externes. Le processus de changement est marqué par une négociation continue entre les intérêts des différents acteurs en cause.

Dans l'approche politique, les difficultés liées à l'implantation d'un changement ne dépendent pas d'une inefficacité du processus de planification ou du système de contrôle mais plutôt de la poursuite d'intérêts particuliers des acteurs influents de l'organisation. Le modèle politique est illustré dans le tableau 14:

TABLEAU 14
Le modèle politique



Dans ce modèle, c'est la dynamique d'interaction des stratégies des acteurs et leurs sources respectives d'influence au cours du processus qui vont déterminer le degré d'implantation du changement. Le succès est tributaire du support accordé par les acteurs ou groupes exerçant des contrôles importants dans l'organisation.

Dans l'approche politique, le rôle du gestionnaire en est principalement de mobilisateur et de négociateur. Il doit analyser les stratégies des acteurs et identifier les groupes les plus influents. Il lui faut gagner l'appui des membres externes ou internes de l'organisation qui marqueront le plus le processus de changement. Pour obtenir ces appuis, le gestionnaire devra démontrer aux acteurs influents, les avantages que le changement leur apportera. Dans une perspective politique, le gestionnaire doit donc prendre des initiatives qui orientent les forces politiques vers un appui au changement.

4.6 Les modèles et les types d'organisation

Nous avons vu que chacun des modèles de changement offre des rôles différents aux gestionnaires impliqués dans le processus. Toutefois, pour comprendre et intervenir adéquatement lors des changements, il importe que le modèle de changement reflète les caractéristiques de l'organisation en cause. Mintzberg (1979) a regroupé les différentes formes d'organisation en cinq configurations qu'il nomme ainsi: structure simple, bureaucratique machiniste, la forme divisionnelle, la bureaucratie professionnelle et l'adhocratie. Pour chacune de ces configurations, le modèle de changement diffère. Il peut s'agir d'un amalgame de deux approches différentes, l'important c'est que le modèle de changement retenu soit approprié.

Dans le cas des organisations hospitalières, nous l'avons déjà vu précédemment, il s'agit d'une bureaucratie professionnelle. Ce type d'organisation est caractérisé par un contrôle important des professionnels qui exécutent les tâches centrales à la mission de l'organisation (par exemple les médecins dans les centres hospitaliers). Les processus de changement sont largement façonnés par les jeux de pouvoir et par les forces politiques. Le support des professionnels augmentent les chances de succès lors des changements. Également, le modèle structurel peut s'avérer un moyen efficace d'aborder le changement dans les organisations hospitalières. Il s'agit de mettre en place des mécanismes structurels permettant la participation des professionnels aux décisions et favoriser une rencontre des intérêts entre les professionnels et les gestionnaires. Il semble donc que le recours simultané aux modèles structurel et politique soit pertinent dans les organisations hospitalières.

Denis et Champagne (1990) insistent sur la nécessité pour les organisations d'utiliser davantage les approches de changement basées sur les modèles politique, structurel et psychologique afin d'instaurer des stratégies plus efficaces et plus constructives. En outre, les auteurs font remarquer que la complexité des organisations modernes exige une approche de changement plus ouverte et mieux adaptée aux caractéristiques particulières de chacune des organisations.

CONCLUSION

Dans ce deuxième chapitre, nous avons examiné les notions de stratégie, de planification et de changement dans les organisations. La revue récente de la littérature nous indique que la planification stratégique est devenue un outil de changement pour les organisations et qu'il faut désormais utiliser les termes de management stratégique pour désigner le processus d'anticipation et de repositionnement stratégique. En outre, les auteurs comme Mintzberg, Thiétart et Bégin, ont mis en exergue la nécessité d'adapter le processus de changement au type d'organisation concernée. Cette dernière constatation explique la déception de plusieurs organisations face à la démarche de planification stratégique. Dans le chapitre suivant, nous allons expliquer notre choix quant au modèle de Glueck comme processus de management stratégique dans notre organisation. Nous croyons que ce modèle est bien adapté et qu'il nous permettra d'atteindre nos objectifs.

CHAPITRE III

CHAPITRE III

LA MÉTHODOLOGIE RETENUE

INTRODUCTION

Nous avons déjà analysé l'approche de Glueck comme processus de management stratégique dans l'organisation. Il nous reste à justifier notre choix et à exposer la démarche telle qu'elle a été appliquée dans le Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre.

1. Le choix du modèle de Glueck

A l'heure actuelle, le problème n'est plus de savoir si la planification stratégique est pertinente mais plutôt de trouver le processus stratégique qui convienne le mieux aux objectifs souhaités. C'est dans cette perspective que nous avons opté pour le modèle de Glueck. Ce modèle reprend les trois grandes composantes de la planification stratégique, soit, l'évaluation, la formulation et l'opérationnalisation mais dans le contexte particulier de l'organisation hospitalière. Il précise les éléments du management stratégique et définit le rôle des stratèges dans le processus stratégique. Chacune des phases du processus est explicite et facilement compréhensible pour les acteurs concernés, qu'ils soient professionnels ou non.

De plus, le modèle de Glueck accorde une importance accrue au contexte environnemental interne et externe pour cerner les forces et faiblesses de l'organisation. Il insiste pour qu'il y ait le plus grand nombre possible de propositions pertinentes avant de prioriser des choix stratégiques. Il tient compte également des choix stratégiques antérieurs et par la rétroaction, les stratégies peuvent réajuster leur focus et apporter les mesures correctives lorsque nécessaire. Mentionnons également que le modèle de Glueck accorde autant d'importance à l'implantation de la stratégie et ses résultats qu'au diagnostic et aux choix. Cet aspect prenait une importance considérable à nos yeux puisque bon nombre de projet de planification stratégique ont éludé la phase opérationnelle donc également l'évaluation des résultats.

Labelle (1988) qui propose une approche de management stratégique comme alternative aux modèles normatifs de planification conforte notre démarche car il soutient que le processus menant aux choix stratégiques est aussi important que les choix eux-mêmes. Le processus de management stratégique élaboré par Glueck répond à nos attentes et il est un guide précieux que nous avons utilisé tout au long de notre démarche.

1.1 Les éléments du management stratégique dans l'implantation du projet

Dans le processus de management stratégique selon le modèle de Glueck, les stratégies de l'organisation jouent un rôle primordial. Ces stratégies proviennent du conseil

d'administration et de la direction générale. Concrètement, le projet de planification stratégique doit être entériné par le conseil d'administration qui garde un droit de regard du début à la fin du projet. Cependant, c'est la direction générale (donc principalement le directeur général) qui initie le processus de management stratégique et qui pilote la démarche pendant toute la durée du projet.

Le rôle du directeur général en est un de formateur, d'informateur et de négociateur avec les différents groupes de l'organisation. Le directeur général doit remplir le mandat du conseil d'administration en termes d'objectifs précis. Pour ce faire, il doit informer le conseil d'administration de la démarche envisagée et du processus qu'il entend suivre. Lorsqu'il y a concertation entre les stratèges, soit le conseil d'administration et le directeur général, il faut définir un deuxième élément stratégique essentiel, c'est-à-dire la mission de l'organisation et ses objectifs.

Dans le cas du Centre hospitalier, il s'agit de définir la raison d'être de l'organisation et de légitimer sa fonction. Les objectifs sont des fins que l'entreprise cherche à réaliser grâce à son existence et à sa fonction.

Nous avons défini les deux éléments de base du management stratégique. Au Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre, le contexte difficile des dernières années a poussé les dirigeants à se questionner sur la mission et les orientations de l'organisation hospitalière. Le diagnostic posé lors de la

tutelle devenait un incitatif sérieux à entreprendre un projet de planification stratégique. La direction générale a produit un document de base sur sa philosophie de gestion afin de redéfinir la mission et les objectifs de l'organisation. Le conseil d'administration s'est rallié à ce document, permettant ainsi le consensus nécessaire à la bonne marche du processus de planification stratégique. Dans le modèle de Glueck, il faut noter que le rôle des stratégies est indissociable du processus de management stratégique. Enfin, le deuxième élément concerne la mission et les objectifs qui deviennent des pré-requis indispensable avant d'aborder les trois grandes phases de la démarche stratégique.

1.2 L'analyse et le diagnostic

Selon le modèle de Glueck, la première phase du processus stratégique concerne l'environnement global et la dynamique interne. Lors de cette étape, il s'agit d'examiner les environnements et de poser un diagnostic en termes de forces et faiblesses. Lors du processus de planification stratégique, nous avons procédé de la façon suivante:

A. L'analyse de l'environnement

C'est le processus par lequel nous avons examiné les différents facteurs de l'environnement afin de déterminer les opportunités ou les menaces. Nous avons porté une attention particulière à ce facteur puisqu'aucune analyse de l'environnement n'avait été réalisée au Centre hospitalier.

- la clientèle

L'analyse a porté sur le profil de consommation de la clientèle de l'établissement, l'origine et la nature des diagnostics associés aux "patients". De plus, nous avons effectués une comparaison régionale.

- l'analyse des consultations en cliniques privées

Il s'agit de l'étude des consultations en clinique autres que celles identifiées dans l'état sanitaire de la clientèle.

B. L'analyse interne du Centre hospitalier

Cette étude a porté principalement sur les aspects suivants:

- l'évolution pour les dix prochaines années des principaux champs d'activité de l'établissement;
- les ressources de l'organisation;
- l'identification des forces et faiblesses à l'aide de sondages auprès des personnels et de la clientèle.

Cette première étape du processus de planification stratégique a impliqué un grand nombre de participants et elle a permis de brosser un tableau exhaustif des environnements de l'organisation. Au total, les informations recueillies ont permis de mieux cerner les clientèles actuelles et potentielles, de mettre à jour certaines lacunes internes et

de préparer la phase suivante qui concerne les choix stratégiques.

1.3 Les choix stratégiques

Une fois complétées les études internes et environnementales, le comité aviseur (qui constitue le comité de planification stratégique) transmet les résultats pertinents et l'ensemble des données recueillies aux différentes unités de l'organisation. L'étape suivante s'avère particulièrement importante dans la démarche stratégique: chaque unité présentera ses propositions ou options stratégiques pour les prochaines années. Chacune des propositions sera examinée et à la lumière de l'ensemble des informations disponibles, le comité aviseur fera une sélection dans les propositions. Ces options retenues formeront les choix stratégiques pour les prochaines années.

- Les options stratégiques:

La démarche proposée a permis d'adapter les options au Centre hospitalier. Chacun des services a produit un document basé sur l'expansion, la stabilité ou la diminution du service en regard de leurs activités. Ils ont proposé des choix concrets et opérationnels.

- Les variations pour les stratégies:

A partir du profil des opportunités, des menaces et de certaines options stratégiques, il a été possible de retenir des dimensions internes ou externes devant être explorées (adaptation).

- Les choix stratégiques (axe des priorités) :

Cette étape consistait à effectuer une sélection parmi les propositions soumises par chacun des services et à recommander au Conseil d'administration les priorités pour les cinq prochaines années (adaptation).

La deuxième phase du processus de planification stratégique est déterminante pour l'ensemble de l'organisation car les choix retenus deviendront les objectifs communs à réaliser. L'implication de tous les services et de toutes les unités est conditionnelle au succès de cette seconde phase.

1.4 L'opérationnalisation ou l'implantation

Dans le modèle de Glueck, la phase d'implantation occupe une large place et il est prévu qu'une évaluation suivra afin de déterminer si la stratégie retenue est efficace ou si des réajustements sont nécessaires. Pour que la stratégie soit opérationnelle, il est nécessaire de développer une structure appropriée et d'adopter les plans et politiques requis pour l'intégration des choix stratégiques. Ainsi, il y a adéquation entre la stratégie retenue et la structure, les plans, les politiques et le style administratif. Enfin, l'évaluation et le contrôle permettent de s'assurer que les objectifs stratégiques sont ou seront atteints comme souhaités.

- Les ressources et la structure:

Il s'agit d'affecter les ressources et les budgets en

fonctions des choix prioritaires et ensuite examiner si la structure correspond à la philosophie de gestion et y apporter les correctifs nécessaires, s'il y a lieu.

- Les politiques et les plans:

Les politiques fournissent les moyens d'exécuter les plans et les décisions prises concernant les choix. Il est important de transposer les choix dans des plans compatibles et pratiques de la façon qui suit:

- spécifier la façon de réaliser ce qui est à faire, qui le fera, comment et quand;
- établir un mécanisme de suivi.

- L'évaluation et le contrôle:

L'évaluation est la phase du processus de la planification stratégique au cours de laquelle les dirigeants s'assurent que les choix sont respectés et qu'ils remplissent les objectifs du Centre hospitalier.

1.5 La rétroaction

La rétroaction, tout comme l'évaluation aide les stratégies de la planification stratégique à suivre le cheminement et l'implantation des choix stratégiques. La rétroaction amène un questionnement nécessaire afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'écart significatif entre les objectifs attendus et ceux obtenus. Ces questions prennent la forme suivante:

- Les décisions prises sont-elles compatibles avec la politique?

- Les ressources sont-elles suffisantes pour effectuer le travail? Sont-elles utilisées sagement?
- Les événements qui se produisent dans les environnements sont-ils ceux qui étaient prévus?
- Les buts et les cibles sont-ils atteints, tant ceux à court terme que ceux à long terme?
- Devrions-nous exécuter le plan stratégique tel que nous l'avons formulé?

Les réponses à ces questions permettent de vérifier la cohérence, la pertinence et le réalisme des objectifs ciblés en regard des ressources et des contraintes liées à l'organisation et l'environnement. Mentionnons enfin qu'il est nécessaire de mettre en place des systèmes d'informations organisationnels et administratifs pour qu'il y ait une véritable rétroaction dans l'ensemble de l'organisation.

2. La pertinence du modèle pour les objectifs de la recherche

Nous avons clairement défini dans la problématique de notre recherche les objectifs poursuivis. Le premier de ces objectifs concerne la pertinence du modèle de planification stratégique pour répondre aux attentes exprimés par le conseil d'administration. Toutefois, nous avons constaté dans la revue de la littérature que la planification stratégique s'avérait un concept global comprenant toujours trois phases soit, l'évaluation, la formulation et l'opérationnalisation, quelque soit le processus choisi. C'est pourquoi, il nous a semblé plus juste de distinguer les différentes approches ou processus dans la planification stratégique que de parler de

modèles de planification stratégique. Dans les faits, l'approche choisie en planification stratégique est en fonction du type d'organisation concerné, du temps et des ressources que l'on veut consacrer au projet. En ce qui nous concerne, notre organisation est une configuration de type bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1979) et l'approche de planification stratégique que nous avons retenue, c'est-à-dire le modèle de Glueck, propose une démarche adaptée aux Centre hospitaliers.

Les centres hospitaliers doivent composer avec un grand nombre d'intervenants qui ont une vision différente de l'organisation. Il importe que la démarche stratégique puisse intégrer tous ces intervenants dans une vision commune et qu'il y ait une cohérence à travers toute l'organisation. Le processus de Glueck est un cheminement souple et élargi qui permet à tous les intervenants de s'exprimer. Les étapes sont interreliées et il est toujours possible de se réajuster au fur et à mesure du déroulement du projet. Nous avons pu constater que chacune des composantes du modèle de Glueck était compatible avec notre vision du processus stratégique. Toutefois, nous devons préciser que même si le modèle adopté nous a servi de référent pour réaliser notre projet de planification stratégique, c'est la volonté et l'enthousiasme des acteurs impliqués dans le projet qui permettent d'atteindre les objectifs souhaités.

CONCLUSION

Notre recherche en est une sur le terrain et de ce fait nous avons privilégié un modèle de processus stratégique adapté à notre organisation. Nous avons respecté les composantes du modèle et le déroulement du projet s'est fait selon les us et coutumes du Centre hospitalier. Le prochain chapitre abordera concrètement le déroulement du projet de planification stratégique au Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre.

CHAPITRE IV

CHAPITRE IV

L'APPLICATION DU MODELE DE PROCESSUS STRATÉGIQUE

INTRODUCTION

Le projet de planification stratégique a été implanté en janvier 1990 et il s'est terminé en mars 1991. Il a été accepté et proposé d'appliquer le processus de démarche stratégique selon le modèle de Glueck. Nous allons examiner le développement du projet en nous référant au modèle retenu. Nous accorderons une attention particulière au dossier information et à l'étude environnementale, car ces deux éléments se sont avérés important dans le déroulement de notre projet.

1. L'implantation du processus stratégique

La première démarche du projet de planification stratégique fut d'informer et de former le Conseil d'administration puisqu'il est légalement mandaté pour superviser les activités du Centre hospitalier. De ce fait, il a une grande importance en ce qui concerne la mission, les objectifs de l'établissement et l'évaluation des résultats de la planification stratégique. Cette information/formation a été abordée de la façon suivante:

- 1- Qu'est-ce que la planification stratégique?
- 2- Quels sont ses objectifs?
- 3- Quelle est sa démarche?
- 4- Comment se manifeste le caractère participatif de la démarche?

5- Quels sont les résultats visés dans un caractère interrogatif?

c'est-à-dire:

- Que pourrions-nous faire en termes d'opportunités et de réponses aux besoins de notre clientèle?
- Que pouvons-nous faire en terme de compétence organisationnelle actuelle ou potentielle?
- Que voulons-nous faire en référence à la mission, aux besoins identifiés et aux attentes des intervenants?
- Que devons-nous faire afin de satisfaire certaines obligations de base de notre organisation?

Dans un second temps, cette information/formation a été transmise aux cadres supérieurs et intermédiaires et par la suite, au personnel de chacun des services.

1.1 La mise en place du comité aviseur

Un comité de planification stratégique (que nous avons appelé Comité aviseur) a été mis en place. Chaque membre a été désigné par chacun des directorats représentatif de l'ensemble du personnel. Le comité aviseur est un groupe de travail composé de participants qui se réunissent en vue d'exprimer des avis, des indications et des recommandations sur la démarche de planification stratégique.

