



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Rapport synthèse

Les alliances interétablissements : Un moyen de moderniser les infrastructures administratives et de soutien ?

• • • • • • • • • •

Centre d'études en transformation des organisations
École des Hautes Études Commerciales de Montréal

Dossier coordonné par le Service des études et de l'évaluation

Août 1999

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(286-5604)

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999.

Le Centre d'études en transformation des organisations est un organisme de recherche et d'intervention intéressé aux multiples facettes du changement organisationnel. Il a pour mission de faire progresser et de diffuser la connaissance concernant les stratégies et les pratiques de gestion adoptées par les organisations dans leurs efforts pour s'adapter à un environnement en constante évolution. Il regroupe divers chercheurs préoccupés par l'étude des nouvelles formes d'organisation du travail, par les pratiques de gestion émergentes des organisations performantes et par la reconfiguration même des organisations.

Ce rapport a été produit par :

Alain Rondeau, Ph.D.

Marc Pellerin, M.Sc.

Nancy Lauzon, Ph.D.

*École des Hautes Études Commerciales
3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 2A7
Téléphone (514) 340-6770
Télécopieur (514) 340-6834
<http://www.hec.ca>*

Table des matières

INTRODUCTION	3
1. L'ALLIANCE STRATÉGIQUE : UNE FORMULE À ENVISAGER ?.....	4
2. QU'EST- CE QU'UNE ALLIANCE ?	5
♦ Les types d'alliance	
♦ L'objet de l'alliance	
♦ Les types d'intégration	
3. POURQUOI S'ALLIER ? (Est-ce que ça donne les résultats escomptés ?).....	11
♦ Avantages et inconvénients anticipés	
♦ Résultats observés dans la documentation	
♦ Il y a-t-il un modèle d'alliance plus performant qu'un autre ?	
<i>Ce que cela signifie pour le gestionnaire</i>	
4. AVEC QUI S'ALLIER ? (Y a-t-il des partenariats à succès ?).....	15
<i>Ce que cela signifie pour le gestionnaire</i>	
5. COMMENT S'ALLIER ? (Y a-t-il des conditions particulières à respecter ?)	17
♦ Une alliance se construit à travers diverses étapes	
<i>Ce que cela signifie pour le gestionnaire</i>	
♦ Se préparer à la mise en œuvre d'une alliance	
A. La démarche de mise en œuvre d'une alliance : une collaboration à scénariser	
B. Le contexte de la mise en œuvre d'une alliance : des conditions à respecter	
C. Les acteurs de la mise en œuvre d'une alliance : des rôles à clarifier	
D. Les conditions à créer dans la mise en œuvre d'une alliance : des capacités à développer	
<i>Ce que cela signifie pour le gestionnaire</i>	
CONCLUSION	23
ANNEXE 1: Commentaires sur l'évaluation des projets coopératifs.....	24
ANNEXE 2: La transformation des organisations : Un modèle de mise en œuvre	29
BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE.....	30



Introduction

En 1997, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a amorcé une démarche générale afin de moderniser les systèmes de gestion administrative et de livraison de service dans la région de Montréal-Centre. La Régie régionale a résumé ses orientations dans son *Plan de modernisation des infrastructures administratives et de soutien* soumis au MSSS en 1998. Le plan de modernisation traduit essentiellement l'intention de la Régie régionale d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des services administratifs et de soutien de la région afin de générer des économies significatives à réinsérer dans les services cliniques.¹

Afin d'explorer le potentiel de modernisation, la Régie régionale a amené certains établissements à mettre en place des projets de coopération inter-établissements (nommés communément «coopératives») sur une base territoriale². En effet, plusieurs projets coopératifs sont ainsi devenus les vecteurs d'initiatives nouvelles notamment en ce qui concerne les services tels que l'alimentation, la buanderie, l'entretien ménager, les installations matérielles et la paie. Pour chacun de ces services, des cibles provisoires d'économies sont déterminées (1998-2001)³.

Dès l'amorce des projets qui se sont déroulés au cours de l'année 1998-1999, la Régie régionale a statué sur l'importance d'effectuer une évaluation de l'expérience. L'évaluation a récemment été réalisée et les résultats ont été communiqués aux partenaires engagés dans ce processus de coopération⁴. Or, il est bien vite apparu à la Régie régionale que la réflexion devait être placée dans un contexte plus large, que l'état des connaissances devait servir de toile de fond à la lecture de ces résultats de l'évaluation.

L'objectif du document est de présenter l'état des connaissances sur les alliances dans le secteur de la santé et des services sociaux. La synthèse a été produite à partir des travaux menés par le Centre d'études en transformation des organisations de l'École des Hautes Études Commerciales de Montréal. Dans le cours de cet exercice plus d'une centaine d'écrits traitant des alliances dans le secteur de la santé et des services sociaux ont été consultés.

Ce document tente de répondre aux questions fondamentales exprimées généralement par les acteurs qui envisagent de s'engager dans une alliance : (1) Qu'est-ce que l'on entend par *alliance* ? (2) Quelles sont les raisons qui motivent les organisations à s'allier ? (3) Existe-t-il des formes de partenariat gagnantes ? (4) Y a-t-il des conditions particulières de mise en œuvre à respecter ? Par surcroît et de manière complémentaire, il établit des liens avec les apprentissages de la démarche d'évaluation de la Régie régionale sur les projets actuels de coopération. En définitive, il veut donc contribuer à la réflexion sur l'expérience récente des projets coopératifs et arrangements inter-établissements⁵ qui a constitué un élément important de l'évolution du paysage de la santé et des services sociaux dans la région de Montréal.

1. L'alliance stratégique : une formule à envisager ?

La fréquence de création des alliances ne cesse de croître depuis une quinzaine d'années, et ce dans tous les secteurs d'activité économique. En effet, selon le Harvard Business Review (Christianson *et al.*, 1995) le nombre d'alliance augmente de 25 % chaque année aux États-Unis seulement. Les enjeux entourant l'émergence des alliances sont complexes en raison des motivations et intérêts des partenaires ainsi que des conditions de l'environnement externe. Les écrits en stratégie considèrent l'émergence des alliances comme une manœuvre dont la finalité stratégique est d'adapter l'organisation à des menaces ou des opportunités réelles ou futures dans l'environnement.

Les raisons pour lesquelles les organisations établissent des partenariats gravitent généralement autour d'enjeux économiques. Or, même si les raisons de nature économique apparaissent dans les écrits comme la motivation première, on s'allie également pour des raisons politiques. Dans le secteur public l'intérêt de s'allier dépend plus souvent qu'autrement d'enjeux politico-bureaucratiques. En effet, le danger pour un établissement de perdre son accréditation ou sa capacité à manœuvrer dans l'environnement institutionnel peut être suffisant pour admettre l'idée d'un partenariat afin de légitimer ses activités et sa raison d'être.

Dans certains cas, l'alliance n'est pas tant un mécanisme d'ajustement qu'un partenariat proactif sans intention concurrentielle. Dans ce cas, les conditions de partenariat s'inscrivent dans des logiques institutionnelles indépendamment des pressions du marché. Par exemple, des partenaires pourraient considérer l'alliance tantôt comme vecteur de développement d'un système d'étalonnage (*benchmarking*), tantôt comme un moyen de gérer un projet d'amélioration continue et de développement de services dans un réseau d'institutions publiques, tantôt comme un projet pilote en gestion des ressources humaines. Dans le cas du plan de modernisation des infrastructures administratives et de soutien de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Montréal-Centre, il est tout à fait à propos de prétendre qu'il s'inscrit bien dans cette logique de partenariats et d'alliances institutionnelles.

Ainsi, l'alliance inter-établissements, en tant que mécanisme d'ajustement, peut prendre plusieurs formes selon les contextes et les intentions des partenaires, mais force est d'admettre qu'elle n'est pas toujours la formule structurante initialement souhaitée et privilégiée par les organisations. L'alliance est une alternative au statu quo. Elle est le fruit de compromis et de la convergence des intérêts des partenaires. Enfin, chaque alliance est un phénomène structurant à géométrie variable. La prochaine section tente ainsi de vulgariser le concept d'alliance dans ses diverses formes.



2. Qu'est-ce qu'une *alliance* ?

Tel qu'indiqué plus haut, l'alliance est un moyen pour atteindre une fin, la plus part du temps de nature stratégique. Seulement, ce concept mérite une plus vaste description. Parmi les nombreuses définitions sur les alliances, celle de Lewis (1995) illustre le mieux le concept et les enjeux immanents à l'émergence de l'alliance :

L'alliance émerge d'un besoin et d'une volonté mutuels de certaines organisations de partager des risques, des coûts, des expertises, des capacités et de profiter des avantages de l'interdépendance afin d'atteindre ensemble les mêmes objectifs.

Nombre d'auteurs (ex. : Zuckerman *et al.*, 1995; Christianson *et al.*, 1995) reconnaissent que l'alliance est essentiellement un moyen d'atteindre une fin donnée, un mécanisme d'ajustement aux changements de l'environnement. Ils notent que les établissements ne sont pas statiques. Face à un environnement complexe et en mutation, les dirigeants explorent divers moyens d'adapter les établissements. Plus précisément, ils tentent de les positionner de façon à réduire l'incertitude qui caractérise leur environnement et, ainsi, diminuer leur vulnérabilité. C'est surtout dans les cas où ils ne disposent pas à l'interne des ressources requises qu'ils ont tendance à développer des liens avec d'autres établissements en vue d'atteindre leurs objectifs.

Toutefois, on reconnaît en général que les alliances présentent un certain risque car, contrairement à d'autres stratégies de gestion, elles peuvent entraîner une diminution en termes d'autonomie de gestion. On choisira donc l'alliance en faisant particulièrement attention à son impact potentiel sur l'intégrité de la gestion de l'établissement.

Les alliances sont donc plus que des mécanismes d'ajustement à l'environnement, elles sont des phénomènes structurants en ce sens qu'elles portent en leur sein une mission, un projet, un système et une structure de gestion ainsi qu'un processus d'activité qui s'inscrivent dans une logique d'intégration.

L'alliance prend diverses formes selon le nombre de partenaires et la nature des liens qui les unis, selon l'objet et la durée du partenariat, et selon le type d'intégration visé. Ces multiples formes de partenariat ont toutes été explorées mais il existe peu d'études empiriques permettant de préciser les caractéristiques optimales à rechercher.