Son but est de favoriser le regroupement en vue d'assurer une participation optimale en ce qui concerne le développement des activités de la planification stratégique. Le comité aviseur assume les responsabilités suivantes:

- Donner des avis sur la démarche proposée;

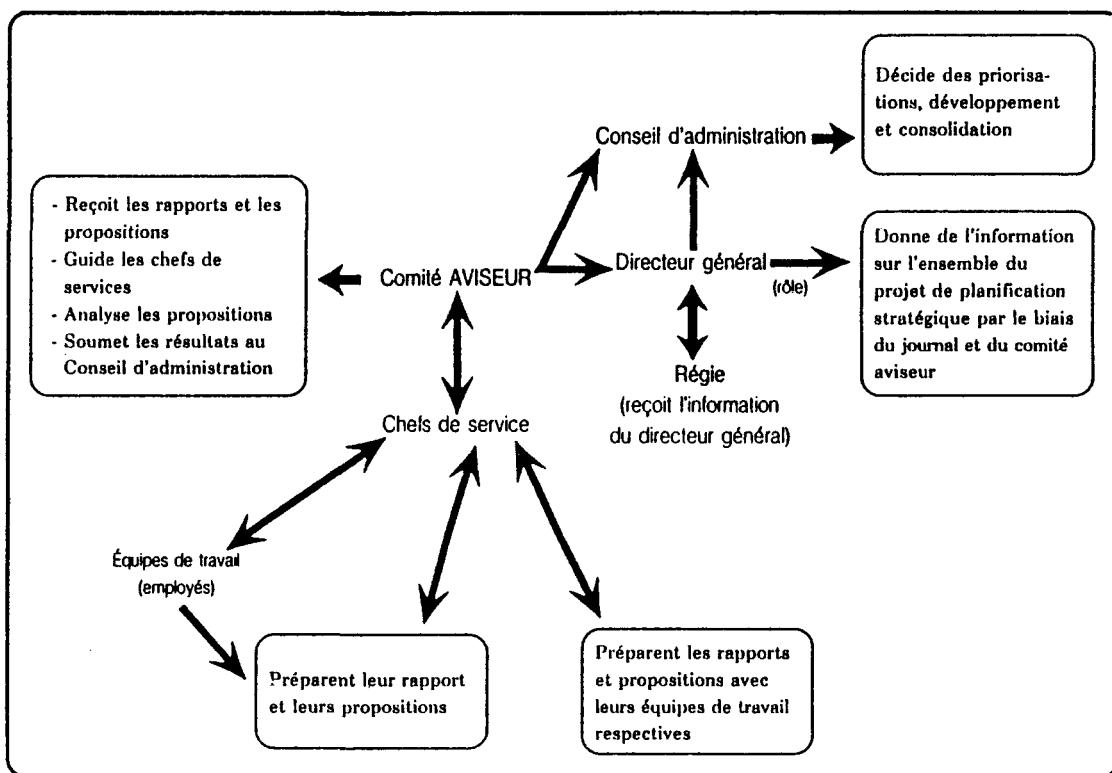
- Participer à la réalisation de chacune des étapes de la démarche;
- Valider le contenu des différents rapports;
- Analyser l'état d'avancement de la démarche et soumettre des rapports d'étape au Conseil d'administration;
- Soumettre des recommandations au niveau des priorités.

Lors de sa première rencontre, le Comité aviseur a revu l'ensemble des étapes de la planification stratégique et les outils à produire pour chacune d'entre elles. La question de base qui s'est posée par la suite, comment enclencher la démarche?

La question fut résolue de la façon suivante: utiliser le document de base de la philosophie de gestion présenté au Conseil d'administration par la Direction générale.

Cette démarche a été subdivisée en deux étapes et s'est échelonnée sur deux mois. Primo, elle a été soumise par le directeur général à l'ensemble des cadres pour analyses et discussions. Secundo, elle a été analysée et discutée au niveau de chacun des services avec le supérieur concerné. Toutefois, avant de procéder à la première étape de la planification stratégique, il était primordial de développer un système de communication pour tous les paliers du Centre hospitalier. Le tableau 15 permet de visualiser le modèle retenu.

TABLEAU 15
Circulation de l'information et des propositions



Il est possible de qualifier cette structure informationnelle à la fois d'hiérarchique et de circulaire. Lors de réunions de service, les employés reçoivent et donnent des renseignements sur leur situation et sur l'ensemble de l'organisation. Ces informations sont remises au comité administratif (cadres supérieurs) qui conseille la Direction générale sur les décisions à prendre. Le comité d'encadrement permet aux cadres intermédiaires d'être informés des décisions et de tout ce qui concerne le Centre hospitalier. A leur tour, ils transmettent l'information lors des réunions de

services. Ce modèle qui permet la circulation de l'information et des propositions est largement ouvert à tout le personnel durant le projet de planification stratégique.

1.2 La mission et les objectifs

Afin de déterminer la mission et les objectifs, nous avons demandé aux cadres intermédiaires de reprendre le document de la philosophie de gestion avec leur personnel, d'identifier et de soumettre une mission ainsi que des objectifs s'y rattachant.

A partir de l'ensemble des composantes reçues, il fut recommandé au Conseil d'administration d'entériner la mission qui représente l'énoncé des valeurs fondamentales auxquelles adhèrent toutes les composantes de l'établissement. La mission du Centre hospitalier révèle aussi notre croyance à offrir des soins de qualité et des services adaptés, diversifiés et suffisants à la clientèle. Le Centre hospitalier veut répondre le plus possible aux besoins de sa population à l'aide de moyens adéquats tout en visant des résultats précis. Le tableau 16 permet de visualiser les objectifs, les moyens et les résultats souhaités.

TABLEAU 16

Les objectifs et les résultats anticipés

Objectifs visés	Moyens	Résultats souhaités
Offrir des soins de qualité	- Ressources humaines - personnel - bénévoles	- Consensus des membres de l'organisation de Centre Hospitalier St-François d'Assise
Offrir des services adaptés	- intervenants-clés - intervenants-extérieurs	
Offrir des services diversifiés		- Harmonisation des ressources vers des objectifs communs
Offrir des services suffisants	- Ressources physiques - contrôle des coûts - répartition des sommes disponibles - rationalisation des opérations	- Sentiment d'appartenance à notre organisation
	- Ressources régionales - organismes régionaux - la population impliquée - les ressources éducatives	- Implication réelle de la population
		- Amélioration et augmentation des services et de la qualité des soins offerts

Ainsi, la mission du Centre hospitalier Saint-François d'Assise est de produire des soins et des services adaptés aux besoins de la population desservie par le Centre hospitalier.

2. L'analyse des environnements

Cette étape du projet de planification stratégique a été laborieuse car les environnements internes et externes ont été scrutés et analysés en profondeur. L'exercice n'a pas été vain toutefois. D'une part, il a permis aux différents acteurs de mieux comprendre l'influence du contexte régional, géographique et politique sur l'évolution du Centre hospitalier et d'autre part, l'analyse de la dynamique interne et de la satisfaction de la clientèle a amené le comité aviseur à poser un diagnostic réaliste et complet.

2.1 L'environnement général québécois

- La géographie

Le Québec est composé de cinq grands pôles centraux d'attraction soit: les régions de Sherbrooke, Montréal, Trois-Rivières, Québec et Hull. L'ensemble des autres régions sont considérées comme périphériques et/ou régions dites éloignées, le Bas St-Laurent, la Gaspésie, et les Iles-de-la-Madeleine, le Saguenay-Lac-St-Jean, l'Abitibi-Témiscamingue et la Côte-Nord.

- La démographie:

Au dernier recensement de 1986, 6 650 000 personnes habitent le Québec. Extrapolé en l'an 2000, une augmentation inférieure à 4% est prévue, soit 6 7215 000 habitants. Un ralentissement de la croissance est remarqué dû à la baisse du taux de natalité inférieur à 1.5 enfants par famille.

Cette situation a pour effet de modifier quelque peu les groupes d'âges. On constate un vieillissement progressif et rapide de la population. Il faut que le système de santé amorce un virage puisqu'il est possible de prévoir les répercussions qu'entraîneront ces changements démographiques.

- Le contexte politique et législatif:

En 1985, la commission Rochon a déposé son rapport qui porte un jugement sévère sur le système québécois de santé et services sociaux. D'ailleurs, ce rapport permet de saisir une nouvelle visions de la famille, des revenus, de la fiscalité, de l'aide sociale et du vieillissement. Il faut s'attendre à

de nouvelles politiques en ce sens au niveau des Affaires sociales. A contrario, d'autres orientations sont privilégiées par le présent gouvernement: développement économique, finances publiques, privatisations.

Au niveau des affaires sociales, la décentralisation et la régionalisation seront accentuées (régie régionale) par le dépôt, à l'automne 1991, de changements importants à la loi sur la santé et les services sociaux. Les priorités ministérielles sont actuellement:

- Le maintien des bénéficiaires dans leur milieu de vie naturel;
 - l'amélioration des services de santé mentale;
 - la protection des personnes victimes de violence;
 - l'aide aux familles;
 - la planification et la répartitions des effectifs médicaux;
 - la santé environnementale.
- L'économie:

Suite à la récession de 1982, le Québec, comme le reste des provinces canadiennes, a connu des années intenses d'activités économiques. Des emplois ont été créés. Par contre, la population active a suivi le même rythme, donc le taux de chômage est demeuré stable à 9%. Depuis 1989, le Québec subit une nouvelle récession. Le taux de chômage actuel se situe à 11.1% et au niveau régional à 13.5%.

- La technologie

Les services de santé, de par leur nature complexe, sont influencés par le développement incessant de la technologie et de la science. Les établissements doivent s'ajuster rapidement à cette évolution. Or, il n'est pas toujours facile d'y parvenir. Que l'on pense aux lourdeurs administratives et décisionnelles, aux disponibilités financières, aux ressources humaines souvent non disponibles, à la résistance aux changements, etc.

- Le contexte social:

Sur le plan social, le Québec connaît des problèmes qui ont des incidences sur la santé des individus et conséquemment, qui a des effets sur le système de santé.

Que l'on pense à la perte d'autonomie et à l'isolement chez les personnes âgées, aux problèmes de maladies mentales causées par le chômage, à la démotivation des jeunes, au suicide, à la toxicomanie.

2.2 Le système socio-sanitaire du Québec:

- L'historique

Historiquement, le domaine de la santé était assumé par les communautés religieuses. C'est à compter de 1960 que des réformes ont été amorcées dans les Affaires sociales. L'assurance-hospitalisation a été adoptée en décembre 1960. Cette loi promulguait la gratuité des services hospitaliers à compter du 1er janvier 1961. Entre 1960 et 1970, cinq (5) lois ont vu le jour:

- La loi du régime des rentes du Québec (1965);
- La loi sur les accidents du travail (1966);
- La loi sur l'assistance médicale (1966);
- La loi sur l'aide sociale (1969);
- La loi sur l'assurance-maladie (1970).

Il est important de mentionner aussi la création, en 1969, de la régie de l'assurance-maladie, du Québec.

C'est suite aux travaux du comité Boucher, sur l'assistance publique et de la commission Castonguay-Nepveu, sur la santé et le bien-être social que fut créé en 1970 le ministère des Affaires sociales. Ils ont également donné naissance à la loi sur les services de la santé et des services sociaux, promulguée en 1971 et qui réglemente encore aujourd'hui le réseau.

Cette loi garantit la gratuité des services de santé et sociaux. Elle consacre également le droit de recevoir des services personnalisés et adéquats tant au point de vue scientifique, humain et social avec continuité compte tenu des ressources des établissements (article 4).

Le modèle qui a été adopté est axé sur la régionalisation et la complémentarité des établissements. Ce réseau est composé de 235 centres hospitaliers (CH), 570 centres d'accueil (CA), 135 centres locaux de services communautaires (CLSC), 17 centres de services sociaux (CSS), 32 départements de santé communautaire (DSC) rattachés à des centres

hospitaliers et 13 conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS).

- Les coûts du système

Le budget du ministère de la Santé et des services sociaux atteint aujourd'hui le tiers du budget de la province soit 11 milliards de dollars. Les coûts ont tendance à croître en raison du vieillissement, à la surconsommation des services de santé et aux nouvelles technologies. Toutefois, dans la conjoncture actuelle, il est à prévoir qu'il y aura de moins en moins d'argent d'injecté dans le système.

- L'accessibilité

Même aujourd'hui, cette notion demeure relative selon l'endroit habité. La répartition des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire du Québec demeure toujours inégale. Il en va de même pour certains autres professionnels comme physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, etc. Cette pénurie se fait sentir dans l'ensemble des régions éloignées qui demeurent toujours à la merci des arrivées et départs. Cette situation s'avère souvent inéquitable pour les régions éloignées.

2.3 L'environnement régional

L'Abitibi-Témiscamingue est une région périphérique peu peuplée. Son territoire a une étendue de 116 500 kilomètres où sont dispersés dans 120 petites municipalités gravitant autour de cinq pôles principaux, soit: Rouyn-Noranda, Val d'Or, Amos, La Sarre et Ville-Marie. Une spécificité du

secteur de La Sarre est le fait que sa population est répartie dans 26 municipalités.

L'accès d'une bonne partie de la population aux services est limité par les distances puisque la distance moyenne pour se rendre à un C.L.S.C. dans la région est de 25.2 kilomètres.

- La démographie

Selon les données du dernier recensement (1986), l'Abitibi-Témiscamingue comptait 156 000 résidents. C'est une population qui se caractérise par sa jeunesse, l'âge moyen est de 31.7 ans comparé à 34.7 pour le Québec. La population recensée pour le secteur de La Sarre est de 25,230, l'âge moyen est de 31.3 ans. Tout comme le reste de la région, on remarque un taux de croissance négatif, ce qui entraîne un vieillissement plus rapide que l'ensemble du Québec. Certaines caractéristiques intéressantes peuvent être dégagées selon les groupes d'âges:

- Le groupe 0-4 ans est de 1.3 fois plus élevé pour le secteur lasarrois que dans la province;
- Le groupe 5-24 ans est le plus important comme pour la région et la province;
- Le groupe 45-64 ans est plus élevé pour le secteur lasarrois (17.36%) que pour la région (16.8%);
- Le groupe des 65 ans est plus élevé pour le secteur lasarrois (8.02%) que pour la région (7.12%).

En ce qui concerne la natalité, l'étude de Beaudry (1988) mentionne que le secteur de La Sarre a un taux de natalité supérieur à la province et similaire à la région, soit 13.2 naissances par 1000 habitants contre 13 pour 1000 habitants

pour la province. Malgré ce taux supérieur de natalité, le secteur n'assure pas le remplacement des générations. Pour la province 1.4 enfants, pour la région 1.7 et secteur La Sarre 1.9 par rapport au seuil de remplacement qui est fixé à 2.1 enfants. Il y a donc décroissance de la population et vieillissement plus rapide.

Un complément d'information à ce chapitre nous semble intéressant à indiquer. Selon l'étude Pépin (1989), on peut constater que le secteur obtient le taux le moins élevé de bébés de petit poids par rapport à la région et à la province (57.7 par 1000, 70.4 par 1000 et 63.2 par 1000).

Il faut comprendre que l'effet inverse aurait un impact sur la durée de séjour de ces bébés au Centre hospitalier. Toujours à ce chapitre, mentionnons que plus le taux de sous-scolarisation et d'inactivité est élevé, plus le nombre de bébés de petit poids est élevé. Le secteur de La Sarre contredit cet énoncé puisqu'au niveau de la région, c'est celui où l'on y retrouve le plus haut taux de sous-scolarisation et d'inactivité. L'hypothèse la plus plausible que nous retenons à cet effet est probablement un réseau d'entraide familial fort important.

Il reste deux faits importants à signaler:

- Dans le groupe des 50 ans et plus, il y a une majorité de femmes, soit 106 femmes pour 100 hommes (rapport de 1.06), ce qui est très supérieur à la région (.96).

- L'espérance de vie chez les femmes, et ce pour tous les groupes d'âges, est supérieure au régional et provincial (80.3, 78.5 et 79.6).
- Le contexte économique:

Tout comme pour la région, l'économie du secteur repose sur les ressources naturelles (forêt, agriculture et mines). Pour l'ensemble de la région, le secteur primaire regroupe plus d'emplois (19%) que la province (4%), tandis que pour le secteur secondaire (12%) par rapport à 20%. Le taux d'inoccupation est plus élevé dans la région, 48% contre 45% pour la province. Au niveau de la sous-scolarisation, le secteur obtient un taux de 61% contre 54% en région et 44% pour la province.

Selon l'étude de Pépin (1989), le revenu moyen per capita est inférieur dans le secteur La Sarre par rapport au reste de la région et du Québec. Le revenu moyen par déclaration en 1985 est inférieur de 11.5% au niveau régional et 11.6% au provincial. Quant au revenu per capita, il y a un écart de plus de 30% au niveau de la province et 16% au niveau régional.

- Les ressources socio-sanitaires:

Les ressources socio-sanitaires se concentrent dans les pôles économiques pour l'ensemble de la région. On retrouve les services spécialisés dans les villes de Rouyn-Noranda, Val d'Or, Amos et La Sarre. La population a accès à des services en surspécialités en permanence à Rouyn-Noranda, Val d'Or et

Amos et en clinique externe pour certaines à La Sarre. En ce qui concerne l'accès aux services ultra-spécialisés, les citoyens de la région se rendent à Montréal ou Québec.

La région est en pénurie de médecins spécialistes et est également déficitaire pour d'autres professionnels tels que physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.

Cette situation provoque donc des déboursés supplémentaires pour la population. Au niveau des institutions, la dispersion de la population a des effets directs sur les coûts, que l'on pense aux soins et services à domicile.