Ainsi, peu d'auteurs consultés mentionnent le nombre de partenaires optimal devant faire partie d'une alliance. De fait, il appert que le nombre de partenaires peut varier considérablement (Markham et Lomas, 1995). L'horizon temporel de l'alliance varie également substantiellement suivant l'alliance. Dans certains cas, l'alliance est temporaire (ex. : le transfert d'une unité de soins spécialisés d'un établissement à un autre) alors que dans d'autres, elle cristallise une nouvelle façon de faire, modifie la structure des établissements partenaires (ex. : la création d'un continuum de services, la décentralisation des prélèvements vers des CLSC).

◆ Les types d'alliance

Ces liens peuvent prendre la forme d'une simple entente de principe (*gentlemen agreement*) qui respecte totalement l'intégrité des partenaires ou, à l'extrême, entraîner la fusion d'établissements. En effet, comme le suggère le tableau suivant, on peut concevoir que les diverses formes d'alliances se distribuent sur un continuum allant, à un extrême, d'un partenariat caractérisé par des liens simplement relationnels jusqu'à, à l'autre extrême, d'un partenariat formalisé dans des liens structurels puissants. Entre ces deux pôles se situe l'alliance dont les liens sont formalisés par un contrat ou une entente (*contractual network*).

Ces trois points d'ancrage sur le continuum font ainsi référence à trois types distincts de coordination : la coordination par l'entremise de collaborations flexibles et non formalisées, par l'entremise de contrats et enfin, par une modification de la structure des établissements partenaires.

L'alliance *relationnelle* est essentiellement fondée sur la collaboration informelle entre les partenaires. Il peut s'agir, par exemple, de collaborations établies au fil du temps entre des intervenants œuvrant dans différents établissements ou organismes. Ces collaborations peuvent toucher la référence plus ou moins formalisée de clients dans une perspective de continuum de services, le partage de services ou d'expertise conseil, etc.

Quant à l'alliance *contractuelle*, elle a un caractère davantage formel. Elle sous-tend l'existence d'un contrat, d'une entente plus ou moins formalisée entre des partenaires. Ce contrat peut varier tant en ce qui concerne son objet, que son horizon temporel et la difficulté pour les partenaires d'y mettre fin. Il peut également se distinguer par le degré de coopération qu'il sous-tend, c'est-à-dire le nombre d'activités qui sont coordonnées (ex. : mise en commun et échange d'information, achats de groupes de services ou de produits, financement, projets de recherche). Les alliances ou ententes inter-établissements telles qu'envisagées par la Régie régionale tombent dans cette dernière catégorie.

Enfin, l'alliance *structurelle* se distingue par le fait qu'elle modifie les structures mêmes des établissements partenaires. L'alliance peut ainsi entraîner la fermeture ou la fusion de départements ou de services. Quelle que soit la forme de coordination retenue, il est important de retenir que, dans toute forme d'alliance, les frontières des établissements partenaires deviennent plus perméables. De là le risque perçu de ce type de formule de gestion.

À la lumière des écrits consultés, il appert qu'aux États-Unis, dans le milieu de la santé, ce sont les alliances contractuelles (les services partagés, les arrangements coopératifs et les contrats de gestion etc.) qui sont les plus fréquentes. En ce qui concerne les alliances dans l'univers des services sociaux, les alliances relationnelles sont aussi fort nombreuses. Toutefois, les *joint ventures* et les ententes de gestion centralisée de projet commun constituent des formules parmi les plus développées. Aux États-Unis, ce genre de partenariat prend surtout un caractère intersectoriel comme par exemple entre un organisme à but non lucratif, un établissement de santé et un établissement d'enseignement.

Tableau 1 : Le continuum des divers types d'alliance observés dans la documentation

Liens concurrentiels		Liens administratifs			Liens d'intégration de ressources et structures	
Liens institutionnels						
Intégration relationnelle		Intégration contractuelle			Intégration structurelle	
Formalisation du lien par le marché	Formalisation du lien par le membership	Formalisation du lien par le contrat			Formalisation par cession, assimilation, consolidation	
Concurrence sur le marché	Affiliation par association	<u>Services partagés et coopérations</u>	<u>Consortium joint venture</u>	<u>Contrats de gestion centralisée</u>	<u>Structure parapluie</u>	Fusion
	Regroupements d'hôpitaux, tables régionales	Entente de référence de patients, d'achats conjoints etc.	Projets de recherche clinique et développement technologique	Gestion centralisée de services soutien (buanderies, laboratoires, etc.)	Faculté de médecine U. de M. - CHUM	Hôpitaux, Centres d'accueil, etc.
<u>Formes d'alliances stratégiques</u>						
Autonomie parfaite		Interdépendance relative			Interdépendance totale	

Le tableau 1 illustre bien la diversité des types d'alliance que l'on retrouve dans la documentation et, partant, met bien en évidence la difficulté d'observer des règles génériques de gestion. Hormis la forme ou le type d'arrangement entre les parties à une alliance, l'objet même de l'alliance peut aussi en influencer la structuration.

♦ L'objet d'alliance

Les observations permettent d'identifier deux objets principaux d'alliance (*type d'activité touchés*) dans le secteur des soins de santé et des services sociaux : les services cliniques et les services administratifs et de soutien.

Le partenariat autour des activités cliniques peut être défini comme la coordination entre différentes fonctions, activités ou unités de soins. Dans ce cas, on parle d'intégrations cliniques. Quant au partenariat autour des activités fonctionnelles, elle désigne la coordination d'activités dites de soutien, telles la gestion des ressources financières, humaines, informationnelles ou encore, d'amélioration de la qualité (Miller, 1996 ; Gillies *et al.*, 1993). Dans ces cas, il s'agit d'intégrations fonctionnelles. Les projets de « coopératives de services » de la Régie régionale s'inscrivent essentiellement dans une logique d'intégration fonctionnelle.

L'objet de l'alliance est l'un des aspects importants puisqu'il soulève des enjeux majeurs dans la gestion des ressources matérielles et financières. En effet, dans le cas des intégrations d'activités cliniques, l'expérience prouve qu'elles soulèvent des enjeux politiques de taille. D'ailleurs les recherches menées sur les partenariats et les alliances dans le secteur de la santé et des services sociaux démontrent que les tentatives d'intégration des activités cliniques sont difficiles à réaliser et se soldent souvent par des échecs parce qu'elles affectent directement l'intégrité de la structure d'influence et de

pouvoir des acteurs (cliniciens et professionnels) qui œuvrent dans les services centraux (*core business*) des établissements.

Force est de constater que la documentation dans le secteur de la santé et des services sociaux s'intéresse peu aux questions entourant les arrangements inter-établissements dont l'objet n'a aucun impact sur le plan clinique. Les activités administratives et de soutien sont considérées comme étant périphériques.

La structure de l'alliance n'est pas seulement influencée par son objet ou la nature du regroupement, elle est aussi déterminée par son type d'intégration. Ce dernier caractérise la nature du processus d'activation ou de la prestation du service, qu'il soit fonctionnel (administration et soutien) ou clinique.

◆ Les types d'intégration

Dans les secteurs de la santé et des services sociaux on observe trois grandes tendances d'intégration dans les alliances : l'intégration verticale, horizontale et virtuelle :

- i. L'intégration verticale se définit comme la combinaison ou la coordination de fonctions, d'activités ou d'opérations qui correspondent à différents stades de production du service. Dans le contexte québécois, l'intégration verticale fait généralement référence à la création de continuums de services (ex. : les continuums des services de santé physique, aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux personnes ayant des déficiences physiques ou intellectuelles⁶).

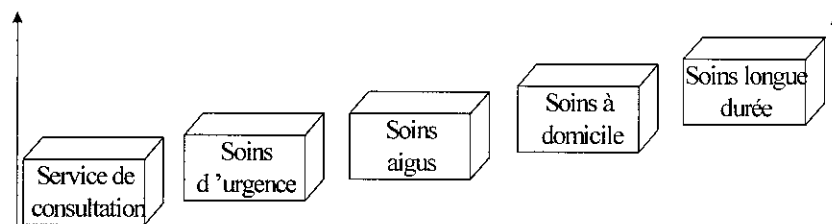


Figure 1 : Illustration d'intégration verticale

- ii. L'intégration horizontale quant à elle a pour but de coordonner des fonctions, des activités ou des opérations correspondant au même stade de livraison de services. On emploie de plus en plus fréquemment l'expression « services partagés » (*shared services*) qui peuvent toucher autant les services cliniques qu'administratifs et de soutien pour désigner cette forme d'intégration. Certains auteurs font ainsi référence à l'idée de mise en commun de ressources humaines, matérielles, informationnelles, etc.

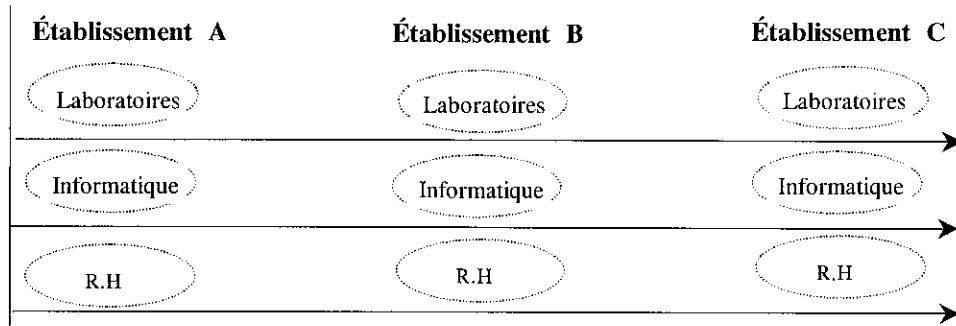


Figure 2 : Illustration d'intégration horizontale

- iii. Enfin, *l'intégration virtuelle* est un concept de plus en plus évoqué ces dernières années. L'alliance par intégration *virtuelle* implique la coordination de fonctions, d'activités ou d'opérations par la mise en œuvre en réseau des partenaires au processus de livraison de service. On observe que l'émergence des technologies de l'information et des communications (NTIC) favorise la création d'alliances qui reposent sur le partage de l'information. Il va de soi que l'information peut relever tant du domaine clinique (ex. : dossier du client) qu'administratif et de soutien (ex. : gestion de la paie).