La région est également déficitaire en nombre de lits de courte durée en Centre hospitalier. Les places requises en 1991 seront de 661 en rapport à 604, donc un manque de 57 lits. De ce nombre, le secteur de La Sarre est déficitaire de 31.

La situation est inversée au niveau des soins prolongés et des centres d'accueil d'hébergement. En 1991, les places requises seront de 621 par rapport à 871 existantes. L'écart est de 250 lits en trop, dont 96 sont situés dans la zone de La Sarre. Si on extrapole en l'an 2001, ce portrait change en raison du phénomène de vieillissement de la population. A cette date, 780 places seront requises, ce qui laisse un surplus de 91 lits. Sur ce nombre, 73 lits seront en surplus au niveau de La Sarre.

Il est possible de constater qu'au niveau de la région, on institutionnalise trop les personnes âgées principalement par manque de ressources de placement non institutionnel.

Au chapitre des organismes bénévoles et communautaires, nous en retrouvons plus de 450 dans la région, dont 113 dans la zone de La Sarre, qui oeuvrent dans le domaine socio-sanitaire. Le travail de ces groupes est fait sans concertation entre eux et de façon habituellement isolée.

Le secteur lasarrois, tout comme la région, présente des indices de sous-développement social: décroissance démographique, chômage, bas niveau de scolarité, manque de professionnels de la santé et accès limité aux ressources socio-sanitaires.

2.3.1 L'environnement socio-sanitaire régional

En Abitibi-Témiscamingue, le CRSSSAT est l'organisme régional qui assume l'ensemble des fonctions et responsabilités en ce qui concerne les services de santé et les services sociaux conformément aux dispositions de la loi.

Le conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT) est un organisme parapublic, institué par décret le 20 décembre 1972.

Le CRSSSAT assume également, en vertu d'un protocole d'entente conclu avec le Centre hospitalier Rouyn-Noranda, les fonctions de recherche, de planification, de programmation et de promotion de la santé, attribuées au Département de santé communautaire (DSC).

Ce regroupement CRSSSAT-DSC implique non seulement l'unification de la fonction de planification socio-sanitaire au palier régional, mais également l'élargissement de la mission du CRSSSAT. Compte tenu de la nécessité d'adopter une approche globale des problématiques socio-sanitaires dans l'accomplissement des fonctions assumées, la mission du CRSSSAT se définit comme suit:

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont confiées par le gouvernement et le ministère de la Santé et des services sociaux, en collaboration avec les instances concernées et avec la région pour laquelle il est institué, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT) a pour mission de voir au maintien et à l'amélioration de la santé globale de cette population et des groupes qui la composent. Ceci en lui assurant, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui les dispensent, des services sociaux et de santé accessibles, continus, efficaces et adaptés à ses besoins.

Le CRSSSAT remplit cette mission en exerçant les fonctions générales qui lui sont confiées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les mandats confiés au Département de santé communautaire et certains mandats spécifiques qui lui sont confiés par le gouvernement ou le ministre de la santé et des services sociaux.

- Les priorités du CRSSSAT:

Compte tenu que le ministre de la Santé et des services sociaux déposera sous peu un projet de loi qui devrait modifier sensiblement les rôles et mandats des CRSSS, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de

l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT) a convenu de reconduire en 1990-1991 les cinq priorités de l'an dernier, soit:

- Déterminer des objectifs de santé et de bien-être pour l'Abitibi-Témiscamingue, et mettre en place un processus de planification qui tienne compte de ces objectifs;
- Élaborer des plans régionaux de services en alcoolisme et toxicomanie, en déficience intellectuelle et en santé mentale;
- Établir un modèle de dispensation de services à l'intention des personnes âgées;
- Finaliser un plan régional des services pré-hospitaliers d'urgence;
- Analyser et adopter une position sur des problèmes prioritaires en santé environnementale.

Il a aussi été convenu d'en ajouter une sixième, découlant de la réforme du système de santé et de services sociaux, soit:

- Amorcer et actualiser une réorganisation administrative centrée sur une approche programme/client.

Cette approche, qui sera progressivement mise en oeuvre, correspond à celle préconisée par le Ministère dans ses nouvelles orientations en matière de santé et de services sociaux.

2.3.2 L'organisation régionale des services socio-sanitaires

Le réseau régional compte sur 561 lits de courte durée, 390 lits de longue durée et de 87 lits psychiatriques en milieu hospitalier, 564 places en centre d'accueil hébergement et 212 places en centre d'accueil de réadaptation. Au plan opérationnel, les objectifs sont les suivants:

- a) Assurer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne dans tous les districts de C.L.S.C.;
- b) Assurer l'accessibilité à des soins généraux et spécialisés de base dans les cinq secteurs de la région. A cet égard, Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda, Val d'Or et Ville-Marie ont cette vocation. On entend par soins généraux et services de base: médecine générale, gynéco-obstétrique, anesthésie, chirurgie générale, médecine interne, pédiatrie, psychiatrie et radiologie diagnostique.
- c) Assurer l'accessibilité régionale ou sous-régionale aux autres spécialités. Trois établissements ont ces vocations spécifiques; ils sont par le fait même les concurrents du Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre, il s'agit des Centres hospitaliers d'Amos, Rouyn-Noranda et Val d'Or. Le lecteur trouvera, à l'annexe 1, les surspécialités régionales et sous-régionales dévolues à chacun de ces centres hospitaliers.

2.3.3 Le secteur de La Sarre

Le secteur se caractérise au niveau des services médicaux en ce qu'il possède deux centres hospitaliers. Le Centre hospitalier St-François d'Assise a une vocation de soins de courte durée (curatif) et le Centre hospitalier St-Jean de Macamic a une vocation de longue durée, dont la préoccupation première est la personne du troisième âge.

Les services sociaux se répartissent de la façon suivante:

- C.L.S.C. des Aurores boréales (prévention);
- Trois centres d'accueil (hébergement, personnes âgées) La Sarre, Palmarolle et Macamic;
- Un centre de jour pour personnes âgées;
- Deux pavillons (ressources hébergement intermédiaire personnes âgées) La Sarre et Macamic;

avec en plus des bureaux locaux pour:

- Centre des services sociaux (protection de la jeunesse, familles d'accueil);
- Maison Rouyn-Noranda (handicapés physiques);
- Clair Foyer (handicapés intellectuels);
- Centre d'accueil Normand (alcoolisme et toxicomanie);
- Organismes bénévoles.

Au niveau des services sociaux, il faut remarquer que le secteur se caractérise par le grand nombre de ressources disponibles de placement pour personnes âgées. Ceci a pour conséquence que le secteur a le plus haut taux d'institutionnalisation de la région, soit 10.7% par rapport à Rouyn-Noranda: 7.7%, Val d'Or: 7.3%, Amos: 8.3%. Il est à noter que la norme qui se dégage au niveau provincial est un taux de 5.5%.

Les établissements du secteur devront donc faire le point sur le surplus de lits institutionnels en hébergement et soins de longue durée pour personnes âgées par rapport aux soins et services à domicile et des ressources intermédiaires.

Au niveau fonctionnel, chaque établissement est autonome, sans lien décisionnel entre chacun, sauf pour l'orientation et l'admission des personnes âgées. A cet effet, il existe un comité qui est composé d'un représentant de chacun des établissements du secteur qui est décisionnel quant à l'orientation et l'admission dans l'un ou l'autre des établissements ayant une vocation pour personnes âgées.

Un deuxième lien inter-établissement existant dans le secteur est un comité réunissant les directeurs généraux. A sa base, ce comité est axé sur la coordination et la concertation des services dispensés ou à être développés. L'autonomie de chacun des établissements concernés empêche, en certaines occasions, que cette concertation puisse aboutir en décision et ce, dans les limites des pouvoirs dévolus aux conseils d'administration et aux directions générales.

2.4 Le Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre

2.4.1 L'historique

C'est sous l'égide des Oblates Fransiscaines de St-Joseph que furent entreprises en 1954, les premières démarches afin de doter le secteur lasarrois d'un hôpital qui fut dûment constitué en vertu de lettres patentes émises en date du 8 juillet 1957.

L'hôpital, d'une capacité de 116 lits, accueille ses premiers patients en janvier 1958. C'est en 1965 que le centre devient la propriété du ministère des Affaires sociales.

Devant le manque chronique d'effectifs médicaux, la capacité du centre a été réduite à 74 lits en 1974 et peu de services ont été développés. L'année 1985 marque le développement rapide de l'institution. De 9 médecins permanents, on passe à 27, en incluant la presque totalité des spécialités de base avec en plus, dix surspécialités par itinérance accessibles à la clientèle. Au niveau des services médicaux connexes, le développement s'est aussi fait rapidement. Mentionnons, les services médicaux connexes suivants: centre de jour psychiatrique adultes et enfants, pédopsychiatrie, fonction pulmonaire, électrophysiologie à l'effort, audiologie, inhalothérapie, échographie doppler cardiaque, mammographie, dialyse, chimiothérapie, diétothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie.

Le personnel qui regroupait 270 employés en 1980 en compte 364 en 1990. Le taux d'occupation est passé de 71% à 86.03% en 1989-1990 et pour les 6 premiers mois de 1990-1991, à 92%. Le nombre de journées d'hospitalisation est de 17 610 contre 24 339 avec un séjour moyen de 9.2 à 7 jours. Le nombre de visites externes est passé de 32 967 à 40 757 en 1990.

Devant ce constat, il est prévisible que le centre vivra de plus en plus de débordement de sa clientèle sur les unités de soins et un manque d'espace physique, d'où l'importance pour le Centre hospitalier de rapatrier en partie les lits qui lui furent retranchés puisqu'il faut tenir compte de la décroissance de la population. Selon les études à cet effet, les lits requis en 1990 sont de 105 et seront de 103 en l'an 2001. Au niveau des surspécialités, tant régionales que sous régionales, le secteur Lasarrois peut être considéré comme périphérie en périphérie.

2.4.2 L'état sanitaire de la clientèle

L'état sanitaire de la clientèle sera examiné à partir des facteurs suivants:

- Les causes d'hospitalisation;
- La durée d'hospitalisation;
- La fréquence d'hospitalisation;
- Les causes de mortalité.

En analysant les données du système MED-ECHO (Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle-hôpitalière), on obtient un éclairage fort important sur les causes et la durée d'hospitalisation.

- Les causes d'hospitalisation à La Sarre

a) Pour les hommes: (par ordre décroissant)

- maladies de l'appareil circulatoire;
- troubles mentaux;
- maladies de l'appareil digestif;
- maladies de l'appareil respiratoire;
- lésions traumatiques et empoisonnement;
- tumeurs;

- maladies du système ostéo-articulaire;
- maladies des organes génitaux-urinaires.

b) Pour les femmes: (par ordre décroissant)

- complications de grossesses, accouchements;
- troubles mentaux;
- maladies de l'appareil circulatoire;
- maladies de l'appareil digestif;
- maladies des organes génitaux-urinaires;
- lésions traumatiques et empoisonnement;
- tumeurs;
- maladies de l'appareil respiratoire.

Dans l'ensemble les causes d'hospitalisation sont les mêmes pour le secteur et la région, seul l'ordre diffère.

- La durée d'hospitalisation

On peut remarquer une spécificité à cet égard pour le secteur de La Sarre. Il est possible d'identifier une prédominance des hospitalisations prolongées pour troubles mentaux. Le classement est le suivant:

- Troubles mentaux;
- maladies de l'appareil circulatoire;
- maladies de l'appareil respiratoire;
- maladies de l'appareil digestif;
- complications de la grossesse, de l'accouchement;
- tumeurs;
- maladies des organes génitaux-urinaires;
- lésions traumatiques et empoisonnement.

A partir de ces données, en examinant la fréquence d'hospitalisation, nous pouvons constater que les troubles mentaux prédominent également chez les 25-64 ans. On peut donc affirmer que les gens du secteur de La Sarre souffrent davantage de troubles mentaux (dépressions, angoisses, obsessions, etc.) et ce avec un taux de 17.4% des séjours d'hospitalisation les plus longs.

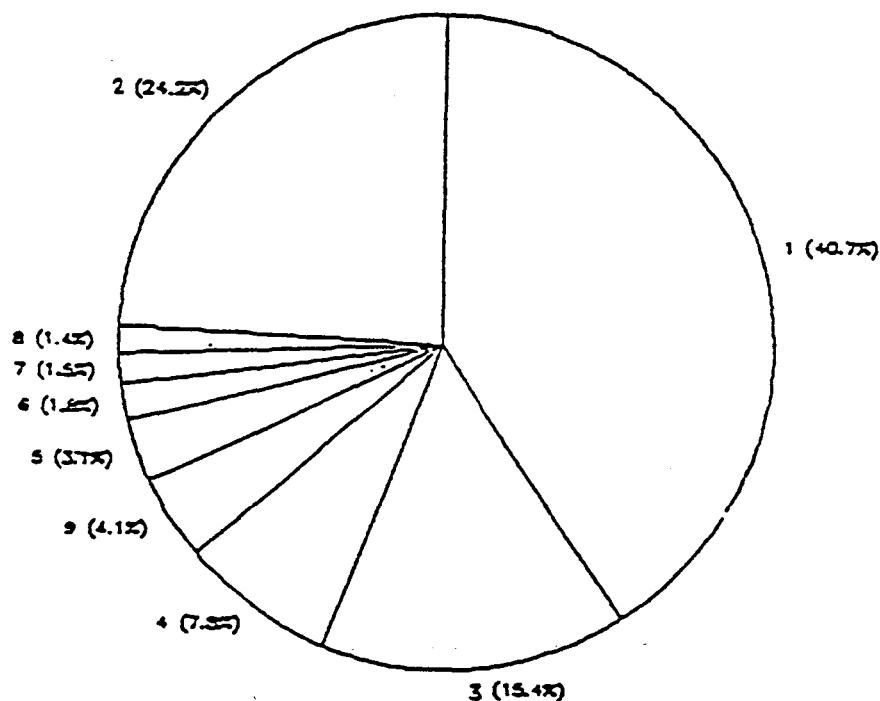
A comparer à la région, la situation est moindre mais s'avère également vraie, puisque les troubles mentaux obtiennent un taux de 59.8% plus élevé par rapport à la moyenne provinciale.

-Les causes de mortalité

TABLEAU 17

Répartition (%) des principales causes de décès

District de La Sarre



- 1. Maladies de l'appareil circulatoire
- 2. Lésions traumatiques et empoisonnements
- 3. Tumeurs
- 4. Maladies de l'appareil respiratoire
- 5. Maladies endocriniennes
- 6. Symptômes, signes et états morbides mal définis
- 7. Maladies du système nerveux
- 8. Maladies l'appareil digestif
- 9. Autres causes

SOURCE: C.L.S.C. des Aurores boréales, Identification des besoins, 1990

TABLEAU 18**Les liens entre les facteurs**

RANG	CAUSES D'HOSPITALISATION	PLUS LONGUE DURÉE DE SÉJOUR	CAUSES DE MORTALITÉ
1	Complication de la grossesse	Troubles mentaux	Maladies de l'appareil circulatoire
2	Maladies de l'appareil respiratoire	Maladies de l'appareil circulatoire	Lésions traumatiques et empoisonnement
3	Maladies de l'appareil digestif	Maladies de l'appareil circulatoire	Tumeurs
4	Maladies des organes génitaux-urinaires	Maladies de l'appareil digestif	Maladies de l'appareil respiratoire
5	Troubles mentaux	Complications de la grossesse	Maladies endocriniennes...
6	Maladies de l'appareil circulatoire	Tumeurs	Symptômes, signes mal définis
7	Lésions traumatiques et empoisonnement	Maladies des organes génitaux-urinaires	Maladies du système nerveux
8	Maladies du système ostéoarticulaire	Lésions traumatiques et empoisonnement	Maladies de l'appareil digestif

Nous retrouvons une certaine similitude entre les causes de décès, les causes d'hospitalisation et la durée de séjour, sauf que l'ordre diffère. Dans le cas de la sixième cause de décès, symptômes, signes mal définis, en examinant de près au niveau de la fréquence d'hospitalisation, nous remarquons que cette cause d'hospitalisation est 64.6% plus élevée pour l'Abitibi-Témiscamingue que l'ensemble de la province au niveau des données de MED-ECHO. Nous constatons que cette cause d'hospitalisation se retrouve dans la catégorie des 65 ans et plus. Les personnes âgées sont hospitalisées pour des pathologies (causes) multiples importantes sans qu'aucune ne prime sur l'autre.

- Les consultations en cliniques:

Dans le but de cerner davantage la clientèle, nous avons cherché à savoir au niveau des cliniques les causes des demandes de consultations autres que celles reliées aux diagnostics apparaissant dans l'état sanitaire de la clientèle. Il ressort de cette analyse que deux causes de consultations sont plus fréquentes:

- Les maux de dos chroniques
- Les problèmes d'infertilité

La seconde cause nous a surpris puisque notre taux de natalité est supérieur à la province et similaire à la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

2.4.3 L'évolution de l'établissement

Afin de montrer l'évolution de l'établissement dans les domaines suivants, ressources disponibles, responsabilités acceptées, services offerts et soins dispensés, nous avons procédé par comparaison statistique 1980-1990 sous forme de tableaux.