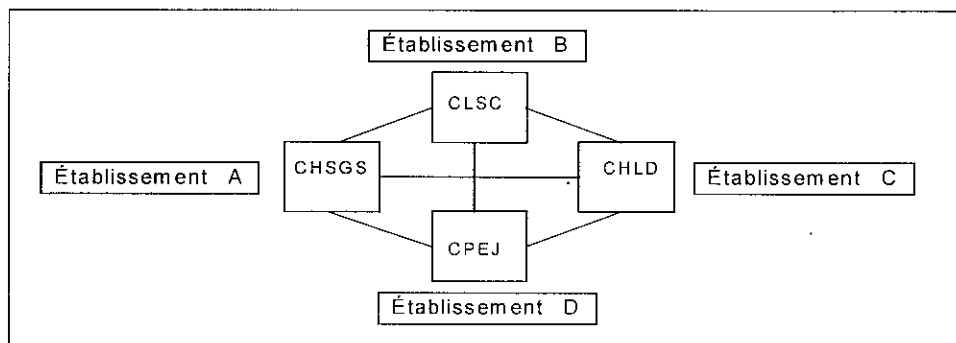


Figure 3 : Illustration d'intégration virtuelle

Dans le cas des projets coopératifs mis de l'avant par la Régie régionale, on constate qu'il s'agit d'une forme primaire d'alliance visant surtout l'économie de ressources par la mise en commun de services considérés non prioritaires à l'activité principale des établissements participants. De fait, il s'agit d'une forme d'alliance qui se prête bien à l'apprentissage de cette formule de gestion car les risques qui y sont associés sont normalement réduits. Toutefois, l'évaluation qu'en font les participants permettra, plus loin, d'en mesurer l'impact réel et d'explorer ce qui mérite d'être poursuivi dans cette expérience.

Pour le gestionnaire, le type ou la structure de l'alliance s'avère important car cela détermine, en définitive, la marge d'autonomie de gestion qu'il devra mettre en jeu pour s'assurer l'accès à des ressources jugées importantes dans le fonctionnement de son organisme. Cela fera généralement l'objet d'âpres négociations (et c'est d'ailleurs un aspect important des travaux actuels des projets coopératifs). Toutefois, il est prématuré de se préoccuper de ces questions tant qu'on n'a pas précisé pourquoi il importe de s'allier, ce que l'on cherche à atteindre comme résultat et ce qui est réaliste d'anticiper comme difficultés. Avant donc de regarder la forme optimale d'alliance à développer,

penchons-nous sur l'efficacité potentielle de la formule. La décision d'amorcer un partenariat sous-tend la prise en compte des avantages et inconvénients potentiels. La prochaine partie explorera ce qui se dégage, à l'heure actuelle, des raisons qui amènent les établissements du domaine de la santé à se tourner vers cette formule et des résultats réels qu'ils peuvent escompter.

3. Pourquoi s'allier ? (Est-ce que ça donne les résultats escomptés ?)

♦ Avantages et inconvénients anticipés

La revue de la documentation sur les alliances, spécifiquement dans le secteur de la santé et des services sociaux, montre que, en règle générale, les établissements qui considèrent le partenariat comme formule de gestion pour améliorer leur situation sont préoccupés par quatre aspects particuliers : (1) l'aspect économique ou financier, (2) l'impact sur la qualité des services, (3) les questions reliées aux ressources humaines et (4) l'amélioration de la gestion globale de l'organisation.

- i. Au niveau économique, les avantages anticipés sont fréquemment reliés aux économies d'échelle, à l'accroissement de la productivité et à une meilleure allocation des ressources. Ce sont d'ailleurs les préoccupations à caractère économique qui sont le plus fréquemment à l'origine des alliances. Toutefois, lorsqu'on explore ce type de formule, on est aussi souvent préoccupé par les coûts de mise en œuvre des stratégies, des structures et des systèmes de gestion. Il est clair que les alliances à fort degré d'intégration peuvent générer des coûts de transfert (intermédiation) importants. Qui plus est, les arrangements mis en place peuvent avoir des impacts négatifs pour la communauté en raison du déplacement du personnel clinique ou de l'élimination de certains emplois, surtout dans les services administratifs et de soutien et ces aspects préoccupent fort les gestionnaires au moment d'examiner cette formule.
- ii. Au point de vue de qualité des services, les avantages attendus énoncés des alliances concernent surtout la meilleure évaluation des besoins de la clientèle, l'amélioration des normes de pratiques, l'accès amélioré à certains services et la possibilité améliorée de conduire des activités de recherche et d'enseignement (Markham et Lomas, 1994). Dans bien des situations toutefois, on craint aussi une diminution potentielle de l'accès aux services, notamment à cause de longs délais d'attente associés à des volumes plus importants. On craint que cela soit perçu par la clientèle comme un indice de baisse dans la qualité des services. Qui plus est, les activités cliniques peuvent être perturbées à cause des chambardements structurels provoqués par l'alliance, comme par exemple la désarticulation de la ligne de référence patients-cliniciens de l'ancienne structure livraison de service.
- iii. Les alliances sont souvent perçues comme favorables à une amélioration en matière de gestion des ressources humaines, notamment pour le personnel plus compétent. La rétention du personnel qualifié et le développement professionnel sont des avantages souvent mentionnés dans la documentation. Toutefois, force est d'admettre que la gestion des ressources humaines peut être aussi le talon d'Achille des ententes inter-établissements. En effet, les gestionnaires appréhendent souvent une baisse du sentiment d'appartenance, une aggravation du stress dû à un accroissement des charges de travail, l'émergence de conflits internes et un taux de roulement plus élevé qu'à l'habitude chez le personnel cadre.
- iv. Enfin, en matière de direction et gestion de l'organisation, les gestionnaires anticipent généralement que l'alliance va leur conférer une plus grande légitimité d'action, qu'elle

va leur permettre une meilleure coordination des activités et un meilleur encadrement. Ils espèrent généralement que cela va se traduire par des processus plus fluides, par un meilleur partage des risques entre les partenaires et une plus grande normalisation des pratiques de gestion. Seulement, il appert que les alliances dans leur mise en œuvre peuvent aussi générer de l'insécurité et de l'incertitude surtout chez le personnel en situation de précarité professionnelle (Markham et Lomas, 1994). Dans le secteur de la santé, on appréhende souvent aussi l'accroissement de la bureaucratie surtout dans les alliances à intégration verticale.

La liste des avantages et inconvénients énoncés dans la documentation est importante et montre bien les préoccupations des gestionnaires à l'égard de cette formule. Toutefois, ce qui importe, c'est de vérifier jusqu'à quel point ces anticipations se matérialisent. Bien que la documentation sur ces questions ne soit pas abondante, la section suivante va présenter ce qui se dégage à l'heure actuelle.

◆ Résultats observés dans la documentation

Depuis une quinzaine d'années des études révèlent que les alliances ne répondent pas toutes aux attentes des partenaires. Selon le Boston Consulting Group, 40% des ententes régionales et 25% des partenariats nationaux échouent dans les trois ans de leur mise en œuvre.⁷ Quant aux succès relatifs, il appert que près de 50 % des alliances n'apportent pas les bénéfices escomptés durant leurs premières années d'existence. Devant ce palmarès peu reluisant, il importe de se pencher plus spécifiquement sur ce qui se dégage des études se rapportant aux partenariats du domaine de la santé et des services sociaux.

En fait, sur le plan purement économique, les résultats dégagés par la recherche sont souvent contradictoires. Ainsi, par exemple, des recherches américaines indiquent que loin de produire des économies, les alliances haussent fréquemment les coûts de production des services⁸ (Markham et Lomas, 1995). Pour leur part, des études canadiennes suggèrent l'existence d'un lien positif entre diverses formes d'alliances et une réduction des coûts (ex. : économies d'échelle, diminution des coûts d'opération, réduction des coûts de main-d'œuvre). Ces conclusions doivent toutefois être considérées avec la plus grande prudence du fait que les données qui les supportent sont généralement anecdotiques (Markham et Lomas, 1995).

D'autre part, il semble que les gains ne soient visibles qu'à moyen et long terme. D'ailleurs, il est plus réaliste de parler de contrôle des coûts plutôt que de véritables économies. En outre, les alliances dont les structures sont moins rigides offrent généralement de plus grandes capacités d'ajustement et génèrent moins de coûts structurels (coûts d'intégration et d'opération).

Sur le plan de la qualité des soins les recherches concluent généralement qu'elle est peu affectée. Certes, l'alliance peut permettre aux partenaires d'avoir accès à plus d'information, de développer des bases de données pertinentes, d'obtenir du soutien de collègues et de spécialistes dans le domaine et non moins important, de réaliser des économies relativement à la formation et au développement de matériel pédagogique (Kabacene et al., 1995). Quant à l'accès aux services, il est maintenu ou, dans les meilleurs cas, légèrement amélioré.

En ce qui concerne les effets sur la gestion des ressources humaines, il y a encore peu d'études empiriques de disponibles. Toutefois, il ne fait nul doute que la mise en œuvre des alliances génère des incertitudes et des insécurités, lesquelles engendrent à leur tour des situations d'anxiété fort bien documentées. Les malaises provoqués chez le personnel découlent aussi en partie du contexte de gestion général durant et après la mise en œuvre de l'alliance.

Sur le plan de la direction et la gestion, il appert que les alliances se caractérisent par une inflation bureaucratique. Cela est compréhensible puisque, plus souvent qu'autrement, les ententes inter-établissements intègrent des activités à caractère fonctionnel plutôt que des activités cliniques ou opérationnelles.

En dépit de ces constats un peu décevants, il ressort toutefois de façon soutenue que les alliances peuvent être une source importante d'innovations. Une étude américaine récente menée sur 388 établissements de santé, entre 1981 et 1990, démontre que les alliances inter-organisationnelles peuvent générer jusqu'à 25 % plus d'innovations comparativement aux établissements non intégrés dans des partenariats ou un réseau (Goes et Park, 1997). En outre, divers observateurs montrent que les établissements qui envisagent une alliance sont en quelque sorte forcés de se remettre en question et de clarifier leur mission et, éventuellement, en viennent à aligner leurs pratiques. Il est donc clair que le fait de s'allier favorise, somme toute, une amélioration de la gestion des établissements concernés.

♦ Il y a-t-il un modèle d'alliance plus performant qu'un autre ?

Il semble clair que les arrangements inter-établissements flexibles offrent une meilleure performance que les intégrations structurelles rigides (ex. : les fusions). Toutefois, en dépit des croyances populaires rien n'indique qu'un modèle d'alliance soit plus performant qu'un autre. Bien qu'il se dégage un consensus chez de nombreux auteurs sur le fait que les alliances stratégiques horizontales à faible degré d'intégration sont plus performantes du strict point de vue financier, il n'est pas possible d'arriver à une conclusion absolue dans ce sens, car les études empiriques pour le secteur de la santé et des services sociaux sont peu nombreuses et généralement peu étoffées sur le plan des dimensions et critères d'analyse. Ainsi, les études empiriques sur la performance des alliances sont peu concluantes en raison de la diversité des analyses et du choix des critères de performance. Paradoxalement, il n'existe pas suffisamment d'expériences comparables (types d'alliances, d'établissements et d'environnements comparables, horizon de temps suffisant). Qui plus est, dans certains cas, l'alliance modifie significativement la nature de l'établissement. Par conséquent, elle bouleverse le cadre d'évaluation traditionnel, basé sur l'établissement comme unité d'analyse.

En outre, les analyses disponibles ont été surtout réalisées aux États-Unis et la plus part du temps elles ne sont basées que sur des critères financiers. Ce genre d'analyse, parfois fort intéressant, n'est guère pertinent pour le secteur de la santé au Québec dans la mesure où les indicateurs de performance sont formulés sur des bases de calcul différentes et selon des critères propres au secteur privé.

Quant à l'horizon temporel, il apparaît important d'en tenir compte dans l'évaluation, d'où l'intérêt de procéder à des études longitudinales, notamment pour cerner les effets

pervers de certaines alliances. À l'heure actuelle, les études sur de longues périodes sont peu nombreuses et ne se basent que sur les données secondaires (statistiques officielles publiques). Ainsi, les conditions nécessaires pour procéder à la généralisation des observations font cruellement défaut.

Un autre fait important est que, malheureusement, la documentation scientifique et professionnelle dans le secteur de la santé et des services sociaux s'intéresse peu aux alliances ayant pour objet les services administratifs et de soutien car les enjeux qu'elles soulèvent n'intéressent souvent pas les chercheurs du milieu de la santé qui leurs préfèrent les activités cliniques. Dans ce contexte, l'exercice de réflexion de la Régie régionale concernant les résultats des projets de « coopératives » peut apporter un éclairage nouveau et complémentaire assez pertinent.

Enfin, il importe de tenir compte des différents impacts potentiels de l'alliance non seulement au niveau de l'établissement mais aussi au niveau régional (Dowling, 1995). En effet, une alliance peut permettre une diminution des coûts de livraison de services au niveau de l'établissement mais hausser significativement les coûts de coordination ou encore, engendrer de nouveaux coûts de fonctionnement (ex. : harmonisation des systèmes de gestion de l'information, formation des employés, etc.). Car, comme le soulignent certains auteurs, même si l'alliance permet de réaliser des économies, au-delà d'un certain seuil, ces économies risquent fort d'être annulées par les besoins de coordination et le développement de la bureaucratie (Robinson et Casalino, 1996).

Ce que cela signifie pour le gestionnaire

Ainsi, la décision de s'allier comporte des avantages et des inconvénients auxquels il est primordial de s'intéresser. De fait, il n'est pas inutile de songer à s'allier même si les résultats ne semblent pas particulièrement probants. De fait, il ressort que le processus de mise en œuvre d'un partenariat est souvent plus important que les résultats directs et observables. Dans le pire des cas, cela force l'établissement à évaluer les enjeux et les risques et à clarifier sa position concurrentielle et sa valeur potentielle aux yeux d'un partenaire. Un bon diagnostic organisationnel force une remise en question, une clarification de la mission et, éventuellement, un alignement des pratiques de gestion.

Toutefois, l'alliance n'est pas une solution miracle, notamment dans le secteur de la santé où les rapports de forces entre les cliniciens et non cliniciens structurent la partition du pouvoir. Pour l'ensemble des acteurs directement touchés par le partenariat inter-établissements, une des questions fondamentales devrait être de savoir comment l'alliance éventuelle touchera ce qui est central à la mission de l'établissement. Il n'est pas certain, en effet, que la décision de s'allier soit pertinente lorsqu'il est question d'améliorer des aspects de support à l'activité de l'établissement.

Enfin, l'expérience prouve que ce n'est pas tant l'alliance, en tant que projet, qui pose un problème, mais plutôt la manière par laquelle elle est initiée et mise en œuvre. Le succès d'une alliance, quelle qu'elle soit, relève davantage de la bonne gestion du changement et du choix judicieux des partenaires. Les prochaines sections éclairciront ces questions.



4. Avec qui s'allier ? (Y a-t-il des partenariats à succès ?)

L'analyse de la documentation, tout comme les observations, suggèrent que l'enjeu premier de toute alliance porte sur le choix du partenaire. De fait, tel qu'indiqué plus haut, l'adoption d'une telle formule présume trois constatations majeures : d'abord, qu'il y a **nécessité**, c'est-à-dire que l'établissement n'est pas en mesure de faire face seule à la pression de son environnement, ensuite, qu'il y a **possibilité**, qu'il existe un partenaire à la fois intéressé et capable de contribuer à l'amélioration visée et, enfin, qu'il y a **réciprocité**, que chaque partenaire peut apporter à l'autre quelque chose qu'il valorise. Comme un partenariat signifie une perte d'autonomie de gestion au profit d'une collaboration, il est clair que le choix du (ou des) partenaire(s) éventuel(s) est critique. Ce choix dépend de plusieurs conditions.

Comme dans toute forme d'alliance, d'entrée de jeu les partenaires doivent se sentir concernés et doivent pouvoir contribuer formellement à la mise en œuvre de l'alliance et en récolter les fruits. Si l'alliance ne représente pas un enjeu stratégique significatif, il y a fort à parier que les participants auront de la difficulté à consacrer les efforts requis pour la réaliser et l'animer. L'alliance est une aventure qui peut durer sur une assez longue période, c'est pourquoi la reconnaissance mutuelle joue beaucoup sur la légitimité du partenariat. D'ailleurs, l'alliance qui est imposée par une tierce partie est si peu fréquente que la documentation n'en fait guère mention.

De manière plus précise les conditions de partenariat doivent incarner les points suivants. Premièrement, les protagonistes doivent converger sur le plan des valeurs, des besoins, de l'objet de l'alliance et de la vision inhérente au projet d'alliance. Deuxièmement, ils doivent s'entendre, de manière non équivoque, sur leur niveau d'engagement et d'interdépendance ainsi que sur leurs attentes mutuelles. Troisièmement, ils doivent démontrer la volonté d'entreprendre un exercice d'introspection sur eux-mêmes et de faire preuve d'ouverture et de transparence. La confiance réciproque est une condition *sine qua non* au succès d'un partenariat. Quatrièmement, ils doivent être en mesure de trouver un mécanisme adéquat de gestion de conflit afin d'éviter de mettre en péril inutilement leur partenariat et l'intégrité même de leur organisation respective.

Bien que l'alliance doive incarner la bonne foi des parties, il n'en demeure pas moins que celles-ci ont des intérêts en jeu. C'est pour cette raison que les partenaires doivent connaître et comprendre les enjeux de l'alliance. En effet, il est fondamental, avant de s'allier, de se poser la question suivante : *l'alliance représente un intérêt pour qui ?* Autrement dit, cela revient à se questionner sur les enjeux pour les parties.

Ce que cela signifie pour le gestionnaire

Les alliances fonctionnent particulièrement bien lorsqu'elles sont des mécanismes complémentaires favorisant le développement des compétences premières (*core business activities*) des organisations. Elles sont une source d'amélioration et d'innovation non négligeable pour toute organisation qui se veut progressive. Envisager cette formule fait donc partie d'une démarche de positionnement stratégique qui est maintenant nécessaire

à toute organisation. Tout gestionnaire se doit d'être en mesure de préciser la contribution potentielle de son établissement et sa complémentarité à la livraison de service dans le réseau de santé auquel il participe. Ce rôle politique de représentant de son établissement au sein de réseau est maintenant incontournable. Autrement, il est clair que les instances régionales décideront seules de la répartition de l'effort individuel de chaque établissement, ce qui, en définitive, affectera l'autonomie de gestion et l'intégrité même de chaque organisation.



5. Comment s'allier ? (Y a-t-il des conditions particulières à respecter ?)

Certes, le succès d'une alliance est fortement tributaire des enjeux qui la légitiment et des partenaires qui y contribuent. Mais, au-delà de ces aspects stratégiques, il faut admettre que le succès d'un partenariat est également dépendant de la démarche de mise en œuvre qui est suivie pour la réaliser. La présente section s'intéresse justement à évaluer la progression actuelle des travaux relatifs aux projets coopératifs pour estimer dans quelle mesure la démarche suivie jusqu'ici est gage d'un succès éventuel.

Le Centre d'études en transformation des organisations œuvre depuis déjà quelques années à articuler un modèle permettant d'évaluer la mise en œuvre de transformations majeures (en annexe) au sein des organisations. À l'aide de ce modèle et de la revue de documentation sur les alliances, on explorera maintenant les divers aspects à prendre en compte dans la mise en œuvre d'un tel projet pour supporter les intentions stratégiques à l'origine des décisions d'alliance.

La mise en place d'une alliance implique une série d'étapes importantes. L'alliance influence non seulement la collaboration entre partenaires, elle peut changer aussi les modes de fonctionnement propre à chaque établissement partenaire et, en ce sens, nécessite une planification rigoureuse tant entre les établissements qu'au sein de chacun d'eux.

♦ Une alliance se construit à travers diverses étapes

En règle générale, on identifie trois phases fondamentales conduisant à la mise en place d'une alliance entre établissements : le déséquilibre, l'exploration et la mise en œuvre. Tout d'abord, la phase de **déséquilibre** se caractérise par la prise de conscience, au sein d'une organisation, que l'environnement subit des bouleversements porteurs de menaces ou d'opportunités et que l'on doit ajuster l'organisation à cette nouvelle réalité. Généralement, cette prise de conscience, à caractère stratégique, enclenche une quête quant aux moyens les plus efficaces pour y faire face. C'est à cette étape que l'on en vient à considérer le partenariat comme une option possible.