TABLEAU 19
Les ressources disponibles

LES RESSOURCES DISPONIBLES			
	1980	1990	SPECIALITES EN ITINERANCE:
PERSONNEL	270	364	Pédiatrie Psychiatrie Radiologie
EFFECTIFS MEDICAUX:			
Médecins actifs	8	19	Psychiatrie Radiologie- échographie
Chirurgiens	1	2	Cardiologie Médecine
Anesthésiste		1	interne
Omni- anesthésiste		1	Neurologie
Psychiatre		1	Pneumologie
Pédiatre		1	Néphrologie
Gynéco- obstétricien		1	O.R.L.
Interniste		1	Orthopédie
Biochimiste- clinique		1	Ophthalmologie

SOURCE: Pro-actif dans l'avenir, C.H. St-François de La Sarre, 1990

TABLEAU 20
Les responsabilités acceptées

LES RESPONSABILITÉS ACCEPTÉES

Centre de jour psychiatrie - adultes

Centre de jour - infantile

Pédopsychiatrie

Fonction pulmonaire

Électrophysiologie à l'effort

Audiologie

Échographie doppler cardiaque

Mammographie

Dialyse péritonéale

Chimiothérapie

Diètothérapie

SOURCE: Pro-actif dans l'avenir, C.H. St-François d'Assise
de La Sarre, 1990

TABLEAU 21
LES SERVICES OFFERTS

LES SERVICES OFFERTS	
1980	1990
Médecine générale	Médecine générale
Chirurgie	Chirurgie
Pédiatrie	Pédiatrie
Obstétrique-gynécologie	Obstétrique-gynécologie
Pouponnière	Pouponnière
Bloc opératoire et clinique dentaire	Bloc opératoire et clinique dentaire
Soins optimums	Soins intensifs
Clinique d'urgence	Clinique d'urgence
 	Chirurgie d'un jour
Clinique externe (médecins)	Centre de prélèvement
Électrocardiographie	Dialyse
 	Chimiothérapie
Périnatalité	Clinique externe (médecins)
Service de première ligne	Électrocardiographie et électro
Inhalothérapie	à l'effort
 	Périnatalité
Radiologie	Inhalothérapie
 	Audiologie
Laboratoire	Physiologie respiratoire
Pharmacie	Radiologie et échographie doppler
 	Mammographie
Archives médicales	Laboratoire
Accueil	Pharmacie
	Diétothérapie
	Archives médicales
	Accueil et service de protection
	des incendies

SOURCE: Pro-actif dans l'avenir, C.H. St-François d'Assise de La Sarre, 1990

TABLEAU 22
LES SOINS DISPENSÉS
STATISTIQUES OPÉRATIONNELLES

LES SOINS DISPENSÉS STATISTIQUES OPÉRATIONNELLES		
	1979-1980	1988-1990
Taux d'occupation	71 %	86.03%
Séjour moyen	9.2	7
Nombre de jounées d'hospitalisation	17 610	24 339
Nombre d'admission	2 073	3 520
Nombre de visites externes	32 967	40 757
Unités techniques de laboratoire	1 718 544	1 755 992
Nombre d'examens en électro- cardiographie	3 077	5 819
Unités techniques de radiologie	14 020	21 064
Nombre de séances - Inhalothérapie	4 826	52 761
Nombre de personnes - Audiologie	-	247
Nombre de traitement -Physiologie respiratoire	-	31 323
Nombre de traitement - Dialyse	-	1 790
Chirurgie d'un jour	-	552
Nombre de visite - Service de psychiatrie	-	5 287
Nombre de jours repas	34 747	34 842

SOURCE: Pro-actif dans l'avenir, C.H. St-François d'Assise de La Sarre, 1990

2.4.4 Les perceptions du personnel

Afin de recueillir des données sur les perceptions des personnels oeuvrant dans le Centre hospitalier St-François d'Assise, le comité aviseur a administré un sondage interne. Le questionnaire retenu comprenait 49 questions de type dichotomique, c'est-à-dire qui ne permet que les réponses vrai ou faux (annexe 2). Il a été administré à 30% du personnel soit 74 répondants. Comme nous devions appliquer les sanctions prévues à la Loi 160 en raison de la grève: (le comité craignant qu'il y ait des répercussions négatives) a évité un type de questionnaire à choix multiples. L'objectif visé était de connaître le degré de satisfaction des personnels sur les sept facteurs suivants:

- a) Buts et mission;
- b) Philosophie de gestion;
- c) Contrôle;
- d) Travail en équipe;
- e) Structure;
- f) Motivation;
- g) Créativité.

Dans un deuxième temps, les répondants devaient s'exprimer sur les forces et faiblesses de leur service.

L'échantillonnage retenu par le Comité aviseur fut un tirage au hasard des répondants, 30% dans chacun des services. Selon les résultats compilés, nous pouvons tracer le profil suivant des répondants.

Les femmes représentent 73% des répondants, près de 65% ont entre 20 et 39 ans. Les répondants, en grande majorité, travaillent à temps complet et de jour. Cette relative jeunesse des répondants se confirme au niveau de l'ancienneté. Seulement 13% des répondants ont plus de 20 ans d'ancienneté alors que 46% en ont 10 ans et moins.

Les résultats du sondage ont fait ressortir que les répondants, dans une forte proportion, sont positifs vis-à-vis les items proposés et qu'ils sont satisfaits dans l'ensemble. Nous remarquons, toutefois, que les résultats obtenus au laboratoire se démarquent nettement. Un problème réel existe dans ce service.

Nous avons examiné attentivement les résultats au niveau du service de sécurité. Celui de l'alimentation a été analysé également de plus près, puisque le taux d'insatisfaction étant élevé sur les facteurs: contrôle, structure et créativité et celui des ressources humaines au niveau structure de travail.

Par la suite, les résultats pour chacun des services ont été compilés en y incluant les forces et faiblesses soulevées par le personnel de chacun des services. Nous avons remis et discuté des résultats avec chacun des chefs de service afin qu'ils aient une vision de ce que pensent leurs employés et ce qu'ils considèrent être leurs forces et faiblesses. Chacun a par la suite discuté avec son personnel des résultats obtenus. Ensemble, ils ont trouvé les solutions appropriées afin de s'ajuster de part et d'autre (annexe 3)

Finalement, les résultats ont été analysées selon les variables suivantes:

- par directorat
- par sexe
- par statut
- par âge et ancienneté
- par quart de travail.

- Par directorat:

Il est possible de constater que l'item contrôle ressort comme étant le plus faible. Selon le type de questions posées, les cadres supérieurs et les cadres intermédiaires de chacun des directorats devront revoir leur façon de déléguer, la participation de leurs employés aux décisions, une meilleure diffusion de l'information, avoir une meilleure compréhension des causes, des problèmes de chacun dans leur service respectifs. En corrigeant leurs façons de faire dans les domaines précités, ils encourageront davantage la créativité des employés. Ils auront aussi une meilleure perception de la philosophie de gestion des cadres. Au niveau des ressources humaines et financières, le résultat de 35% à l'item structure de travail vient du fait qu'un conseiller en gestion du personnel a été embauché à cette époque et que le partage du travail n'était pas finalisé.

- Par sexe:

L'écart le plus significatif se retrouve sous l'item de la créativité encouragée. Il est difficile pour l'instant d'interpréter un tel écart.

- Par statut:

Au niveau des cadres supérieurs, il faut souligner un

biais, deux d'entre eux étaient nouvellement entrés en fonction, d'où la difficulté de répondre au questionnaire. C'est pour cette raison que le pourcentage à l'item but et mission se révèle inférieur à celui des cadres intermédiaires. Ce biais s'applique également pour une bonne structure de travail. Par contre, on peut voir au niveau du personnel occasionnel et partiel qu'il faudra les informer et les intégrer davantage.

- Par âge et ancienneté:

En comparant ces deux tableaux, nous constatons le haut taux de motivation des employés de 50 ans et plus et de 20 ans d'ancienneté et plus, surprenant puisque ce que l'on peut lire et entendre à cet effet laisse penser le contraire. Également, on peut remarquer à leur niveau qu'ils sont les moins encouragés à la créativité, ce qui devrait être le contraire, et ce dû à leur grande expérience, ils peuvent être les plus en mesure de proposer de meilleures méthodes de travail ou de meilleure façon de faire afin de permettre à leur service d'être plus efficace et efficient.

- Par quart de travail:

Le résultat à ce chapitre ne surprend pas puisque le taux de satisfaction entre les quarts de travail (nuit, soir et jour) correspond à ce que l'on pouvait s'attendre, sauf qu'il faudra penser à une formule afin d'informer davantage le personnel de soir et de nuit.

Ce qui surprend par contre, le personnel sur rotation est plus satisfait, surprenant dans le sens qu'au niveau des négociations provinciales les tendances sont à l'effet de supprimer de plus en plus le système de rotation. Par contre, ils ont l'avantage de connaître le fonctionnement du Centre hospitalier sur les trois quarts de travail.

Les données ont également été compilées pour chacun des services afin de permettre à chacun des cadres responsables de ces services d'avoir une vision de ce que pensent leurs employés sur les sept (7) thèmes déjà énoncés. A la lumière des résultats obtenus et suite à une analyse plus approfondie, les chefs de service, les cadres supérieurs et la direction générale pourront travailler davantage sur les points faibles soulevés et poursuivre les efforts sur les points forts.

L'ensemble de cette étude a permis de connaître d'une façon plus concrète le climat humain de l'organisation. Les informations permettront d'orienter d'une façon plus précise les actions relative aux personnels.

2.4.5 Les perceptions de la clientèle

Pour connaître les perceptions de la clientèle, trois sondages ont été effectués. Le premier en clinique externe, le second à l'urgence et le dernier auprès de bénéficiaires hospitalisés.

a) En clinique externe

La clinique externe est un ensemble de bureaux de consultation pour les spécialistes permanents et itinérants ainsi que pour quelques-uns des médecins omnipraticiens.

Un sondage a été réalisé sur une base hebdomadaire, 92 répondants représentant 36% de notre achalandage, ont accepté de répondre à chacune des questions posées par un interviewer. Le lecteur pourra consulter le questionnaire en annexe.

b) A l'urgence

Un sondage fut également réalisé par un interviewer durant une période d'une semaine. 95 répondants représentant 24% de notre achalandage ont accepté de répondre au questionnaire. Le lecteur pourra consulter le questionnaire en annexe.

c) Auprès des bénéficiaires hospitalisés

Un sondage est en place depuis juillet 1990. Pour les fins de la présente recherche, la compilation des questionnaires reçus s'est terminée au 31 mars 1991.

Les personnes sont invitées, sans obligation, à répondre à ce sondage et celui-ci est retourné, scellé à la direction générale. Au 31 mars 1991, 150 personnes ont bien voulu répondre au questionnaire. Leur durée moyenne de séjour est de sept (7) jours. Le lecteur pourra consulter le questionnaire en annexe.

Nous constatons que dans l'ensemble les trois sondages indiquent un taux de satisfaction élevé. Au niveau de la clinique externe, l'importance de maintenir et même développer les spécialités non accessibles à l'heure actuelle ressort clairement. Une analyse de la question trois démontre que les délais pour rencontrer un spécialiste sont trop longs dans les spécialités suivantes: O.R.L., orthopédie et cardiologie.

Toutefois concernant l'O.R.L., une entente est intervenue avec l'équipe du Centre Hospitalier de l'Université Laval et elle permettra de desservir la clientèle à raison de cinq jours consécutifs par mois, ce qui comble le besoin. Également en orthopédie, une journée supplémentaire par mois s'est ajoutée.

Le délai trop long en cardiologie ne provient pas de la rencontre avec un cardiologue mais du délai afin de passer un examen d'électro-cardiographie à l'effort. Comme cet examen demande la présence d'un médecin et qu'un seul omnipraticien peut effectuer cet examen, un deuxième médecin a reçu la formation nécessaire.

En ce qui concerne l'urgence, le taux d'insatisfaction est de 8.99%. L'analyse révèle que la très grande majorité des personnes insatisfaites le sont en raison du délai d'attente qui varie entre 3 et 5 heures. Après discussion à ce sujet avec les membres du Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, l'explication est la suivante: le problème de l'attente de plus de trois heures se

produit lors de l'arrivée de clients par ambulance demandant des soins urgents et intensifs (infarctus, polytraumatisé, etc.) ce qui a un effet de refoulement de la clientèle déjà en attente. Comme nous n'avons pas l'infrastructure médicale pour maintenir deux médecins en permanence à l'urgence, il a été entendu, lorsque cette problématique se pose que le médecin à l'urgence fasse appel à un confrère afin de diminuer le temps d'attente. Le pourcentage de 8.69% de la question 6 sur le manque de clarté des explications est interrelié au phénomène expliqué précédemment. En effet, le médecin se voit dans l'obligation de procéder plus rapidement pour les clients suivants ce qui a un impact sur les explications à leur fournir.

Par contre, 57 % des répondants estiment le temps d'attente raisonnable à moins d'une heure. Concernant les questions 7 et 10, la grande majorité des répondants n'ayant pas reçu de services, une analyse basée sur si peu de réponse ne serait pas valide.

Le sondage des personnes hospitalisées nous indique que nous devrons porter une attention particulière à la température des repas servis. Une étude est présentement en cours afin de déterminer si cette situation est reliée à un fonctionnement déficient des chariots chauffant ou au délai trop long lors de la livraison au client.

Une attention spéciale a été portée également sur les causes de bruit incommodant la clientèle. Après que le

personnel des unités de soins eut pris connaissance du sondage, des directives furent émises concernant les talons de soulier de préférence devant être caoutchoutés, de parler à voix plus modérée et d'une surveillance accrue par le gardien de sécurité au niveau des visiteurs. Quant à l'item équipement, il s'agit en particulier des polisseuses à plancher. A cet effet une étude est en cours afin de les utiliser à des heures précises et moins dérangeantes.

2.5 La pertinence de l'étude des environnements

Qu'il nous soit permis à ce stade-ci de mentionner qu'avant 1990-1991, le Centre hospitalier avait négligé la gestion de son environnement, ce qui a occasionné de nombreux impacts. Nous pensons entre autres au fait que majoritairement la clientèle allait chercher des soins de santé hors du secteur. Aussi à l'absence du Centre hospitalier lors des grands débats régionaux concernant la répartition des effectifs médicaux, le développement des spécialités et surspécialités régionales et sous-régionales, le tout a eu des effets néfastes sur le développement technologique et sur le Centre hospitalier en général.

Il est impératif pour un établissement de santé d'être attentif et sensible aux changements de son environnement par le truchement d'une analyse centrée sur les événements ou sur les données susceptibles d'influencer la stratégie ou

l'évolution de l'organisation. Pour un centre hospitalier, les données proviennent des environnements autant à l'externe qu'à l'interne.

Au total, ces analyses mettent à jour les menaces et les opportunités que recèle l'environnement et permettent une planification qui se doit d'être la plus réaliste possible.

3. Les choix stratégiques

Dans le processus de planification stratégique, l'étape des choix stratégiques est particulièrement importante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle implique que toutes les unités donnent l'heure juste quant à leurs attentes. Secundo, les choix stratégiques doivent faire l'objet d'un consensus entre les membres du comité aviseur et la direction. Tertio, une fois acceptés, les choix stratégiques détermineront l'orientation de l'organisation pour les cinq prochaines années environ. Pour toutes ces raisons, il importe que le comité aviseur informe et encadre adéquatement les acteurs concernés.

3.1 Les options stratégiques

Le comité aviseur dans un premier temps a informé l'ensemble des services sur ce que l'on attendait d'eux. Afin de faciliter la démarche, un texte concernant les options stratégiques et la façon de rédiger les propositions a été remis à chaque unité ou service. Ce texte se présentait ainsi:

PROJET DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Sujet: Les options stratégiques

Dans le cadre de la planification stratégique qui se déroule actuellement dans notre organisation, nous en sommes rendus à l'étape des propositions des unités et services afin d'établir les options stratégiques et les priorités pour les cinq (5) prochaines années.

Afin de rédiger vos propositions, nous vous suggérons la démarche suivante en trois étapes:

- a) Analyser votre situation actuelle
- b) Exposer la situation que vous prévoyez pour les cinq prochaines années.
- c) Expliquer votre plan d'action

1ère étape: Situation actuelle

L'évaluation de la situation consiste à décrire la situation passée de votre secteur pour déboucher sur la situation actuelle.

- 1 - La situation passée.
- 2 - La situation actuelle.

A ce stade-ci, nous devrions retrouver le type et le niveau de services et de soins rendus, vos ressources, statistiques, aménagement, etc. Cette partie devrait donner une photo de votre service.

2e et 3e étape: La situation à prévoir pour les 5 prochaines années (orientations et plan d'action.)

- 1 - A partir de la situation présente, il s'agit de définir l'orientation que vous désirez donner à votre service et pourquoi ce choix.
- 2 - Ce que vous pensez diminuer, maintenir ou développer. Priorité - Un.

- 3 - Ressources humaines requises en interne et/ou en externe.
Ressources prioritaires.
- 4 - Ressources physiques requises.
Priorité - Un
- 5 - Impact sur les autres services, s'il y a lieu.
- 6 - Ce qui est réalisable à court, moyen et long terme.

Tout au long de ces deux étapes, vous devez avoir en tête constamment la mission et les objectifs généraux définis antérieurement, l'environnement général et immédiat, ainsi que l'environnement interne, les forces et faiblesses de chacun de vos services et les résultats des différents sondages.

Lors de la rédaction de votre plan, souvenez-vous que les lecteurs ne sont pas tous des spécialistes dans votre domaine.

Vous devez vous assurer que les données incluses dans votre plan soient justes et précises car si votre plan est retenu dans les priorités, il est possible que nous devions le présenter au CRSSS ou MSSS d'où la possibilité d'un questionnement sur votre plan.

Bonne réflexion et rédaction!

Le Comité aviseur

Afin de faciliter son travail, le Comité aviseur a fourni un formulaire de présentation de proposition.

Les options stratégiques et les propositions

CENTRE HOSPITALIER ST-FRANÇOIS D'ASSISE DE LA SARRE

PLANIFICATION STRATÉGIQUE

FORMULAIRE DE PRÉSENTATION DE PROPOSITION

ÉQUIPE DE TRAVAIL

DIRECTION, DÉPARTEMENT, SERVICE

PROPOSITION#

Description de la proposition

Le problème

Les causes probables

buts visés

Actions proposées

Cette étape a demandé une somme de temps et d'énergie importante au comité aviseur. Tous les documents soumis par chacun des services furent analysés afin d'en juger la pertinence et de retrancher ce qui ne l'était pas. Cet exercice a permis au comité d'avoir une vue d'ensemble du Centre hospitalier.