À mesure que l'alliance s'établit comme solution privilégiée, on entame alors l'**exploration** de cette solution, c'est-à-dire l'identification des partenaires possibles, la clarification des enjeux d'une telle décision, pour soi et pour l'autre, et l'amorce des négociations. Cette étape est primordiale car c'est là que les partenaires s'approprient mutuellement. Cette exploration permet à chaque partenaire d'étudier les valeurs et les systèmes de l'autre, de mesurer jusqu'à quel point la collaboration est réellement possible, de déterminer l'ampleur des compromis à faire pour atteindre les résultats escomptés.

Enfin, lorsqu'une entente est arrêtée entre des partenaires, on se préoccupe alors de la **mise en œuvre** formelle du projet de partenariat, c'est-à-dire l'établissement du scénario d'action devant amener chaque partenaire à collaborer pour rendre les services décidés. À cette étape, le projet prend un caractère opératoire. Les chargés de projets de chaque établissement articulent dans l'action les intentions stratégiques arrêtées antérieurement.

Ce que cela signifie pour le gestionnaire

La formule actuelle peut sembler rigide et contrôlante et, dans une certaine mesure, elle se prête mal à l'exploration de partenariat solide. Toutefois, la Régie régionale a indiqué son intention de favoriser cette formule de gestion et, par conséquent, d'assouplir les règles de mise en œuvre de ses alliances. En outre, il est clair que le système de santé est appelé à fonctionner de plus en plus en réseau où les établissements agiront en complémentarité les uns des autres. Il est à souhaiter que les gestionnaires avertis y voient une occasion de raffiner leur positionnement stratégique au sein du réseau et d'amorcer une concertation plus poussée avec des partenaires de leur choix. Si la Régie régionale est prête à supporter des initiatives en ce sens, l'alliance peut devenir une méthode intéressante de mise à niveau des pratiques de gestion.

♦ Se préparer à la mise en œuvre d'une alliance

La section précédente a permis de faire le point sur ce que nous apprend la documentation concernant la pertinence des alliances comme formules d'amélioration des services administratifs eu égard à l'état des travaux des projets coopératifs actuels. Certes, la mise en œuvre des « coopératives » n'en est qu'à ses débuts mais il peut s'avérer utile de mettre en lumière immédiatement les apprentissages de la documentation quant aux difficultés reliées à la mise en œuvre d'alliances.

Le Centre d'études en transformation des organisations œuvre depuis déjà quelques années à articuler un modèle permettant d'évaluer la mise en œuvre d'un changement d'envergure au sein d'une organisation (voir annexe 1). Ce modèle suggère que pour réussir un changement organisationnel d'une certaine envergure, il est essentiel de considérer (1) la démarche de transformation comme telle, (2) le contexte dans lequel se déroule le changement, (3) les principaux acteurs qui y sont impliqués, et enfin (4) les conditions que l'on cherche à mettre en place au sein de l'organisation. Appliqué aux alliances, ce modèle permet de porter un regard critique sur la situation actuelle au sein des projets coopératifs et sur la viabilité des actions entreprises. La documentation spécifique aux alliances sera interprétée ici en suivant les dimensions du modèle.

A. La démarche de mise en œuvre d'une alliance : une collaboration à scénariser

La mise en œuvre d'une alliance ne peut s'improviser ni être laissée à la seule intuition de quelques acteurs car elle nécessite une certaine rigueur de conduite et une transparence dans son déroulement. Compte tenu de ce que l'on apprend de la documentation sur ces questions, il est clair que toute mise en œuvre d'un changement d'envergure comme une alliance suit un scénario plus ou moins explicite qui traduit en quelque sorte le climat général dans lequel se déroule le changement. Quatre aspects de ce scénario semblent avoir un impact critique sur le succès éventuel de la mise en œuvre, notamment le plan d'action à suivre, l'encadrement à donner à cette action, les cibles à atteindre et le rythme à respecter dans le déroulement de l'action. Traitons brièvement de ces divers aspects.

Le **plan** d'action réfère à l'identification et à la séquence des activités de mise en œuvre de ce type de changement. Définir un tel plan, c'est préciser les étapes du changement et l'échéancier des actions qui vont contribuer au développement de la capacité à changer de l'organisation. C'est définir les mécanismes de partage de l'information, c'est prévoir les interfaces nécessaires pour maintenir une cohérence d'action à mesure que progresse le changement pour qu'aux yeux des acteurs, ce soit

autre chose qu'une simple improvisation. C'est aussi clarifier les points de décision et d'allocation de ressources.

L'**encadrement** du changement réfère au partage des rôles et responsabilités entre les acteurs impliqués dans la conduite du changement. À ce titre, il faut reconnaître que la mise en œuvre d'une alliance nécessite la coordination de trois niveaux d'intervention : les niveaux stratégique, fonctionnel et opératoire de l'organisation. À l'heure actuelle, dans les projets coopératifs, seulement les questions stratégiques ont été débattues. Il faut donc être bien conscient de tout le travail qui reste à faire.

Le **rythme** réfère à la cadence d'action à maintenir dans la mise en œuvre du changement. Les observations sur cette question portent souvent sur le concept de « fenêtre d'opportunité » pour décrire la période critique pour réaliser un changement. Il ressort généralement de ces observations que des changements trop rapides, qui n'ont pas le temps de se construire une légitimité, ou des changements trop lents qui s'étiolent et tardent à produire les résultats visés, ont des effets pernicioeux sur la mobilisation des acteurs même les mieux disposés face au projet.

Les **cibles** d'action réfèrent à la fois aux objectifs visés et aux résultats escomptés par le changement. Dans cette optique, il semble qu'une mise en œuvre réussie sera celle où les objectifs visés sont clairs et demeurent bien perceptibles tout au long de la démarche. En réalité, c'est rarement ce que l'on constate. Dans le bouleversement d'une transformation, la multiplicité des acteurs et des enjeux fait souvent en sorte que les objectifs de départ se perdent et que d'autres « agendas » émergent, créant alors une multiplicité de visées, souvent incompatibles.

Ces quatre aspects vont éclairer passablement l'attitude générale dans laquelle se fait la mise en œuvre du changement et vont déterminer, en définitive, le succès éventuel du changement amorcé. Même si, dans le cas des projets coopératifs, la mise en œuvre n'en est qu'à ses débuts, déjà plusieurs indices méritent d'être pris en compte.

B. Le contexte de la mise en œuvre d'une alliance : des conditions à respecter

On admet sans difficulté que toute démarche de changement est intimement liée au contexte dans lequel elle s'inscrit. Les alliances stratégiques ne sont pas différentes. Le modèle proposé identifie six variables contextuelles majeures, souvent considérées dans la documentation comme déterminantes de la capacité de changement d'une organisation. De fait, il s'agit, en quelque sorte, de bien saisir et d'utiliser les « forces propulsives », susceptibles de soutenir le changement et de contrôler les « forces restrictives », agissant comme frein au changement.

Une première condition à prendre en compte concerne la **complexité du changement** à réaliser. Appliquée à l'alliance, cela signifie que sa difficulté de mise en œuvre sera liée à la perturbation des équilibres internes qu'elle produit au sein du système où elle se déroule. Un changement radical est plus difficile à réaliser qu'un changement incrémental; un changement imposé perturbe davantage qu'un changement émergent.

Une seconde variable concerne la **légitimité du changement**. Dans le cas d'une alliance, cette légitimité réfère à la pertinence perçue eu égard à la performance de l'organisation. Les données sous ce rapport semblent montrer que tout changement

d'envergure va être perçu d'autant plus légitime qu'il permet d'améliorer des processus centraux (*core business*) de l'organisation et qui sont jugés critiques de son succès.

Une troisième variable concerne le niveau d'**inertie** dans lequel fonctionne l'organisation. Si une alliance émerge du besoin de s'ajuster à un environnement bouleversé, il devient important d'évaluer dans quelle mesure l'organisation est perméable à son environnement tout en sachant préserver ce qui constitue ses forces propres. Ce qui fait la force d'une organisation est aussi souvent ce qui constitue son inertie. Et les organisations ont d'autant plus de difficultés à se transformer que leur inertie est élevée, c'est-à-dire qu'à la fois leur structure et leur culture renforcent des modes traditionnels de fonctionnement.

Une autre variable jugée critique concerne la **disponibilité des ressources** pour soutenir la mise en œuvre de tout changement. Les observations à cet égard indiquent qu'il est irréaliste de songer à modifier le fonctionnement d'une organisation lorsqu'elle ne dispose pas des ressources nécessaires. Toute transformation nécessitera une part d'exploration, ce qui engendrera des coûts non prévisibles. Une vision sans moyens n'a pas de grande chance de se réaliser. Il faut beaucoup plus que la seule volonté des acteurs pour changer. Cela nécessite la mise en place de pratiques, d'outils, de modes de fonctionnement qui requièrent des investissements non négligeables.

Les deux dernières variables du modèle concernent l'analyse plus spécifique de l'environnement dans lequel tout changement prend place. L'une s'intéresse plus particulièrement aux **pressions de l'environnement** vers le changement. Ces pressions peuvent créer tout autant une force propulsive que restrictive au changement et la façon de les utiliser constitue un élément important du scénario à construire.

Il faut enfin reconnaître l'importance du **soutien des groupes intéressés**. Par groupes intéressés, on entend ici tout acteur social ayant une quelconque influence sur l'évolution. Comme toute organisation évolue dans un système social plus ou moins complexe, plus l'environnement externe légitime et soutient l'effort de transformation, plus cette dernière a des chances de réussir. Cet aspect devra donc être pris en cause dans l'élaboration d'une alliance.

C. Les acteurs de la mise en œuvre d'une alliance : des rôles à clarifier

Une alliance ne peut se concrétiser simplement par la présence de conditions favorables. Elle exige aussi que des acteurs convaincus acceptent de mettre en commun des ressources et s'investissent dans des activités parce qu'ils considèrent la création d'une alliance comme un objectif hautement désirable. Dans la mise en œuvre d'une alliance, il importe donc d'apporter une attention particulière à l'identification des personnes qui seront impliquées et aux rôles qu'elles seront appelées à jouer.