Le même scénario a été utilisé à la deuxième étape mais cette fois pour chacune des propositions soumises. En plus de l'analyse et de leur pertinence, le comité devait s'assurer que les propositions répondent à la mission et aux objectifs du Centre hospitalier. En outre, leur réalisation devait correspondre aux capacités de l'établissement.

Les rapports et propositions remis au comité aviseur par les équipes de travail se sont révélées très adéquats et s'avèrent même une des forces de notre planification stratégique. La participation de tous a été excellente.

3.2 Les variations pour les stratégies

Nous avons étudié un ensemble de facteurs de l'environnement global du Centre hospitalier. Nous avons procédé à une analyse et au diagnostic de ces environnements puisque les facteurs que comprennent ceux-ci influencent les changements stratégiques. L'approche retenue pour procéder à l'analyse est un profil des opportunités et des menaces de l'environnement du Centre hospitalier.

Nous reproduisons pour fin de compréhension quelques éléments seulement du profil global élaboré afin de ne pas alourdir le texte.

TABLEAU 23

Le profil des opportunités et des menaces

OPPORTUNITÉS (un plus)	MENACES (un moins)
Volonté politique d'équité et de réaffectation interrégionale;	Variation des groupes d'âge (vieillissement);
Accessibilité aux services de base en milieu naturel;	De moins en moins d'argent
Volonté du Conseil régional de la santé et des services sociaux Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT) d'équité intra-régionale;	Ensemble des surspécialités régionales non disponibles;
Clientèle consomme sur place pour les services généraux et spécialités de base;	Pas d'interne en psychiatrie;
Pas de pénurie en omnipratique	Manque de lits d'hospitalisation courte durée
Un facteur actuellement ne peut-être indiqué comme opportunité ou menace, soit la réforme annoncée par le ministre de la santé et des services sociaux. Pour l'instant ce facteur a une note zéro. Lors de l'adoption de cette loi, son analyse devra être effectuée afin d'en saisir ses opportunités et ses menaces.	

A partir de cette analyse, quel diagnostic pouvons-nous en tirer? En procédant par recouplement pour certains items, nous pouvons en tirer les conclusions suivantes:

- 1 - Notre plan de recrutement est efficace.
- 2 - Selon les statistiques vues précédemment une très bonne partie de la clientèle a été rapatriée dans le secteur.
- 3 - Le Centre hospitalier devra à court terme adapter des services aux personnes âgées, comme l'implantation d'une unité de courte

durée gériatrique et une clinique externe de gériatrie.

- 4 - Considérant la volonté d'équité et d'accessibilité, le Centre hospitalier devra s'assurer que les surspécialités régionales et sous-régionales soient accessibles sur place par itinérance.
- 5 - Le patient psychiatrique devra être traité dans son milieu (interne psychiatrique).
- 6 - Rapatriement de lits d'hospitalisation de courte durée (équité).
- 7 - De moins en moins d'argent injecté dans le système donc rationalisation interne et vente de services.

Au niveau sanitaire le centre local de services communautaires (CLSC) devra apporter une attention spéciale sur le développement de programmes préventifs dans les domaines suivants:

- 1 - Prévention des maladies de l'appareil circulatoire (plus grande cause de mortalité);
- 2 - Troubles mentaux (plus grande cause d'hospitalisation). Dépistage précoce des désordres psychologiques;
- 3 - Dépistage et prévention des maladies respiratoires (4e rang des causes de mortalité et 3e rang de la durée d'hospitalisation);
- 4 - Programme de prévention des accidents de la route (2e rang des causes de mortalité).

En examinant de près l'ensemble de l'environnement tant du point de vue externe qu'interne ainsi que le profil, en scrutant l'avant-projet de loi sur la réforme de la santé et services sociaux, nous pouvons entrevoir les grandes tendances qui affecteront le Centre hospitalier.

TABLEAU 24

Les grandes tendances qui affectent le Centre hospitalier

Variables	Ancienne tendance	Nouvelle tendance
Barrière à l'entrée	l'attente	le ticket modérateur
Type d'établissement	conservateur	intrapreneurial
Orientation	sans but lucratif	s'apparentant au profit
Services	reliés aux clients	agent social et de changement
Style de direction	bureaucratique	participatif
Pratique médicale	unidimensionnelle	multidisciplinaire
Consommateurs	incapables d'apprécier les services	capables d'apprécier les services
Valeurs préconisées	traditionnelles	progressistes
Stratégie	réactive	pro-active
Actions	indéterminées	planifiées

SOURCE: Pro-actif dans l'avenir, C.H. St-François d'Assise de La Sarre, 1990

3.3 Les choix du Centre hospitalier St-François d'Assise

Cette étape, lors du projet de planification stratégique, a permis de mieux comprendre la situation réelle qui prévaut dans chaque service en scrutant les situations problématiques, décrit par chacun des services dans le document des options stratégiques et ce, dans un contexte à la fois particulier et global. Tout le travail fait par les équipes est en quelque sorte l'assise de notre projet. Le tableau 25 donne la liste des équipes de travail avec le nombre de propositions faites par chacune.

TABLEAU 25

Les équipes de travail et le nombre de propositions

Équipes de travail	Nombre de propositions
- Services des archives	3
- Clinique externe psychiatrique	5
- Ressources financières	6
- Ressources humaines	3
- Santé et formation	3
- 1er étage, pouponnière, salle d'accouchement	17
- Pédiatrie	7
- Bloc opératoire et service central	9
- Pharmacie	5
- Radiologie	6
- Contrat de service avec C.H. Macamic	1
- Inhalothérapie	4
- E.C.G. à l'effort	1
- Audiologie	2
- Physiologie respiratoire	1
- Service aux entreprises	2
- Service de location	1
- Ensemble de secteurs d'activités du département d'inhalothérapie	6
- Laboratoire	7
- Salle d'urgence	4
- Clinique externe	1
- Accueil	4
- Soins intensifs	5
- Médecine - chirurgie	9
- Direction des services auxiliaires	4
- Buanderie - lingerie	3
- Entretien des installations	7
- Fonctionnement des installations	1
- Entretien ménager	3
- Communications et sécurité	2
- Service alimentaire et diététique	5
- CMDP	14

Il faut noter que les propositions n'ont pas toutes la même portée. Dans certains cas, il s'agit de compléter ce qui est déjà en place tandis que d'autres impliquent des sommes d'argent et des énergies considérables. Ces propositions (près de 150) qui proviennent de chacun des services ont été regroupées par directeurat. Par la suite, l'ensemble du personnel de chacun des directeurats a établi les priorités

parmi les propositions émises. C'est ainsi qu'une liste de trente (30) priorités a été remise au Comité aviseur. Finalement, cette liste fut transmise de nouveau à chaque directeur pour une priorisation finale. Lors de cette étape, chaque directeur a dû confronter ses propres priorités à celles des autres directorats et par la suite faire un choix.

Le comité aviseur a ensuite compilé les résultats en se servant d'une échelle de comparaisons binaires soit 1, 3, 5, 7 et 9. Un (1) étant d'une importance moindre et 9 désignant l'importance absolue d'une priorité par rapport à une autre. Un compromis étant parfois nécessaire entre deux appréciations, les chiffres 2, 4, 6 et 8 indiquait une valeur intermédiaire entre deux priorités considérées comme voisines. C'est ainsi que le comité a établi l'axe des 18 premières priorités sous trois volets: développement, consolidation et projets spéciaux. Le tableau 26 illustre l'axe des priorités retenues et acceptées par le Conseil d'administration du Centre hospitalier St-François d'Assise.

TABLEAU 26
L'axe des priorités

Développement	Consolidation	Projets spéciaux
1. Unité interne de psychiatrie	1. Pédiatrie	1. Informatique
2. Ergo-physiothérapie	2. DSA (Ressource additionnelle)	2. Fluoroscopie
3. Télémétrie	3. Bloc obstétrique	3. Conditionneur de ligne
4. Courte durée gériatrique	4. Rehaussement monitoring	4. Environnement physique, salle d'attente, cuisine et Pavillon Bélanger
5. Clinique anti-douleur	5. Respirateur	5. Système de télévision
6. Clinique de fertilité	6. Pouponnière	
	7. Bloc opératoire	

4. L'opérationnalisation

4.1 Les ressources et la structure

Les objectifs de l'ensemble de l'organisation ont été en fonction des orientations retenues. Les ressources humaines, financières et matérielles seront donc allouées en fonction de ces orientations. Cette affectation des ressources se fera dans le cadre du processus annuel de budgétisation.

Cependant, il nous reste à répondre à la question suivante: "Avons-nous la bonne organisation pour notre

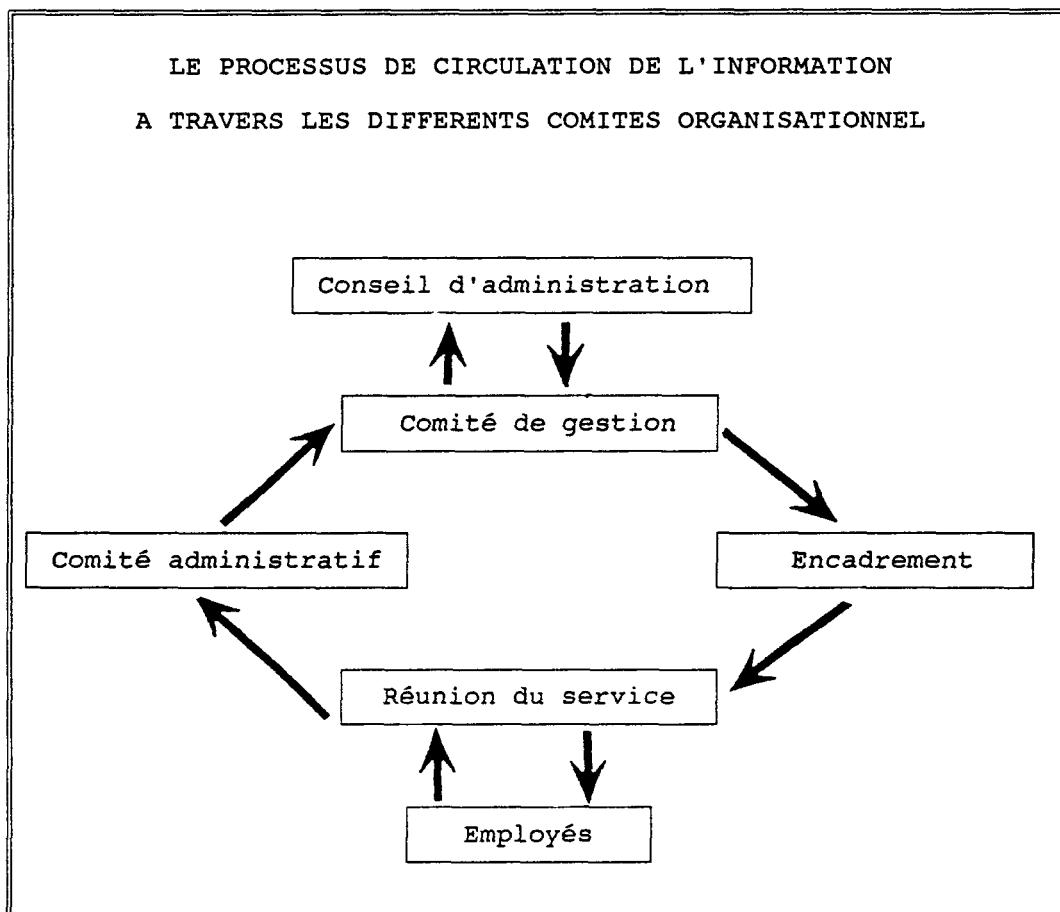
stratégie?" La réponse à cette question étant négative, il devient alors nécessaire de modifier la structure afin que l'organisation soit en mesure de supporter les nouvelles orientations. Ainsi, il fut décidé de:

- gérer avec 4 directorats au lieu de 5;
- fusionner des services;
- réorganiser complètement un service.

Les résultats anticipés par cette réorganisation devraient amener une meilleure division du travail entre les services et le personnel d'une part et, assurer que les services sont bien reliés entre eux afin de garantir un travail efficace et efficient d'autre part. Une lacune importante au niveau de la circulation de l'information devrait également être corrigée. Pour ce faire, un processus de circulation de l'information à travers les différents comités organisationnels sera mis en place. Le tableau 27 permet de visualiser ce processus.

TABLEAU 27

Le processus de circulation de l'information



4.2 Les politiques et les plans

L'opération de la planification stratégique se fait au moyen de plans en y incluant les politiques qui s'y rattachent. Il s'agit donc de transposer les orientations retenues dans des plans d'actions, ce qui permettra le suivi des actions initiées lors de l'exercice de planification stratégique.

Tout plan présenté doit comprendre les éléments suivants:

- Titre du plan
- But du plan
- Objectifs du plan
- La stratégie
- Les actions
- Les ressources requises
- L'échéancier, court, moyen et long terme
- La responsabilité du plan

Chacune des priorités se réalisera en tenant compte de l'élément temps dans sa réalisation. Il sera nécessaire de vérifier si des changements plus ou moins prévisibles sont apparus lorsque l'échéancier comprend un horizon à plus long terme.

4.3 L'évaluation et le contrôle

Le processus d'évaluation et de contrôle aide à superviser la réalisation des plans et permet de s'assurer que l'écart entre les objectifs attendus des plans et ceux désirés soit comblé. Il sera dès lors possible de prendre les mesures appropriées si tel n'est pas le cas.

Pour ce faire, le comité de gestion (cadres supérieurs et directeur général) assumeront ce mandat en vue:

- d'assurer par anticipation l'efficacité continue de l'allocation des ressources en fonction des plans et besoins;
- de s'assurer que tout plan doit rendre la valeur de l'argent et des énergies qu'on lui a consacrés.

Les cibles visées par le Comité de gestion sont les suivantes:

- faciliter les décisions relatives à l'allocation des ressources;
- donner une perception prospective de l'environnement;
- anticiper les changements internes et externes et réagir de façon pro-active.

Ces façons de faire permettront alors:

- de susciter une compréhension exacte et de développer un consensus sur la stratégie;
- d'identifier les forces et faiblesses de l'établissement;
- de concentrer les efforts de la gestion et du corps médical sur des buts communs dans leurs activités à long terme;
- de distinguer l'essentiel de l'accessoire face aux décisions à long terme.

4.4 La rétroaction

Suite à l'évaluation et au contrôle, il faut maintenant s'assurer que les actions posées répondent bien à la mission et aux objectifs du Centre hospitalier. Il importe que le Conseil d'administration et le personnel reçoivent le maximum d'informations puisque c'est une voie privilégiée pour diminuer l'incertitude et pour accroître la possibilité d'une meilleure prise de décision stratégique. Il est essentiel également de rajuster les priorités selon les besoins de la clientèle et de l'évolution de l'environnement.

CONCLUSION

Le déroulement d'un projet de planification stratégique, bien qu'il s'inspire d'un modèle de processus donné, n'est pas une opération linéaire que l'on peut diviser en étapes précises. Les actions et les réactions se chevauchent mais chacun des acteurs impliqués reconnaît l'importance du processus en cours. Au Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre, le projet de management stratégique s'est déroulé selon les attentes exprimées par les stratèges de l'organisation. Nous devons maintenant porter un regard critique sur les objectifs anticipés.

CHAPITRE V

CHAPITRE V

LES ATTENTES ET LES RÉSULTATS

INTRODUCTION

Lorsque la direction du Centre hospitalier St-François d'Assise suggéra d'entreprendre un projet de planification stratégique, l'établissement vivait de fortes pressions tant à l'interne qu'à l'externe. Face à cette situation difficile, il fallait initier une démarche qui permettrait à tous les intervenants de se faire entendre mais surtout de proposer des choix d'avenir adéquats. Un modèle de management stratégique a été sélectionné puis implanté. Il nous reste à porter un regard critique sur le choix du processus retenu et des résultats obtenus au regard des attentes spécifiées par les stratèges de l'organisation.

1. L'adéquation entre le processus retenu et les attentes

Dans l'ensemble des motivations et des justifications invoquées pour amener l'implantation d'un projet de planification stratégique, une réflexion fondamentale posait l'enjeu réel de la démarche: "Comment amener tout le personnel qui travaille au Centre hospitalier à tirer dans le même sens?"

Cette question de fond démontra clairement la nécessité de déborder du plan de l'organisation pour atteindre une philosophie de gestion capable d'animer et rendre cohérents les choix organisationnels. Après avoir vécu une

administration provisoire et être face à un diagnostic assez problématique, le moment devenait propice pour s'engager dans une démarche collective où la préoccupation serait centrée sur la clientèle. En accordant la priorité à cette dernière, l'organisation pourrait mieux se définir et se positionner dans l'environnement plutôt que de se laisser ballotter par les événements.

Au niveau de la gestion interne, les notions de participation, d'intégration, de délégation et de concertation devenaient des objectifs à intégrer dans la réalité quotidienne. L'approche devrait englober le plus de personnel possible, médecins, cadres professionnels, employés de soutien enfin tous les membres de l'organisation. La finalité première d'un Centre hospitalier est de produire des soins et des services de qualité adaptés aux besoins de la clientèle et ce au meilleur coût possible. Le meilleur moyen d'y arriver n'est-il pas d'impliquer à fond toutes les forces du milieu.

Le véritable défi qui se posait, était de faire en sorte que toutes les ressources (médecins, administrateurs, personnel clinique, personnel de support) convergent vers les mêmes objectifs et le fassent de façon concertée.

Dans le contexte "tirer dans le même sens" signifie donc qu'il faut aller au-delà d'un réaménagement de la structure traditionnelle, pour se concentrer sur une évaluation et, au besoin, une meilleure intégration de tous les niveaux de l'appareil de production de soins et des services.

Cela veut aussi dire, qu'au-delà des structures en place, chacun situe bien son rôle et ses responsabilités dans le processus de soins et de services. A cet égard, il est évident que les notions traditionnelles de fonctions fermées et cloisonnées doivent céder le pas à des fonctions plus ouvertes et plus polyvalentes.

Les objectifs de production de services adaptés et de qualité, ainsi que le contrôle des coûts s'avèrent aussi important à atteindre dans un Centre hospitalier que dans tout autre type d'entreprise. Il faut bien reconnaître que l'hôpital possède un niveau de complexité qui lui est propre car il fait appel à des ressources très variées et spécialisées. Il faut avoir à l'esprit que la nature même des activités de base de l'hôpital est le fait de dispenser des soins avec un sens de responsabilité personnelle élevé. Une philosophie de gestion axée sur la participation de tous presuppose la poursuite d'objectifs clairs et des règles de fonctionnement non ambiguës.

Pour ce faire, les intervenants-clés doivent être impliqués, puisqu'ils ont à coordonner la réalisation des objectifs, des décisions et de l'aspect financier du Centre hospitalier. Il faut en arriver à ce que cette information soit gérée et se traduise en décision et gestes concrets puisqu'ils sont les plus près des paliers d'exécution des activités de l'établissement. Ils sont les mieux placés pour

harmoniser l'organisation du travail et pour informer, favoriser et orchestrer la participation de leur personnel.

Le Centre hospitalier est bien pourvu en comités de tout genre et on doit se demander si toutes ces structures sont vraiment axées sur la poursuite des objectifs du centre. Une bonne partie de ces structures sont plutôt orientées vers des objectifs très spécifiques à des groupes particuliers ou encore vers les aspects particuliers du fonctionnement de l'établissement. Les réunions de services ou des unités doivent viser à mieux synchroniser le travail des différents groupes, à développer des outils et des règles communes. Il faut faire en sorte que le plus possible les décisions concernant les unités ou services relèvent de ces groupes. De même, il leur revient de se doter de structures de travail pour répondre aux besoins de fonctionnement de leur unité et service en étant bien appuyé par les services de support (ex. finances, services auxiliaires, ressources humaines).

Le choix d'un tel mode de gestion plus ouvert et plus participatif n'exclut d'aucune façon la nécessité des fonctions de contrôle et de feed-back. Le Centre hospitalier continue d'exercer un contrôle sur le fonctionnement, les résultats ainsi que les impacts.

Dans un cadre de gestion exigeant une participation claire de chacun, cette responsabilité doit aussi être partagée avec les principaux pôles de responsabilité au niveau

de la production des soins et des services et de là, avec les équipes elles-mêmes.

La gestion hospitalière orientée vers une mission de production de soins et de services de qualité est complexe. Elle exige d'être effectuée dans un environnement qui permette une implication et une responsabilité de toutes les ressources car modifier des structures n'est pas une fin en soi, surtout dans un établissement ayant une mission de santé. C'est vers cette dynamique que l'ensemble des stratégies espéraient orienter l'établissement hospitalier. En conséquence, il importait d'investir dans l'implication des ressources, de créer un climat de travail valorisant et de poser le défi de la qualité.

Eu égard à ce qui précède, il est devenu clair que le projet de planification stratégique qui serait implanté devrait avoir des qualités de flexibilité et d'adaptation permettant un processus élargi et enrichi. Nous croyons que le processus de Glueck a été la démarche qui correspondait le mieux à l'ensemble des objectifs visés. A la lumière des résultats obtenus, nous constatons qu'il y a eu adéquation entre le modèle et les attentes. Cependant, nous nous empressons de spécifier que le processus nous est apparu plutôt comme un guide dans la démarche et que les résultats positifs que nous avons obtenus s'expliquent par l'implication réelle des différents acteurs tout au long de la démarche.

2. Commentaires sur le processus de management stratégique

La planification stratégique est avant tout un exercice systémique qui permet à l'organisation de se questionner sur ce qu'elle est véritablement et sur ce qu'elle veut être. Au delà du type de processus auquel on recourt pour implanter une démarche stratégique, nous croyons que deux éléments clés font véritablement la différence: l'implication du plus grand nombre possible de participants et la mise en place d'une philosophie de gestion participative axée sur le défi de la qualité.

2.1 L'implication élargie des personnels

L'organisation hospitalière est complexe pour plusieurs raisons, entre autres par les modes de fonctionnement qui diffèrent profondément entre les personnels (professionnels, cadres, de soutien, etc) et par sa structure organisationnelle distincte. Toutefois, la mission de l'organisation est la même pour tous: offrir des soins de qualité et au meilleur coût possible. Cette dernière constatation implique que l'atteinte de la mission passe par la convergence de tous les membres de l'organisation vers les mêmes objectifs. Dès lors, il devient essentiel que la démarche de planification stratégique prévoit des mécanismes d'information et de participation afin que l'ensemble des personnels se sentent concernés. Nous croyons que la plus grande richesse de l'organisation, ce sont les membres qui la composent. C'est pourquoi, un projet stratégique doit opter pour une démarche

participative qui permettra à chacun de s'exprimer selon des mécanismes respectueux et démocratiques. Les personnels ont une connaissance et un savoir-faire qui sont des éléments clés pour atteindre le défi de la qualité. La démarche de planification stratégique est un moment privilégié dans l'organisation pour rallier l'ensemble des personnels vers une philosophie de gestion ouverte, participative et orientée vers la même mission, les mêmes objectifs de qualité et d'efficacité. Chacun des acteurs de l'organisation doit se sentir impliqué et important dans le bon fonctionnement du Centre hospitalier. La qualité des informations diffusées et sa circulation à travers toute l'organisation est l'un des outils pour favoriser la concertation. Paitra (1987) affirme que la diffusion de l'information à travers l'entreprise prépare l'organisation à vivre les changements positivement.

"Il est certain que l'information "ouverte", riche, axée sur le futur et sur le monde nouveau, quand elle est diffusée dans l'entreprise, ouvre les esprits et les rend plus ouverts au changement, moins craintifs, plus créatifs"

Paitra (1987)

2.2 Le défi de la qualité des soins

Lors des analyses sur l'environnement, nous avons constaté que la qualité des actions posées dans notre organisation relevait à la fois des personnels impliqués et des ressources matérielles et financières allouées. Nous sommes de plus en plus conscientisés au fait que les ressources s'amenuisent et que cette tendance se maintiendra dans les prochaines années. Face à cette réalité, il devient

essentiel que l'on priorise des choix et que l'on utilise judicieusement les ressources disponibles.

La concertation est indispensable dans la priorisation des choix car les efforts devront par la suite être orientés vers les priorités retenues. Le défi de la qualité implique une réflexion collective sur les choix stratégiques si l'on veut que tous les personnels se rallient autour des mêmes objectifs.

Le défi de la qualité suppose également que les personnels seront plus ouverts au changement, qu'ils feront preuve d'ingéniosité et de créativité dans leurs modes de fonctionnement. En conséquence, le cadre structurel devra être adapté en favorisant une décentralisation des décisions. Cette approche demande du temps et des énergies mais nous croyons qu'elle est la démarche privilégiée pour amener l'organisation à devenir pro-active dans son milieu en misant sur l'implication de ses personnels et en établissant des choix stratégiques basés sur la clientèle et les ressources disponibles.

CONCLUSION

Il est difficile d'évaluer à court terme si les objectifs visés par un projet de management stratégique ont été atteints. Toutefois, des indices au niveau du climat de travail et du dynamisme de l'organisation sont des indications pertinentes du succès du projet. Les retombées véritables seront vérifiables dans les prochaines années lorsque de nouveaux défis se présenteront. Dans l'immédiat, le projet de planification stratégique aura permis de créer une dynamique positive au sein de l'établissement et de se donner une mission auquel tous adhèrent dans l'organisation.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous avons choisi une approche de planification stratégique dont le processus s'avérait le plus large et le plus riche possible. Nous avons voulu éviter qu'il soit formalisé et répétitif ou qu'il limite le nombre de participants ce qui aurait eu pour effet de provoquer des lenteurs et des inefficacités. Il y aurait également eu risque de conflit lors de la mise en oeuvre.

Le modèle de Glueck a permis d'englober tous les intervenants nécessaires au processus autant lors de la formulation que lors de l'application. Nous avons dû apporter les changements organisationnels et poser les actions nécessaires en vue d'une meilleure intégration des compétences cliniques et administratives dans le Centre hospitalier. Cette intégration était nécessaire à la réalisation d'objectifs de soins et de services adaptés aux besoins de notre clientèle. Le modèle retenu a permis cette prise en charge et une gestion active dans le changement des habitudes, des attitudes et de la vision des personnels. En outre, le modèle a démontré une flexibilité et une capacité à adapter l'organisation aux changements et exigences de l'environnement.

Au total, la démarche de planification stratégique nous a amenés à redéfinir la mission, à formaliser les objectifs et à analyser les environnements. Également, au niveau de chacun

des services, le projet de management stratégique a incité les participants à s'impliquer dans une démarche interrogative riche en échanges et en réflexions. Ce questionnement sur ce qu'est le Centre hospitalier, où il veut aller, quels sont les outils dont il a besoin, a créé un climat organisationnel privilégié où chacun des acteurs a compris l'importance de son rôle et de sa participation dans la mission de l'organisation.

En ce qui nous concerne, nous confortons l'adaptabilité du modèle aux us et coutumes d'une entreprise en milieu de santé. Cet aspect, Glueck, l'aborde de la façon suivante:

L'approche suggérée est réellement une approche générale face à la solution de problème. Certains pourront prétendre qu'elle m'implique guère plus que le sens commun. Cela n'est pas absolument vrai. Une analyse stricte, comme nous l'avons suggéré ici, peut apparaître à la fin comme relevant du "sens commun". Mais la méthode est une application spécialisée de l'approche scientifique. Et cette méthode conduit parfois à des conclusions qui sont contraires au sens commun mais apparaissent par la suite fort naturelles. Par exemple, le sens commun nous dit que le soleil tourne autour de la terre. Notre perspective terrestre et nos sens nous disent que le soleil se "lève" à l'est et se couche à l'ouest. Et jusqu'à ce que la science prouve que ce n'est pas le cas, les gens croyaient que la terre était immobile. Ainsi en est-il des recommandations élégantes pour une stratégie. La proposition créative est celle qui, à la fin, paraît-être simple, basée sur rien d'autre que le sens commun. Pourtant, il est probable que personne encore n'avait songé à cette recommandation.

Nous concluons en rappelant la triple finalité de la recherche à l'université du Québec:

- la recherche universitaire n'est pas une fin en soi;

- elle contribue non seulement à l'avancement des connaissances mais aussi à la formation d'étudiants;
- et elle contribue au développement de la collectivité.

Si nous examinons notre recherche selon ces finalités, nous croyons qu'elle répond positivement à ces objectifs bien que nous soyions conscients que le modèle que nous avons appliqué ne puisse répondre de manière exhaustive à l'ensemble des questions posées. Notre choix s'est fait en considérant la nature des problèmes, le contexte de la recherche, les us et coutumes de l'organisation, ainsi que la formation et l'expérience du chercheur. C'est d'ailleurs dans le choix de son modèle et dans son adaptation à la situation que le chercheur manifeste son art (Contandriopoulos, 1990).

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	La planification stratégique: processus bureaucratique, économique et politique
Tableau 2	La représentation d'un centre hospitalier selon la théorie des sphères d'influence
Tableau 3	Le schéma du modèle de Glueck
Tableau 4	Les relations entre l'entreprise et ses environnements
Tableau 5	L'impact des variables de l'environnement sur l'entreprise
Tableau 6	Le concept environnemental
Tableau 7	Les stratégies "opportunités et menaces"
Tableau 8	La synthèse des modèles d'analyse environnementale
Tableau 9	Le rôle de l'environnement dans l'entreprise
Tableau 10	Le modèle hiérarchique
Tableau 11	Le modèle du développement organisationnel
Tableau 12	Le modèle psychologique
Tableau 13	Le modèle structural
Tableau 14	Le modèle politique
Tableau 15	La circulation de l'information et des propositions
Tableau 16	Les objectifs et les résultats anticipés
Tableau 17	La répartition des principales causes de décès
Tableau 18	Les liens entre les facteurs
Tableau 19	Les ressources disponibles
Tableau 20	Les responsabilités acceptées
Tableau 21	Les services offerts
Tableau 22	Les soins dispensés

- Tableau 23 Le profil des opportunités et des menaces
- Tableau 24 Les grandes tendances qui affectent le Centre hospitalier
- Tableau 25 Les équipes de travail et le nombre de propositions
- Tableau 26 L'axe des priorités
- Tableau 27 Le processus de circulation de l'information à travers les différents comités organisationnels

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAIRE, Y. et Firsirotu, N. La stratégie en deux temps, trois mouvements. *Gestion*, vol. 9, no 2, mai 1984. Pp. 13-20.
- ANDREWS, K., *The Concept of Corporate Strategy*, revised edition, Homewood, Illinois, Dow-Jones Irwin, 1980.
- ANSOFF I., Corporate Strategy, McGraw-Hill, 1965.
- ARGYRIS, C., *Strategy, Change and Defense Routines*, Boston, Pitman, 1985 b.
- BEAUDRY, Daniel, Profils de certaines caractéristiques socio-démographiques de la population de l'Abitibi-Témiscamingue, 1988.
- BÉGIN, J.P., La théorie des sphères d'influence comme outil de gestion stratégique. Les cas des centres hospitaliers québécois, thèse de doctorat, Sherbrooke, 1991.
- BENSON, J.K., "A Dialectical Method for the Study of Organizations" in Morgan G. (ed.) *Beyond Method*, Beverly Hills, Sage Pp. 331-346, 1983.
- BIOLLEY, G. et Al., *Mutation du management*, Paris, Entreprise moderne d'édition, 1986, 343 p.
- CAMERON, K., Critical Questions in Assessing Organizational Effectiveness, *Organizational Dynamics*, Autumn 1980, Pp. 66-80.
- CHANDLER, A.D., *Stratégie et structure de l'entreprise*, Traduction française, Les éditions d'organisation, 1962.
- COHEN, M.D., March, J.G. et Olsen, J.P., A Garbage Can Model of Organizational Choice, *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, 1972, Pp. 1-25.
- CONTANDRIOPoulos, A.P. et al, *Savoir préparer une recherche*, Montréal, P.U.M., 1990, 197 p.
- DENIS, J.L. et Champagne, F., Pour comprendre les changements dans les organisations, *Gestion*, Février 1990, Pp. 44-55.
- DEVER, A. et Champagne F., *Epidemiology in Health Services Management*, Aspect Systems Corporation, Health Resource Analysis, 1983.
- DRUCKER, P., *La pratique de la direction des entreprises*, Paris, Les éditions d'Organisation, 1957.

- DRUCKER, P.F., Management: The problems of Success Executive, Février (1), Pp. 13-19, 1987.
- ELMORE, R.F., "Organizational Models of Social Program Implementation", Public Policy, 26 (2), Pp. 185-228, 1987.
- FISHBEIN, M. et Ajzen, I., Relief, Attitude and Behavior, Addison Wesley Publishing Company, 1975.
- GAGNON, Savard, Carrier, Decoste, L'entreprise et son environnement, Gaëtan Morin, éditeurs, 1990.
- JAUCH, L.R. et Glueck, W.F., Management stratégique et politique générale, Montréal, McGraw-Hill, 1990, 465 p.
- JELINEK, M., Litterer, J.A., Miles, R.E. "Introduction to Organizations and their Design", Texas, Business Pub. Inc., 1986, Pp. 1-18.
- LABELLE, B., Le management des stratégies hospitalières, Revue Administrative hospitalière et sociale, sept-oct., 1988, Pp. 10-16.
- MARTINET, A., Stratégie, Paris, Ed. Vuibert, 1985.
- MILLER R., La direction des entreprises, concepts et applications, Montréal, McGraw-Hill, 1989.
- MINTZBERG, H., Raisinghani, D. et Théoret, A., The Structure of Unstructured Decision Process, Administrative Science Quarterly, 1976, 21, Pp. 246-275.
- MINTZBERG, H., Structure et dynamique des organisations, Paris, Les éditions d'organisation, 1982, 434 p.
- MORGAN, G., Image of Organization, Berverly Hills, Sage, 1986.
- NORMAN, R. "Developing Capabilities for Organizational Learning" in Pennings, J.M. ans Ass. Organizational Strategy and Change, San Francisco, Jossey Bass, 1985, Pp. 217-248.
- PAITRA, J., Maîtrise du changement et management des entreprises, Humanisme et Entreprise, Paris, 1987.
- QUINN, J.B., Strategies for Change: Logical Incrementalism, Homewood, Ill.: R.D. Irwin Inc., 1980.
- SALLENAVE, J.P., Direction générale et stratégies d'entreprise, Paris, Les éditions d'organisation, 1984, 277 p.

- SCOTT, R.W., Organizations: Rational Natural and Open Systems, Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1981.
- SEGUIN, F. et Chanlat, J.F., L'analyse des organisations, Tome I - Les théories de l'organisation, Montréal, Gaëtan Morin, 1983.
- STAW, B.M., Counterforces to changes in Goodman P.S. and ass., Change in Organizations, San Francisco, Jossey - Bass Pub., 1982, Pp. 87-121.
- THIÉTART, R.A., La stratégie d'entreprise, Paris, McGraw-Hill, 1984, 181 p.
- VILLENEUVE, N., Hôpitaux: décroissance et stratégie, Revue Internationale de Gestion, nov. 1986, Pp. 42-47.