Le projet d'alliance doit être porté par des personnes qui l'incarnent et s'y identifient profondément, c'est-à-dire d'abord la **haute direction**, qui a pour rôle de légitimer le changement, de l'enraciner au sein du système qu'est l'organisation et enfin, d'arbitrer les choix difficiles. Ensuite, lorsqu'une alliance dépasse le stade de l'exploration, on en vient à définir de façon opérationnelle comment vont s'établir et s'articuler les liens entre les partenaires. Le choix des personnes à qui cette étape sera confiée est primordial. La véritable progression d'une alliance se fait dans le quotidien par des **porteurs** de dossiers

(« champions ») qui, aidées de leurs équipes, ont charge de rendre opératoire l'alliance. Enfin, il faut reconnaître que l'alliance transforme l'organisation et, sous ce rapport, il importe d'apporter une attention particulière aux **personnes touchées** par ce changement, aux personnes qui subissent le changement, qui risquent d'y résister. Dans cette optique, il importe d'anticiper les sources et la nature des résistances et d'évaluer leur impact sur la réalisation de l'alliance.

D. Les conditions à créer par la mise en œuvre d'une alliance : des capacités à développer

Réussir une alliance ne tient pas seulement à la mise en œuvre d'un projet de coopération entre établissements. Changer, c'est aussi améliorer la capacité de l'organisation à faire face à la turbulence de son environnement. C'est faire de chaque sous-système, et éventuellement de chaque acteur, un agent de changement qui non seulement comprend bien ce qu'on essaye de réaliser par cette alliance mais aussi soit en mesure d'y contribuer, de développer les capacités nécessaires. Pour se faire, la direction doit amener l'établissement à progresser à travers diverses conditions de façon à ce qu'elle puisse faire un succès de cette alliance.

Une première condition à développer concerne la clarté de l'**orientation** à prendre. Cela regroupe l'ensemble des activités permettant de préciser les raisons pour lesquelles il est important de développer des alliances. Ce processus doit permettre de documenter en quoi la situation actuelle est insatisfaisante et pourquoi il s'avère nécessaire d'engager une démarche d'alliance (légitimation du projet et partage d'information). Il revêt un caractère stratégique qui amène les acteurs à visualiser clairement l'objectif poursuivi.

Une seconde condition est dite de **sensibilisation**. Elle implique une démarche de mobilisation et de partage d'information. Elle regroupe l'ensemble des activités à mettre en œuvre pour favoriser une communication soutenue au sein de l'organisation, à la fois pour informer les personnes touchées et pour connaître les impacts anticipés. C'est au cours de ce processus que sont identifiés les porteurs de dossier aptes à traduire en action les choix stratégiques posés.

Une troisième condition, dite d'**habilitation** en est une d'appropriation et de responsabilisation face à l'alliance. Elle comprend l'ensemble des activités mises en œuvre pour mieux outiller les acteurs organisationnels et les supporter dans la réalisation du projet d'alliance. Ces activités peuvent toucher entre autres, la formation et le développement des compétences pour que les personnes soient en mesure d'assumer leurs nouveaux rôles. Afin d'habiliter les personnes, il faut offrir les ressources et l'encadrement pertinents et déléguer le pouvoir nécessaire. De plus, il faut se doter d'indicateurs clairs pour vérifier dans quelle mesure on progresse dans la mise en œuvre de la transformation.

Les conditions subséquentes à développer, conditions dites d'**intégration** et de **régénération** visent à accroître la cohérence et l'harmonisation des systèmes organisationnels et à améliorer la capacité de l'organisation à se renouveler. Elles désignent l'ensemble des activités mises en œuvre pour que l'organisation s'ajuste aux exigences nouvelles créées par le changement.

Ce que cela signifie pour le gestionnaire

Plusieurs ont déploré le fait que les partenariats actuels entre établissements ne soient pas reconnus. Toutefois, la Régie régionale prend conscience de l'importance que revêtent les expériences antérieures dans le développement d'une attitude positive envers un partenaire potentiel. Comme il ressort que des partenariats imposés par une tierce partie sont peu viables, il importe que les établissements n'attendent pas ce type de signal pour amorcer un travail d'exploration.

La présente section a montré qu'il est du rôle du gestionnaire d'explorer l'alliance stratégique comme une solution potentielle pour faire face aux bouleversements de son environnement. Même si elle est risquée, cette solution présente des avantages intéressants mais il faut apprendre à maîtriser la formule si on veut véritablement en tirer profit.

Pour le gestionnaire, cela signifie d'abord être en mesure de bien connaître le positionnement stratégique de son établissement afin de pouvoir préciser de quel type de partenariat il peut vraiment profiter. Cela signifie aussi d'exercer une vigie éclairée de sa « concurrence » afin de clarifier les contributions potentielles réciproques et d'amorcer des échanges avec d'éventuels partenaires. Mais, de fait, c'est à ce moment que le véritable travail commence.

Ce qui importe pour le gestionnaire, c'est de développer au sein de son organisation les capacités à opérationnaliser des partenariats. Cela signifie non seulement sensibiliser son organisation à ce qui se passe dans l'environnement pour la garder souple à des ajustements éventuels, mais encore identifier des ressources fiables et les habiliter à traduire en action les partenariats développés. Cela signifie aussi accroître la compétence et la polyvalence de ses gens mais aussi prévoir les façons de traiter adéquatement les « victimes » de tous changements organisationnels.

Toute alliance sérieuse ne peut être conduite que dans une planification rigoureuse où les rôles sont clairement répartis et les cibles bien en vue, où les ressources sont réallouées pour supporter ce qu'on cherche à devenir. En somme, le développement d'une alliance constitue en quelque sorte une occasion stratégique particulière pour faire évoluer son organisation vers une plus grande ouverture à son environnement.



Conclusion

Ce document présente l'ensemble des déterminants qui caractérisent les alliances. Il vulgarise certains concepts et décrit de manière assez large, les enjeux stratégiques, organisationnels et humains ainsi que les aspects importants liés à la réalisation d'une alliance dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Ainsi, à la lumière de l'ensemble de la documentation consultée, il appert que l'alliance constitue sans aucun doute un mécanisme d'ajustement pertinent pour les établissements du Réseau de la santé et des services sociaux. En effet, il y a tout lieu de constater que les alliances offrent des potentiels d'amélioration des infrastructures de gestion. Toutefois, les recherches empiriques et les cas rapportés dans la documentation démontrent que l'alliance inter-établissements, en tant que mécanisme de coordination et d'intégration, demeure un moyen et non une fin en soi. Force est de constater, par surcroît, que les recherches quant aux effets réels des alliances en sont à leurs débuts et ont des portées descriptives limitées aux contextes observés. C'est ainsi que l'évaluation des projets de « coopératives » demeure fort pertinente afin de comprendre l'expérience dans une perspective régionale unique.

En effet, plusieurs leçons ont été apprises suite à cette expérience. Par exemple, pour la Régie régionale, la légitimation d'un projet, quel qu'il soit, auprès des établissements est nécessairement lié à la conviction des établissements d'y gagner quelque chose, autrement la mobilisation sera minimale. Ainsi, la Régie régionale et les établissements doivent s'entendre sur des projets prioritaires et significatifs structurants ou restructurants qui n'invalident pas les compétences clés des parties. À la lumière des observations dégagées du présent document, il semble réaliste de croire que la Régie régionale a intérêt à garder son action en amont et en aval des activités des établissements et peut ainsi laisser carte blanche aux établissements qui ont des projets de modernisation soit sur une base autonome ou en partenariat. Dans ce contexte la Régie régionale peut prendre le rôle de facilitateur institutionnel. Ainsi, elle ne devrait pas agir nécessairement de manière unilatérale dans une logique systémique, mais plutôt agir bilatéralement dans une logique spécifique, cas par cas, si la situation l'impose. L'objectif est d'éviter des conflits de rôles et de garder une certaine flexibilité afin que les parties s'ajustent mutuellement.

Il est possible de mettre en valeur les projets qui ont porté fruit, et de repartir sur un nouveau souffle lorsque des potentiels de modernisations et de collaborations apparaissent viables. En effet, les partenariats en cours actuellement, dans le réseau de la santé et des services sociaux, constituent néanmoins des points des références d'apprentissage concrets qui peuvent servir de bases constructives pour l'avenir. En définitive, c'est dans le fait d'apprendre de ses expériences que l'on ressort grandi d'une difficulté. Il est donc à souhaiter que l'aspect le plus positif de l'expérience de création de « coopératives » soit justement cet apprentissage.



Annexe 1 : Commentaires sur l'évaluation des projets coopératifs

La présente annexe reprends brièvement quelques observations développées aux diverses parties de ce rapport en regard de l'évaluation des projets coopératifs commandée par la Régie régionale.

Pourquoi s'allier ? (Est-ce que ça donne les résultats escomptés ?)

L'évaluation de la Régie régionale révèle que les projets « coopératifs » visent les services fonctionnels et s'inscrivent dans une logique d'intégration horizontale. Les projets ne concernent pas les services cliniques, donc les activités de la mission centrale (*core business*) des établissements de santé et de services sociaux.

Les objectifs poursuivis par la Régie régionale semblent de divers ordres :

- *Il faut chercher des économies de l'ordre de 80M\$ dans la région, au niveau de la rationalisation des services de soutien;*
- *On veut favoriser des échanges entre les établissements, surtout au niveau d'un partage des expertises de chacun;*
- *Il est temps d'amorcer un mouvement d'entraide entre les établissements, en fonction de leurs masses critiques respectives, et ainsi de favoriser des regroupements naturels;*
- *La Régie régionale veut créer un climat de confiance entre les établissements, de nouvelles manières de travailler ensemble.*

Compte-tenu des divers résultats indiqués plus haut, il semble plausible de croire que les objectifs à caractère économique ne seront satisfaits qu'à moyen ou long terme seulement par une formule de partenariat coopératif. Toutefois, les objectifs visant la collaboration et le partage d'expertise semblent légitimes et militent, dans une certaine mesure, en faveur de la poursuite de l'expérience. Il convient peut-être d'en revoir les bases.