Autres sources documentaires

- Modèle de dispensation des services aux personnes âgées de l'Abitibi-Témiscamingue, CRSSS, 1990.
- BAILLARGEON, Yvonne, Daniel Beaudry, Nicole Berthiaume, Du bilan de santé à la planification santé, 2e version, CRSSS, 1986.
- BAILLARGEON, Yvonne, La morbidité hospitalière en Abitibi-Témiscamingue, CRSSS, 1989.
- Conseil des Affaires sociales et de la Famille, Le point sur les habitudes de vie, Gouvernement du Québec, 1985.
- Banques de données, Systèmes Med-Echo.
- Loi sur la Santé et les Services sociaux, Ministère des Affaires sociales du Québec.
- Rapport annuel 1989-1990 du Conseil régional de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT).
- Identification des besoins du secteur de La Sarre, CLSC des Aurores boréales, 1990.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION GÉNÉRALE	2
CHAPITRE I LA PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE	5
INTRODUCTION	5
1. Le contexte de la recherche	5
1.1 La nature de la planification stratégique	7
1.2 Les objectifs de la recherche	11
2. La complexité de l'organisation hospitalière	14
2.1 La bureaucratie professionnelle selon Mintzberg	14
2.1.1 Un centre opérationnel décentralisé: réponse à la turbulence de l'environnement	16
2.1.2 Le système hospitalier: deux types de structure en parallèle	18
2.2 L'anarchie organisée	19
2.3 L'approche de Sallenave	22
2.4 Les objectifs véritables de l'organisation hospitalière	25
CONCLUSION	27
CHAPITRE II LA DÉMARCHE STRATÉGIQUE DANS LES ORGANISATIONS HOSPITALIERES	28
INTRODUCTION	28
1. Planification et stratégie	28
1.2 L'approche de Thiétart	31
1.3 L'approche des sphères d'influence	36
2. Le processus stratégique selon Glueck	39
2.1 Les composantes du modèle de Glueck	40
3. L'impact de l'étude de l'environnement global	42
3.1 L'organisation et son environnement	46
4. Les modèles de changements organisationnels	55
4.1 Le modèle hiérarchique	55
4.2 Le modèle de développement organisationnel	57
4.3 Le modèle psychologique	59
4.4 Le modèle structurel	62
4.5 Le modèle politique	64
4.6 Les modèles et les types d'organisation	66
CONCLUSION	68

CHAPITRE III LA MÉTHODOLOGIE RETENUE	69
INTRODUCTION	69
1. Le choix du modèle de Glueck	69
1.1 Les éléments du management stratégique dans l'implantation du projet	70
1.2 L'analyse et le diagnostic	72
1.3 Les choix stratégiques	74
1.4 L'opérationnalisation ou l'implantation	75
1.5 La rétroaction	76
2. La pertinence du modèle pour les objectifs de la recherche	77
CONCLUSION	79
CHAPITRE IV L'APPLICATION DU MODELE DE PROCESSUS STRATÉGIQUE	80
INTRODUCTION	80
1. L'implantation du processus stratégique	80
1.1 La mise en place du comité aviseur	81
1.2 La mission et les objectifs	84
2. L'analyse des environnements	85
2.1 L'environnement général québécois	86
2.2 Le système socio-sanitaire du Québec:	88
2.3 L'environnement régional	90
2.3.1 L'environnement socio-sanitaire régional	95
2.3.2 L'organisation régionale des services socio-sanitaires	97
2.3.3 Le secteur de La Sarre	98
2.4 Le Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre	100
2.4.1 L'historique	100
2.4.2 L'état sanitaire de la clientèle	102
2.4.3 L'évolution de l'établissement	106
2.4.4 Les perceptions du personnel	111
2.4.5 Les perceptions de la clientèle	115
2.5 La pertinence de l'étude des environnements	119
3. Les choix stratégiques	120
3.1 Les options stratégiques	120
3.2 Les variations pour les stratégies	124
3.3 Les choix du Centre hospitalier St-François d'Assise	127
4. L'opérationnalisation	130
4.1 Les ressources et la structure	130
4.2 Les politiques et les plans	132
4.3 L'évaluation et le contrôle	133
4.4 La rétroaction	134
CONCLUSION	135

CHAPITRE V LES ATTENTES ET LES RÉSULTATS	136
INTRODUCTION	136
1. L'adéquation entre le processus retenu et les attentes	136
2. Commentaires sur le processus de management stratégique	141
2.1 L'implication élargie des personnels . .	141
2.2 Le défi de la qualité des soins	142
CONCLUSION	144
CONCLUSION GÉNÉRALE	145
LISTE DES TABLEAUX	148
BIBLIOGRAPHIE	150
ANNEXE	156

ANNEXE 1

SURSPÉCIALITÉS RÉGIONALES ET SOUS-RÉGIONALES**A- Le Centre hospitalier d'Amos**

A une vocation régionale dans les surspécialités suivantes:

- En orthopédie;
 - En chirurgie buccale et maxillo-faciale;
 - En chirurgie plastique.
- Sous-régionale partie "est" de la région (Amos-Val d'Or):
- En physiatrie.

Autres services permanents:

- En neurologie;
- En oto-rhino-laryngologie;
- En chirurgie thoracique.

B- Le centre hospitalier de Rouyn-Noranda:

A une vocation régionale dans les surspécialités suivantes:

- En néonatalogie;
- En périnatalogie;
- En neurologie;
- En tomodensitométrie.

- Sous-régionale partie "ouest" de la région (Rouyn-Noranda, La Sarre et Ville-Marie):

- En dermatologie;
- En hématologie;
- En ophtalmologie;
- En urologie;
- En anatomo-pathologie;
- En physiatrie;
- En psychiatrie (interne).

- Services permanents:

- En orthopédie.

C- Centre hospitalier de Val d'Or:

A une vocation régionale dans les surspécialités suivantes:

- En néphrologie;
- En médecine nucléaire;
- En cyto-pathologie.

- Sous-régionale partie "est" de la région:

- En dermatologie;
- En hématologie;
- En urologie;
- En microbiologie.

- Services permanents:

- En anatomo-pathologie;
- En oto-rhino-laryngologie.

ANNEXE 2

Un sondage a été réalisé sur une base hebdomadaire, 92 répondants représentant 36 % de notre achalandage, ont accepté de répondre à chacune des questions posées par un interviewer.

CENTRE HOSPITALIER ST-FRANÇOIS D'ASSISE DE LA SAINTE

CLINIQUE EXTERNE

VOUS AIMERIONS AVOIR VOTRE OPINION...
S.V.P. COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE.

1. Êtes-vous satisfait des services reçus à la clinique externe?

TRÈS SATISFAIT 51.6 % SATISFAIT 47.4 % PEU SATISFAIT 1.8 % PAS SATISFAIT ____

Si vous n'avez pas été satisfait, pouvez-vous nous dire pourquoi?

2. Êtes-vous satisfait des services reçus de votre médecin spécialiste?

TRÈS SATISFAIT 65.2 % SATISFAIT 37.7 % PEU SATISFAIT ____ PAS SATISFAIT ____
NE S'APPLIQUE PAS ____

3. Estimez-vous que les délais pour rencontrer un spécialiste sont trop longs?

OUI ____ 29.5 %	NON ____ 65.3 % Oui et non Moyenne	2.1 %
		1.1 %

Si oui, cochez dans quelle spécialité?

Pédiatrie ____	Orthopédie ____
Gynécologie ____	Médecine Interne ____
Chirurgie ____	Cardiologie ____
O.R.L. ____	Néphrologie ____
Pneumologie ____	Neurologie ____
	Ophthalmologie ____

4. Avez-vous reçu des explications claires concernant votre état?

TRÈS CLAIRES 67.6 % CLAIRES 30.5 % PEU CLAIRES 2.1 % PAS CLAIRES ____

5. Notre accueil vous a semblé aimable?

TRÈS AIMABLE 46.3 % AIMABLE 32.5 % PEU AIMABLE 1.1 % PAS AIMABLE ____

6. Avez-vous été satisfait des services reçus au département de radiologie?

TRÈS SATISFAIT 55 % SATISFAIT 45 % PEU SATISFAIT ____ PAS SATISFAIT ____
NE S'APPLIQUE PAS ____

7. Avez-vous été satisfait des délais requis pour les prélèvements sanguins?

TRÈS SATISFAIT 55.4 % SATISFAIT 37.8 % PEU SATISFAIT 5.5 % PAS SATISFAIT 1.3 %
NE S'APPLIQUE PAS ____

8. Avez-vous été satisfait des services reçus au département d'inhalothérapie et d'électrophysiologie d'effort?

TRÈS SATISFAIT 41.7 % SATISFAIT 50 % PEU SATISFAIT 8.3 % PAS SATISFAIT ____
NE S'APPLIQUE PAS ____

9. Avez-vous été satisfait des services reçus auprès du service de diététique lors de votre consultation?

TRÈS SATISFAIT 40 % SATISFAIT 20 % PEU SATISFAIT 6.6 % PAS SATISFAIT ____
NE S'APPLIQUE PAS ____

La raison de la non satisfaction est due au délai pour obtenir un rendez-vous

10. Avez-vous des commentaires ou suggestions dont vous aimeriez nous faire part?

11. Identification

Homme ____

Femme ____

Vous avez entre:

14 - 18 ans ____

19 - 25 ans ____

26 - 35 ans ____

36 - 45 ans ____

46 - 55 ans ____

56 - 65 ans ____

66 et plus ____

DATE: _____

Merci d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire.

LA DIRECTION

À l'urgence

Un sondage fut également réalisé par un interviewer durant une période d'une semaine. Les répondants au nombre de 95 et représentant 24 % de notre achalandage ont accepté de répondre au questionnaire.

CENTRE HOSPITALIER ST-FRANÇOIS D'ASSISE DE LA SARRE

URGENCE

VOUS AIMERIONS AVOIR VOTRE OPINION...
S.V.P. COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE.

1. Globalement êtes-vous satisfait des services que vous recevez au Centre hospitalier?

TRÈS SATISFAIT 28.8 % SATISFAIT 62.35 % PEU SATISFAIT 8.99 % PAS SATISFAIT 1.12 %

2. Notre accueil vous a semblé aimable?

TRÈS AIMABLE 28.26 % AIMABLE 66.30 % PEU AIMABLE 3.26 % PAS AIMABLE

3. Combien de temps avez-vous attendu pour rencontrer le médecin à l'urgence?

La moyenne générale est de 1 h 45

4. Pour vous, quel est le délai d'attente maximal raisonnable à l'urgence?

Moins d'une heure	56.56 %
Entre une et deux heures	41.30 %
Entre deux et trois heures	

5. Avez-vous été satisfait des soins reçus à la salle d'urgence?

TRÈS SATISFAIT 28.26 % SATISFAIT 66.30 % PEU SATISFAIT 3.26 % PAS SATISFAIT

NE S'APPLIQUE PAS

Si vous n'avez pas été satisfait, pouvez-vous nous dire pourquoi?

6. Avez-vous reçu des explications claires concernant votre état?

TRÈS CLAIRES 26.08 % CLAIRES 64.13 % PEU CLAIRES 8.89 % PAS CLAIRES

7. Avez-vous été satisfait des services reçus au département d'inhalothérapie et d'électrophysiologie d'effort?

TRÈS SATISFAIT SATISFAIT PEU SATISFAIT PAS SATISFAIT
NE S'APPLIQUE PAS

8. Avez-vous été satisfait des services reçus au département de radiologie?

TRÈS SATISFAIT 22.91 % SATISFAIT 75 % PEU SATISFAIT 2.08 % PAS SATISFAIT

NE S'APPLIQUE PAS

9. Avez-vous été satisfait des délais requis pour les prélèvements sanguins?

TRÈS SATISFAIT 17.77 % SATISFAIT 75.55 % PEU SATISFAIT 6.68 % PAS SATISFAIT _____
NE S'APPLIQUE PAS _____

10. Avez-vous été satisfait des services reçus du service de diététique lors de votre consultation?

TRÈS SATISFAISANT _____ SATISFAISANT _____ PEU SATISFAISANT _____
PAS SATISFAISANT _____ NE S'APPLIQUE PAS _____

Lors du sondage personne n'a eu recours à ce service.

11. Avez-vous des commentaires ou suggestions dont vous aimeriez nous faire part?

12. Identification

Homme _____

Vous avez entre:

Femme _____

14 - 18 ans _____

19 - 25 ans _____

26 - 35 ans _____

36 - 45 ans _____

46 - 55 ans _____

56 - 65 ans _____

66 et plus _____

Date: _____

Merci d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire.

LA DIRECTION

Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre
 Sondege auprès des bénéficiaires
 Tableau des résultats

PAR SUJET

TAUX DE SATISFACTION

L'ACCUEIL

- à l'admission

- Bien accueilli par le personnel

TRÈS BIEN 82,07 % NORMAL 17,93 % TRÈS PEU _____

- à l'urgence

- Rapidité du service
- Délai d'attente

OUI 93,49 % NON 16,51 %
 5 495 minutes Moyenne: 1 h 57

- à l'unité de soins, lors de votre séjour

- Bien accueilli par le personnel
- La propreté de votre chambre à l'arrivée
- L'entretien de votre chambre durant votre séjour
- La température de la chambre

OUI 100 % NON _____
 OUI 96,89 % NON 3,11 %
 TOUJOURS 82,71 % HABITUELLEMENT 13,53 % RAREMENT 3,76 %
 TROP SÈCHE 2,76 % FROIDE 5,08 % HUMIDE 1,03 % CHAUME 35,68 % CONFORTABLE 48,17 %

• Courtoisie et promptitude du personnel

- Reçu des renseignements utiles à leur bien-être
- Les objets étaient à leur portée

TOUJOURS 87,41 % RAREMENT 0,71 % JAMAIS 0,70 % HABITUELLEMENT 11,19 %
 OUI 100 % NON _____
 TOUJOURS 84,73 % RAREMENT 1,53 % HABITUELLEMENT 13,74 %

• Satisfaction des services rendus par:

- les infirmiers (ères)
- les inf. auxiliaires et préposé(e)s
- le personnel en radiologie
- le personnel en inhalothérapie
- Suffisamment renseigné sur état de santé

OUI 97,04 % NON 2,96 %
 OUI 99,28 % NON 0,72 %
 OUI 98,91 % NON 1,09 %
 OUI 100 % NON _____
 OUI 96,43 % NON 2,14 % MOUTEN 1,43 %

COMMENTAIRES: Très bien. Réponds pertinemment (en pré - post opératoire). Une infirmière (mieux respecter les gens). Ils ont pris le temps d'expliquer la maladie, les soins, et la diète à faire. Ils expliquent très bien et rassurent le patient. N'ont renseigné sur les symptômes, traitements, information et initiation aux manipulations de l'insuline. Médecin stagiaire devrait être accompagné par un médecin diplômé. traité comme un proche ami. On m'a beaucoup aidé.

Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre
 Sondage auprès des bénéficiaires
 Tableau des résultats

PAR SUJET

LES REPAS

- Régime alimentaire
- Expliqué par le Service de diététique
- Température, saveur et présentation des repas

TAUX DE SATISFACTION

QUI	<u>38,26 %</u>	NON	<u>61,76 %</u>	
QUI	<u>80,39 %</u>	NON	<u>19,61 %</u>	
CONVENABLES	<u>37,50 %</u>	BONNES	<u>47,12 %</u>	
CHAUDES	<u>28,76 %</u>	TIÈDES	<u>62,06 %</u>	
A VOTRE GOÛT	<u>40,57 %</u>	SANS SAVEUR	<u>4,47 %</u>	
			EN QUANTITÉ SUFFISANTE	
			<u>53,96 %</u>	
			FROIDES	<u>9,20 %</u>

COMMENTAIRES: Bonne nourriture. Pas assez. Très bien. J'ai eu tel que commandé. On ne s'informe si la quantité est suffisante. Les rôties ne sont pas chaudes. Bon et bien apprêté. Pas assez varié.

LE BRUIT

- Le bruit m'a incommodé
- Les causes, si répondu souvent

SOUVENT	<u>11,51 %</u>	NORMALEMENT	<u>35,25 %</u>	TRÈS PEU	<u>53,24 %</u>
VISITEURS	<u>16,98 %</u>	ÉQUIPEMENT	<u>30,19 %</u>	ASCENSEURS	<u>1,89 %</u>
				PERSONNEL	<u>20,75 %</u>
				DÉMÉF.	<u>30,19 %</u>

COMMENTAIRES: Soins à donner. Entretien. Soins d'urgence et famille. Talon de scouliers. Rire. Appel général. Durant la nuit (femme qui allaitait). Entre 7 hres et 9 hres. Le ménage. Personnel parle fort (soir, nuit). Ménage durant la sieste. Visiteurs bruyants.

LES VISITES (heures)

- Heures convenables

QUI	<u>90,28 %</u>	NON	<u>9,72 %</u>
-----	----------------	-----	---------------

COMMENTAIRES: Plus long le soir; 1h00 à 4h00 - 7h00 à 9h00, fin à 8h30; 2h00 à 4h00 - 7h00 à 9h00; toute la journée; 2h00 à 4h00 - 7h00 à 8h30; 1h30 à 4h00 - 7h00 à 9h00; 13h00 à 16h00 - 19h00 à 21h00; 2h00 à 4h00 - 7 h00 à 9h00; à partir d'une heure; 2h30 à 4h00 - 8h00 à 9h30

Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre
Sondage auprès des bénéficiaires
Tableau des résultats

SUJET

TAUX DE SATISFACTION

EN GÉNÉRAL

• Séjour satisfaisant

OUI 98,61 % NON 1,39 %

Ce qui a plus: Gentillesse du personnel. Personnel. Très bons soins. Service excellent. Tout. Bonnes services. Disponibilité du personnel. Service courtois. Personnel efficace. Chaleur humaine du personnel. La bonne humeur. Personnel serviable. Dévouement. La propreté. Possibilité de voir son enfant à toute heure. Ils prennent le temps de nous écouter.

Ce qui a déplu: La musique forte le matin. Quelques-uns de mauvaise humeur. La chaleur (2). Local pour fumeur. Un peu les repas. L'action qui se déroule. Le manque de T.V. Certaines malades devraient être sur un autre étage. Manque de lits d'hospitalisation. Le bruit la nuit. Les heures de visite. Bruit (2). Hospitalisé dans un corridor 2 jours. La nourriture. Manque de patience. Les services. L'heure de la sieste. Odeur de cigarettes. Transféré de chambre à 2 reprises. Malpropreté de la chambre. Une infirmière déplaisante.

IMPRESSIONS / SUGGESTIONS

Les heures de télévision plus longue. Endroit plus personnel si on a des choses à discuter. Endroit pour fumeur. Un peu plus d'égard à l'urgence. Une infirmière devrait avoir une meilleure façon. Chambre privée (avoir lit double pour le papa, suite à un accouchement). Chambre privée (heures de visite en tout temps). Très bon service. Même de bruit la nuit. Pas de corridor (hospitalisation). Le parking n'est pas assez grand. Continuer à avoir du personnel intéressé. Avoir de l'eau en permanence. Personne en phase finale devrait être en chambre privée. Avoir le câble de T.V. Salle de fumage. Vous êtes super gentils et compréhensifs.

ANALYSE ENVIRONNEMENTALE

DU C.H. ST-FRANÇOIS D'ASSISE DE LA SARRE

PARTIE B

Vous devez répondre par vrai ou faux aux questions suivantes.

1. Les objectifs de mon unité de travail (ce que l'on veut faire, vers où on s'en va) sont formulés et compris.

Vrai Faux

2. Les politiques et les procédures sont bien définies et communiquées.

Vrai Faux

3. Il n'y a pas suffisamment de délégation.

Vrai Faux

4. Les gens se rencontrent pour discuter ensemble de problèmes communs.

Vrai Faux

5. Les lignes de responsabilités sont clairement identifiées.

Vrai Faux

6. La majorité des gens démontrent de l'intérêt dans leur travail.

Vrai Faux

7. Les bonnes suggestions ne sont pas prises sérieusement en considération.

167

Vrai Faux

8. Les décisions sont prises au bon moment.

Vrai Faux

9. La direction semble se préoccuper de savoir si les gens sont heureux dans leur travail.

Vrai Faux

10. Les décisions sont centralisées au niveau de la direction du service.

Vrai Faux

11. Il y a peu de conflits dans les services qui ne sont pas résolus.

Vrai Faux

12. Le directeur du service a un contact avec l'ensemble des activités de son service.

Vrai Faux

13. Dans l'ensemble, mon travail me satisfait.

Vrai Faux

14. Notre service serait plus productif si on encourageait davantage l'initiative individuelle.

Vrai Faux

15. Je connais les orientations de mon unité de travail.

Vrai Faux

16. La direction dispose des moyens nécessaires pour amener tout le monde à travailler ensemble.

Vrai Faux

17. La direction ne dispose pas de toutes les bonnes informations requises pour prendre des décisions. 168

Vrai Faux

18. Les réunions sont populaires parce qu'en général, elles sont productives.

Vrai Faux

19. On sait exactement qui est responsable de quoi.

Vrai Faux

20. Dans mon travail, j'ai assez de défis.

Vrai Faux

21. Une fois que quelque chose devient une pratique établie, on la remet rarement en question.

Vrai Faux

22. J'ai les informations nécessaires pour décider des objectifs de mon unité de travail.

Vrai Faux

23. J'ai les informations que j'ai besoin pour bien effectuer mon travail.

Vrai Faux

24. Personne ne semble avoir une bonne compréhension des causes des problèmes de notre service.

Vrai Faux

25. Pour s'entraider davantage les gens font les efforts suffisants.

Vrai Faux

26. Les fonctions sont clairement définies.

Vrai Faux

27. Dans mon service, on est plus porté à féliciter qu'à critiquer.

169

Vrai Faux

28. Les autres services (unités) semblent avoir de meilleures idées.

Vrai Faux

29. Les employés comprennent les priorités du service.

Vrai Faux

30. Le personnel d'encadrement ne croit pas qu'une supervision plus étroite va entraîner de meilleurs résultats.

Vrai Faux

31. Il y a trop de délégation.

Vrai Faux

32. Les relations avec d'autres personnes ne nuisent pas à mon travail.

Vrai Faux

33. L'actuelle répartition des tâches et des responsabilités aide à atteindre les buts de l'ensemble du service.

Vrai Faux

34. Je sais réellement dans quelle mesure mon travail est apprécié.

Vrai Faux

35. Notre service a de la difficulté à s'adapter à toute nouvelle responsabilité à assumer.

Vrai Faux

36. La direction passe assez de temps à planifier le futur.

Vrai Faux

37. La direction ne croit pas que les gens travaillent uniquement pour leur paie.

170

Vrai Faux

38. L'information n'est pas produite ni acheminée où elle devrait l'être.

Vrai Faux

39. Il y a suffisamment de collaboration entre les différentes unités de travail.

Vrai Faux

40. La répartition des tâches est équitable pour tous.

Vrai Faux

41. J'ai suffisamment l'occasion d'apporter ma contribution et comme résultat, je me sens impliqué.

Vrai Faux

42. On n'encourage pas suffisamment les idées nouvelles.

Vrai Faux

43. Les priorités sont clairement définies.

Vrai Faux

44. Des efforts suffisants sont apportés pour rendre les fonctions intéressantes et enrichissantes.

Vrai Faux

45. Je ne sais pas ce que mes supérieurs pensent de moi ni de mon rendement.

Vrai Faux

46. Les gens ont réellement l'impression de faire partie d'une équipe.

Vrai Faux

47. La façon dont le travail est réparti est logique.

171

Vrai Faux

48. La motivation des employés n'est pas l'un des problèmes du service.

Vrai Faux

49. On n'aborde pas franchement et ouvertement les problèmes.

Vrai Faux

ANNEXE 3

Centre hospitalier St-François d'Assise de la Sarre
 Planification stratégique
 Analyse environnementale
 Tableau des résultats

Taux de satisfaction

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Créativité encouragée
RÉSIDENT GLOBL.	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
PAR SERVICE								
1ER ÉTAGE	71 %	71 %	67 %	61 %	71 %	84 %	66 %	77 %
OBSTÉTRIQUE	63 %	74 %	58 %	59 %	75 %	53 %	59 %	60 %
POUSSIÈRE	69 %	77 %	71 %	58 %	67 %	77 %	93 %	38 %

PAR SERVICE

1ER ÉTAGE

- Entraide, communication
- Équipe dynamique, infirmière-chef impliquée dans l'équipe
- Esprit d'équipe, entraide, communication
- Travail d'équipe, motivation

OBSTÉTRIQUE

- Communication avec patient, réunion du département
- Contact avec les patients, communication entre les quartiers

POUPONNIÈRE

- Le bon vouloir des employés dans leur travail
- Motivation, contact avec les parents

JOINTS PARIS

JOINTS FAIBLES

- Collaboration médicale, temps et argent
- Collecte de données
- Manque d'outil de travail
- Remplacement du PPP est un gros problème
- Remplacement sur les heures des repas et rester seul sur l'étage

- Peu de personnes initiées à travailler à la salle d'accouchement
- Remplacement des pauses VS pouponnière Vs surplus

- La diversité des cas traités
- Manque de personnel (1 personne pour 4 bébés et même 5 bébés)

Centre hospitalier St-François d'Assise de la Sarre

Planification stratégique

Analyse environnementale

Tableau des résultats

TAUX DE SATISFACTION

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Creativité encouragée
RÉSULTAT GLOAL	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
PAR SERVICE								
2E ÉDGE SOINS INTENSIFS	74 % 73 %	84 % 88 %	67 % 32 %	63 % 74 %	67 % 89 %	80 % 100 %	76 % 61 %	81 % 65 %

PAR SERVICE

2E ÉTAGE

- Bonne entente, résolution assez vite de certains problèmes
- Bonne équipe de travail
- Entraide
- Esprit d'équipe, entraide
- Travail d'équipe, communication
- Travail d'équipe, réaménagement des chambres

POINTS FORS

POINTS FAIBLES

- Information, communication, équipement
- Manque d'effectifs et de temps
- Manque de communication avec bénéficiaire lors de surcharge
- Manque de loisirs pour divertir les patients chroniques
- Manque de personnel, d'équipement, tâche trop lourde
- Motivation, confidentialité des erreurs
- Tâches mal réparties
- Travail d'équipe, trop de critique

SOINS INTENSIFS

- Bonne continuité de soins, matériel satisfaisant
- Entraide, peu de routine
- Esprit d'équipe, communication

- Manque de formation pour nouvelles techniques, 5e lit soins intensifs
- Manque de personnel, manque de matériel (Monte-chARGE)
- Stress, manque de formation pour nouvelles techniques

Centre hospitalier St-François d'Assise de la Sarre

Planification stratégique

Analyse environnementale

Tableau des résultats

Taux de satisfaction

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Creativité encouragée
RÉSULTAT GLOBAL	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
HHR SERVICES								
ACCUEIL	77 %	89 %	75 %	50%	95 %	86 %	81 %	61 %
SÉCURITÉ	35 %	14 %	17 %	43 %	57 %	20 %	43 %	43 %

	<u>POINTS FORTS</u>	<u>POINTS FAIBLES</u>
<u>PAR SERVICE</u>		
ACCUEIL	<ul style="list-style-type: none"> - Bien répondre au patient - Procédures bien définies - Travail d'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'intérêt des temps partiel
SÉCURITÉ	<ul style="list-style-type: none"> - Débrouillardise 	<ul style="list-style-type: none"> - Ignorance et interprétation des règlements

Centre hospitalier St-François d'Assise de la Sarre

Planification stratégique

Analyse environnementale

Tableau des résultats

Taux de satisfaction

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Créativité encouragée
RÉSULTAT GLOBL.	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
HHR SERVICES								
ALIMENTATION	53 %	61 %	57 %	48%	45 %	61 %	63 %	34 %

PAR SERVICE

ALIMENTATION

- Collaboration du personnel
- Communication
- Diriger avec compréhension
- Entraide, nouvelles idées

POINTES FORTS

POINTES FAIBLES

- Beaucoup de résistance au changement - insécurité
- Communication
- Communication, pression
- Manque de collaboration
- Renseignements et collaboration

Centre hospitalier St-François d'Assise de la Sarre
 Planification stratégique
 Analyse environnementale
 Tableau des résultats

Taux de satisfaction

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Créativité encouragée
RÉSIDENT GLOIN	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
DPR SERVICES								
ARCHIVES	70 %	77 %	68 %	64 %	66 %	65 %	84 %	71 %

POINIS POINTS

POINIS PAINES

PAR SERVICE

ARCHIVES

- Disponibilité, compétence, assiduité

- Sensibilisation des médecins VS dossiers

Centre hospitalier St-François d'Assise de la Sarre
Planification stratégique
Analyse environnementale
Tableau des résultats

TMX DE SATISFACTION

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Créativité encouragée
RÉSULTAT GLOBL.	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
DIV SERVICES								
BLOC OPÉRATOIRE	78 %	100 %	71 %	57%	71 %	86 %	86 %	71 %

POINTS FAIBLES

POINTS FAIBLES

PAR SERVICE

BLOC OPÉRATOIRE

- Travail d'équipe, augmentation de la qualité de soins

- Mise à jour des nouvelles techniques

Centre hospitalier St-François d'Assise de la Sarre

Planification stratégique

Analyse environnementale

Tableau des résultats

Taux de satisfaction

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Créativité encouragée
RÉSULTAT GLOBL.	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
PAR SERVICE								
CHIRURGIE D'UN JOUR	82 %	83 %	80 %	83 %	71 %	86 %	86 %	86 %
CLINIQUE EXTERNE	80 %	80 %	71 %	71 %	71 %	100 %	90 %	76 %
URGENCE	65 %	74 %	74 %	52 %	62 %	67 %	80 %	50 %

PAR SERVICE

CHIRURGIE D'UN JOUR

- Autonomie, la diversité des cas et de l'âge

CLINIQUE EXTERNE

- Collaboration, esprit d'équipe
- Esprit d'équipe, bonne organisation de travail
- Relations de travail

URGENCE

- Communication, entraide, autonomie
- Dialogue entre le personnel
- Motivation, entraide

POINTS FORS

POINTS FAIBLES

- Horaire difficile à prévoir, matériel inadéquat

- Heures d'attente pour les bénéficiaires
- Manque d'instrument indispensable
- Manque de motivation

- Heures d'attente des bénéficiaires, protocole inadéquat
- Heures d'attente des bénéficiaires, protocole non à date
- Manque de matériel, heures d'attente pour les bénéficiaires

Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre
 Planification stratégique
 Analyse environnementale
 Tableau des résultats

Taux de satisfaction

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Creativité encouragée
RÉSULTAT GLOBAL	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
PAR SERVICE								
CLINIQUE EXTERNE PSYCHIATRIE	79 %	90 %	67 %	76 %	86 %	81 %	90 %	62 %

POINTS FORTS

PAR SERVICE

CLINIQUE EXTERNE PSYCHIATRIQUE - Esprit d'équipe fort

- Esprit d'équipe, bonne organisation de travail
- Relations de travail

POINTS FAIBLES

- Surcharge de travail
- Surcharge de travail, état physique des locaux
- Surcharge de travail, manque de formation, locaux inadéquats

Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre
 Planification stratégique
 Analyse environnementale
 Tableau des résultats

TAXE DE SATISFACTION

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Créativité encouragée
RÉSULTAT GLOBAL	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
PAR SERVICE								
INHALOTHÉRAPIE	92 %	100 %	86 %	86 %	100 %	86 %	100 %	86 %

PAR SERVICE

INHALOTHÉRAPIE

- Compétence, polyvalence
- Lien d'appartenance, compétence, polyvalence
- Travail d'équipe, compétence, polyvalence

POINTES FORTS

POINTIS FAIBLES

- Manque de personnel, profession peu connue du public
- Manque de personnel, soins à domicile

Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre
 Planification stratégique
 Analyse environnementale
 Tableau des résultats

TAUX DE SATISFACTION

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Créativité encouragée
RÉSULTAT GLOBAL	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
PAR SERVICE								
LABORATOIRE	35 %	30 %	22 %	40%	31 %	39 %	34 %	48 %

	<u>POINTS FORS</u>	<u>POINTS FAIBLES</u>
<u>PAR SERVICE</u>		
LABORATOIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Compétence et intérêt pour le travail - Esprit d'équipe - Rapidité des résultats, responsable - Rapidité et fiabilité des résultats - Respect des cédules de travail, collaboration - Services de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiguité sur le responsable du laboratoire - Atmosphère, relations de travail - Biochimiste qui prend trop de place - Manque de communication et esprit d'équipe - Manque de communication, manque de personnel - Manque de formation et de communication

Centre hospitalier St-François d'Assise de la Sarre
 Planification stratégique
 Analyse environnementale
 Tableau des résultats

Taux de satisfaction

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Créativité encouragée
RÉSIDENT GLOB.	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
HNR SERVICE								
PÉDIATRIE	87 %	93 %	77 %	83 %	83 %	85 %	100 %	86 %

	<u>POINTS FORTS</u>	<u>POINTS FAIBLES</u>
<u>PAR SERVICE</u>		
PÉDIATRIE	<ul style="list-style-type: none"> - Esprit d'équipe - Stabilité du personnel, esprit d'équipe, motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'occupation fluctuant - Unité non fonctionnelle

Centre hospitalier St-François d'Assise de la Sarre
Planification stratégique
Analyse environnementale
Tableau des résultats

TAUX DE SATISFACTION

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Créativité encouragée
RÉSIDENT GLOM.	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
HCR SERVICES								
RADIOLOGIE	92 %	100 %	92 %	100 %	79 %	93 %	79 %	100 %

PAR SERVICE

RADIOLOGIE

- Communication entre les quarts
- Rendement

POINTS FORTS

POINTS FAIBLES

- Décharge de leur responsabilité
- Manque de réunions

Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre
Planification stratégique
Analyse environnementale
Tableau des résultats

TABLEAU DES RÉSULTATS

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Créativité encouragée
RÉSIDENT GLOPN,	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
HÉR SERVICE								
ADMINISTRATION	69 %	79 %	75 %	62 %	67 %	45 %	76 %	81 %

	<u>POINTS FORS</u>	<u>POINTS FAIBLES</u>
<u>PAR SERVICE</u>		
ADMINISTRATION	<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité, paie statistique - Disponibilité, service prompt - Dynamisme, esprit d'équipe, aide - Dynamisme, innovation - Implication 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence syndicale fréquente - Difficulté à évaluer nos actions - Manque de rôlage - Manque de spécialistes - Organisation, budget, temps - Situation géographique

Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre
 Planification stratégique
 Analyse environnementale
 Tableau des résultats

TABLÉAU DE SATISFACTION

	Taux global de satisfaction	Buts et mission bien connus	Bonne philosophie de gestion	Contrôle bien exercé par la direction des services	Bon esprit de travail en équipe	Bonne structure de travail	Employés bien motivés	Creativité encouragée
RÉSIDENT GÉNÉRAL	69 %	76 %	65 %	62 %	69 %	73 %	76 %	66 %
PER SERVICE								
HUANDERIE	82 %	95 %	100 %	43 %	76 %	95 %	95 %	71 %
CHALEFFERIE	76 %	71 %	57 %	100 %	86 %	57 %	86 %	71 %
ENTRETIEN MÉNAGER	67 %	70 %	44 %	63 %	65 %	90 %	90 %	40 %

<u>PAR SERVICE</u>	<u>POINTS FORS</u>	<u>POINTS FAIBLES</u>
BUANDERIE	- Entraide, motivation, humour	
CHAUFFERIE	- Motivation, attribution des postes	- Manque de communication
ENTRETIEN MÉNAGER	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance, souplesse avec horaire, communication - Travail bien fait 	<ul style="list-style-type: none"> - Obstacle qui nous empêche de faire le travail adéquatement - Surplus de travail