Notons aussi que les résultats de l'enquête sur les perceptions des gestionnaires d'établissements concernant les projets de « coopératives » semble avoir généré un certain scepticisme. On doute de la rentabilité économique mais on conçoit la valeur potentielle du partenariat pour mettre en commun les expertise et améliorer la qualité des pratiques. Une majorité des dirigeants rencontrés déplorent le manque de précision des cibles visées par la Régie régionale. L'évaluation révèle que les participants aux projets adoptent une position stratégique défensive alors que c'est totalement l'inverse qui est souhaité par la Régie régionale. En fait, il y a le chevauchement de deux logiques : l'impératif pour la Régie régionale de réaliser des économies et la volonté de celle-ci créer une solidarité et un mouvement d'entraide dans un contexte où la disponibilité des ressources est limitée. La bonne foi de certains partenaires n'atténue toutefois pas les doutes quant aux enjeux présumés de l'exercice.

Avec qui s'allier ? (Y a-t-il des partenariats à succès ?)

L'évaluation des projets de « coopératives de services » s'avère fort intéressante en ce qui concerne l'identification des partenaires potentiels. En premier lieu, il est important de constater que les enjeux des projets d'ententes inter-établissements sont d'abord de

niveau régional et de nature économique. Il semble que le discours de modernisation des services ne touche pas vraiment les établissements car, à leurs yeux, les projets de « coopérative » s'inscrivent dans un contexte de rationalisation des ressources. En fait, ces projets servent les intérêts du principal pourvoyeur de financement, la Régie régionale. C'est pourquoi, les établissements ne se sentent pas véritablement concernés et restent relativement défensifs face au discours de la Régie régionale, laissant à cette dernière le fardeau de la preuve de la valeur des partenariats. Aux yeux des responsables d'établissements, les projets de partenariat apparaissent conjoncturels et ne s'inscrivent pas dans leur stratégie de développement.

Qui plus est, le choix des partenaires potentiels s'est aussi effectué au niveau régional, à partir d'un critère (la territorialité) généralement peu important et incluant des partenaires fort inégaux relativement aux objets des alliances. Ainsi, la taille des coopératives et la contribution potentielle de chaque « partenaire » ne favorise pas beaucoup le développement de la formule. En outre, les projets de coopération ne portent que sur le partage de services administratifs et de soutien, ce qui ne favorise pas non plus la réciprocité entre partenaires. Enfin, le fait d'avoir publié au préalable la performance des établissements (selon l'approche des coûts unitaires de services) a engendré un sentiment d'iniquité. Certains établissements parmi les plus performants déplorent de devoir s'allier à des partenaires manifestement moins performants et perçoivent difficilement quel avantage ils peuvent tirer de ce lien. En ce sens, plusieurs établissements affirment que l'on devrait d'abord exiger des redressements marqués au sein de certains établissements avant d'imposer la création d'alliances.

La documentation et l'expérience démontrent que les alliances n'ont guère d'avenir prometteur lorsqu'elles sont des mécanismes substitués au développement interne des organisations. Si la Régie régionale veut favoriser le développement de partenariats sur son territoire, il semble préférable que son action se limite en amont et en aval des projets de partenariat. En d'autres termes, la Régie régionale peut indiquer clairement (en amont) aux établissements ses critères de financement des services et laisser aux établissements le soin de décider de la formule de gestion à favoriser (partenariat, impartition, sous-traitance, etc.). Par ailleurs, elle peut supporter (en aval) avec une vigueur plus spécifique des projets de partenariats qui permettent un transfert d'expertise souhaitable.

Comment s'allier ? (Y a-t-il des conditions particulières à respecter ?)

♦ **Une alliance se construit à travers diverses étapes**

Ce que l'on apprend de l'évaluation des projets de coopération est fort intéressant. Tout d'abord, il faut bien reconnaître que la phase de déséquilibre a pris ici un caractère bien particulier : la Régie régionale est à la fois la source de l'enjeu (c'est elle qui a identifié le besoin de « modernisation ») et du choix de la solution (c'est elle qui soutient la formule des « coopératives » de services). Certes, les établissements sont conscients de la rareté des ressources et des dangers potentiels que représente cette nouvelle réalité mais il y a un scepticisme important quant à l'urgence et à l'incontournabilité de la solution suggérée. En d'autres termes, le besoin de transformer les établissements pour faire face à une menace externe est perçu de façon fort différente selon les acteurs sondés. L'enjeu de la survie des établissements est peu présent dans le contexte qui nous intéresse.

En outre, en ce qui concerne la phase d'exploration, c'est encore une fois la Régie régionale qui a défini les bases de partenariats, voire même la méthode de négociation. Les établissements participent à une exploration selon un agenda et qui n'est pas le leur. Nombre d'établissements abordent les travaux des tables de travail dans une attitude de «*wait and see*» et viennent chercher de l'information plutôt que de contribuer à l'identification d'une solution.

Quant à la phase de mise en œuvre des alliances, l'état d'avancement des travaux ne permet pas, à l'heure actuelle, de se prononcer puisque le processus en est encore à ses débuts.

En définitive, il faut reconnaître que la mise en place des projets coopératifs ne prend pas véritablement des allures d'une démarche devant conduire à des alliances solides. On semble plutôt assister à une participation plus ou moins intéressée au développement d'une solution imposée par un tiers dont l'influence se mesure au contrôle qu'il exerce sur l'accès aux ressources. Certes, comme les projets coopératifs portent sur des activités administratives ou de soutien, ils ont un impact limité et indirect sur les activités de bases et sur la structure organisationnelle des établissements visés et, partant, sont moins stratégiques. Néanmoins, si la Régie régionale veut véritablement créer un engouement pour ce type de solution, elle doit indiquer ses intentions de supporter de façon particulière ce type de démarche mais laisser les établissements explorer des partenariats légitimes à leurs yeux. Elle doit, par la suite décider à la pièce si les projets soumis sont du genre de partenariat qu'elle veut supporter. Le modèle coopératif, dans sa forme actuelle, risque simplement de devenir une forme de contrôle plus ou moins direct sur les pratiques de gestion que l'on cherche à améliorer. Il ne se traduira pas par un véritable transfert d'apprentissage vers les établissements concernés.

♦ Se préparer à la mise en œuvre d'une alliance

La démarche de mise en œuvre d'une alliance : une collaboration à scénariser

Dans le cas qui nous concerne, l'action entreprise en rapport aux aspects notés plus haut semble indiquer clairement que l'on assiste plus à un positionnement stratégique des diverses parties pour diminuer l'impact négatif potentiel de la formule coopérative plutôt qu'à une véritable exploration, entre partenaires, d'une solution mutuellement avantageuse et qui consolide leur confiance et leur interdépendance mutuelle.

Ainsi, relativement au plan d'action suivi par les tables de travail, la composition même et la nature des travaux conduits par les tables ne contribuent pas beaucoup au succès des projets coopératifs. Ainsi, comme la Régie régionale a choisi elle-même les partenaires potentiels et a diffusé les coûts unitaires de service, plusieurs établissements sont entrés dans le processus en adoptant une posture défensive ou en faisant ressortir le peu d'intérêt que représentait, pour eux, la démarche entreprise.

Le rythme des travaux aux diverses tables de travail n'aide pas, lui non plus, à la crédibilité de la démarche. Sauf exceptions, après plus d'un an de travaux, la démarche n'est toujours qu'au niveau stratégique et n'a eu que peu d'impact au sein des établissements.

Concernant l'encadrement actuel des projets coopératifs, les travaux actuels n'ont qu'un caractère stratégique. Les rôles et responsabilités opératoires sont encore fort embryonnaires et on s'est limité à évaluer l'impact potentiel des coopératives sur le fonctionnement des établissements.

En regard des cibles à privilégier, il semble que les travaux des diverses tables se limitent à identifier les activités pouvant être objet de projets coopératifs mais peu de projets réels démarrent de fait. On se préoccupe plus de clarifier la structure et les systèmes d'éventuelles coopératives à mettre en place plutôt que d'expérimenter dans l'action des solutions réelles à de vrais problèmes. En outre, l'insatisfaction liée à la lenteur de progression des dossiers et aux décisions d'investissement du Ministère a été soulevée par des partenaires. Cette insatisfaction témoigne de l'importance de circonscrire dans le temps la mise en œuvre d'une alliance pour qu'elle s'inscrive éventuellement dans le fonctionnement régulier des établissements partenaires.

L'opération conjointe Régie régionale -MSSS de l'automne 1998 en a laissé plus d'un insatisfait. Les critères d'acceptation d'une première série de projets sont âprement critiqués (...) Les délais pour obtenir des réponses ont fait en sorte que plusieurs « coopératives » se sont mises sur la glace (Boisvert et d'Amours, 1999 : p. 22).

Or, il est clair que la confiance mutuelle et la collaboration d'éventuels partenaires ne se construisent pas sainement de cette façon. La démarche de mise en œuvre d'une alliance doit être plus souple et centrée sur la recherche de solutions opératoires à des problèmes ayant une envergure réaliste. On ne peut tout solutionner d'un seul coup. Il est clair, notamment, que les cibles à viser ont besoin d'être plus claires et les partenariats plus limités.

Le contexte de la mise en œuvre d'une alliance : des conditions à respecter

Concernant la complexité des projets coopératifs que l'on cherche à mettre en place, il est clair que leur viabilité est tributaire de leur utilité réelle. Il y a plus de chance qu'une alliance progresse si elle porte sur un objet restreint et facilement identifiable. Viser des projets de trop grande envergure ne peut en définitive que réduire leur chance de succès.

Quant à la légitimité des alliances envisagées, il faut reconnaître qu'on s'allie pour s'améliorer et on cherche donc un partenaire qui peut contribuer à améliorer sa performance. On s'associe rarement à un plus faible que soi, à moins qu'il ne dispose d'une ressource ou d'une expertise spécifique que l'on valorise. Dans le cas des projets coopératifs, il faut bien reconnaître que la publication des coûts unitaires de services a créé un froid important en rendant moins désirables certaines alliances potentielles. En outre, la compatibilité des établissements au plan des cultures ou du fonctionnement est aussi un facteur fréquemment mentionné comme frein à un partenariat.

La disponibilité des ressources a aussi été objet de préoccupations. Les pressions exercées par la Régie régionale portent davantage sur l'atteinte de résultats financiers à court terme. Cette pression peut être difficile à supporter dans la mesure où une alliance ne donne généralement pas des résultats favorables à court terme du strict point de vue financier.

Concernant l'environnement externe aux établissements, dans le cas des projets coopératifs, le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie régionale, les syndicats et associations potentiellement touchés sont autant d'acteurs dont les prises de position ont un impact fondamental sur le déroulement du projet. À cet égard, les décisions prises par le Ministère quant au financement des infrastructures ont eu des effets néfastes. Certains partenaires ont déploré le fait que leur participation à un projet de coopérative n'ait aucune incidence sur l'allocation des ressources du Ministère.

Les acteurs de la mise en œuvre d'une alliance : des rôles à clarifier

Dans le cas des projets coopératifs actuels, le choix des participants aux tables de travail et l'ouverture qu'ils ont manifestée témoignent de l'intérêt des objets en cause. Toutefois, il faut bien reconnaître que cette première phase ne concerne que les discussions stratégiques autour des projets d'alliances. Il faut reconnaître aussi que certains acteurs stratégiques ont adopté une position de repli et de surveillance de leurs intérêts qui risque de se traduire par des blocages significatifs dans la mise en œuvre.

Le passage à la mise en œuvre des projets constitue toutefois le véritable test de viabilité des partenariats. À ce stade, le climat d'ouverture et de transparence souhaité à l'étape d'exploration devient critique. Le choix des porteurs de dossiers, la définition de leur mandat et de leur marge de manœuvre, ainsi que la diffusion au sein de chaque établissement de l'importance accordée aux projets d'alliance deviennent aussi déterminants de leur succès éventuel.

En outre, comme il y a tout lieu de croire que ces projets coopératifs, centrés sur la modernisation des services administratifs et la réduction des coûts, vont faire des « victimes », il importe de se préoccuper sérieusement de ces questions.

Les conditions à créer par la mise en œuvre d'une alliance : des capacités à développer

Dans le cas des coopératives, la période d'orientation qui se complète présentement a été longue et ardue. Plusieurs partenaires aux tables de travail conservent toujours un certain scepticisme quant à l'utilité réelle de la formule choisie. Il a fallu un long moment avant que les principaux acteurs concernés acceptent la nécessité et la valeur du projet. En outre, cette phase d'orientation a été limitée aux tables de travail et a peu pénétré les établissements eux-mêmes. Sauf en de rares exceptions, les projets de coopératives sont peu connus au sein des établissements et peu de gens en comprennent la légitimité.

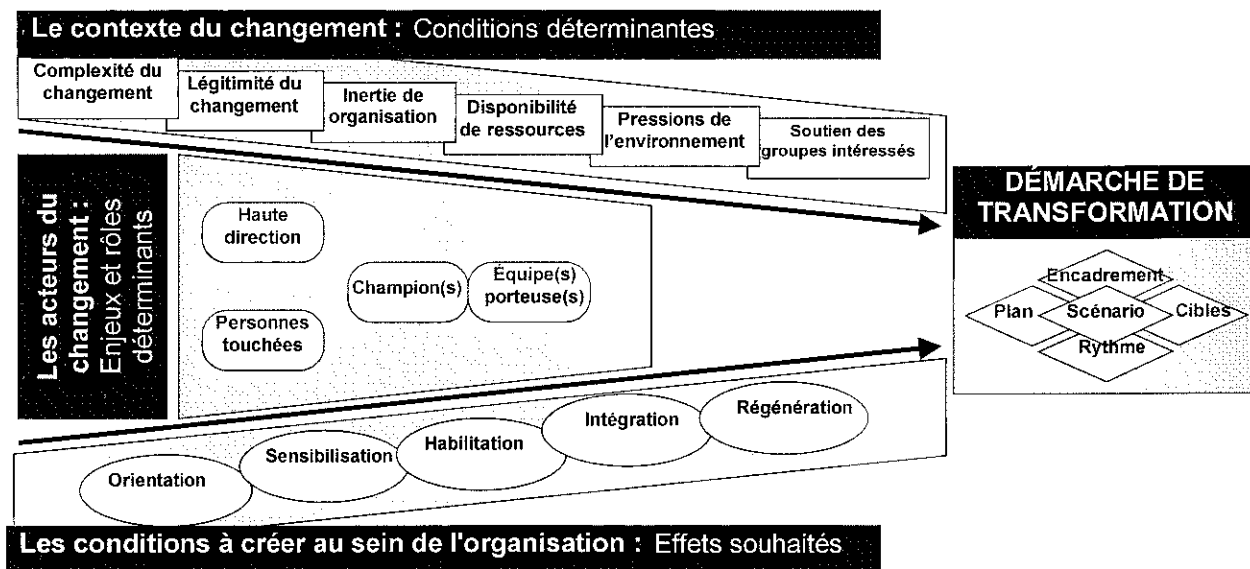
Les préoccupations de sensibilisation ont rarement été amorcées au sein des établissements visés par les projets coopératifs. Il reste donc encore beaucoup de travail à faire à cet égard. Les projets de coopération ont eu peu d'effets mobilisateurs à cause de la lenteur du processus. En fait c'est toute l'action de légitimation du changement qui a perdu son élan. En l'absence d'impulsion génératrice d'enthousiasme et de mobilisation, l'habilitation et la responsabilisation risquent d'être difficile à développer.

Les autres conditions sont aussi à enclencher. En définitive, on constate donc que la mise en œuvre des projets coopératifs n'en est qu'à ses premiers pas.



Annexe 2 :

LA TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS : Un modèle de mise en œuvre





Bibliographie sommaire

- ACKERMAN, K. (1992). « The movement Toward Vertical Integrated Regional Health Systems », *Health Care Management Review*, vol. 17, no. 3, p. 81-89.
- BARTLETT, Christopher A., et GHOSHAL, Sumantra. (1994). « Changing the role of top management : beyond strategy to purpose », *Harvard Business Review*, novembre-décembre, p. 86-96.
- BARTLETT, Christopher A., et GHOSHAL, Sumantra. (1995). « Changing the role of top management : beyond structure to process », *Harvard Business Review*, janvier-février, p. 79-88.
- BARTLETT, Christopher A., et GHOSHAL, Sumantra. (1995). « Changing the role of top management : beyond systems to people », *Harvard Business Review*, mai-juin, p.132-142.
- BOISVERT, Jean-Claude et d'AMOUR, Marie-France. (1999). « La modernisation des services administratifs dans la région de Montréal-Centre : une première évaluation du processus en cours », Le Réseau Conseil Interdisciplinaire du Québec (Deuxième version, le 29 mars 1999), Rapport à la RRSSS de Montréal-Centre, 49 p.
- CONRAD, Douglas A. et DOWLING, William L. (1990). « Vertical integration in health services : Theory and managerial implications », *Health Care Management Review*, vol. 15, no. 4, p. 9-22.
- CORRENTE, Lisa et HANKINS, Catherine B. (1995). « Joint venture service realignment : New opportunities but only a partial solution », vol. 13, no. 4, p. 11-14
- CHRISTIANSON, Jon, B. *et al.* (1995). « The structure of Strategic Alliances : Evidence from Rural Hospital Networks » in KALUZNY, Arnold, D., ZUCKERMAN, Howard, S., RICKETTS III, Thomas, C. et WALTON, Geoffrey, B. (1995), « Partners for the Dance », Health Administration Press, Ann Arbor, MI., p. 99-130.
- DAS, T. K. et al. (1998). « Between trust and control : Developing confidence in partner cooperation in alliances », vol. 23, no. 3, p. 419-512.
- DeFRANK, S. Richard et IVANCEVICH, M. John. (1999). « Stress on the job : An executive update », *Academy of Management Executive*, vol. 12, no. 3, p. 55-66.
- HAGE, Jerald, T. (1995). in KALUZNY, Arnold, D., ZUCKERMAN, Howard, S., RICKETTS III, Thomas, C. et WALTON, Geoffrey, B. (1995), « Partners for the Dance », Health Administration Press, Ann Arbor, MI., p. 192-198.

- EVAN, Kami et al. (1995). « Whole Systems Shared Governance. A Model for the Integrated Health System », *Journal of Nursing Administration*, vol. 25, no. 5, p. 18-27.
- FINDLEY, S. (1993). « How New Alliance are Changing Health Care », *Business and Health*, vol. 11, no. 12.
- GILLIES, R. et al. (1993). « Conceptual and Measuring Integration : Findings from health Systems Integration Study », *Hospital and Health Services Administration*, vol. 38, no. 4. P. 467.
- GOES, James B. et PARK, Seung Ho. (1997). « Interorganizational Links and Innovation : The Case of Hospital Services, *Academy of Management Journal*, vol. 40, no, p. 673-696.
- HARRIGAN, K. (1985) « Exit Barriers and Vertical Integration », *Academy of Management*, vol. 28, no. 3, p. 686-698.
- KABCENELL, Andrea, L. et al. (1995). « Lessons in Cooperation : Four Hospital Consortia Relate Their Quality Improvement Experiences », *Journal on Quality Improvement*, vol. 21, no. 11, (novembre), p. 579-592.
- KALUZNY, Arnold, D., ZUCKERMAN, Howard, S., RICKETTS III, Thomas, C. et WALTON, Geoffrey, B. (1995). « Partners for the Dance », Health Administration Press, Ann Arbor, MI, 237 p.
- LEWIS, James E. (1995). « How Big Should an Integrated Health Care Delivery System Be at an Academic Medical Center? », *Academic Medicine*, vol. 70, no. 7, juillet, p. 569-577.
- MARKHAM, Barbara et LOMAS, Jonathan. (1995). « Review of the multi-Hospital Arrangements Literature : Benefits, Disadvantages and Lessons for Implementation », *Healthcare Management Forum*, automne, vol. 8, no. 3, p. 24-35.
- MARKS, Mitchell, L. et MIRVIS, Philip H. (1998). « Joining Forces : Making One Plus One Equal Three in Mergers, Acquisitions, and Alliances », Jossey-Bass, San Francisco.
- MILLER, H. Robert. (1996). « Health System Integration : A Means to an End », *Health Affairs*, vol. 15, no. 2.
- PEREGRINE, Michael W. (1997). « Creative Alliances offer alternatives to corporate mergers », *Healthcare Financial Management*, vol. 51, no. 1.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTRÉAL-CENTRE. (1995). « L'organisation des services de santé et des

services sociaux sur l'île de Montréal : l'atteinte d'un nouvel équilibre », R.R.S.S.S, Gouvernement du Québec, juin 1995.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (1998). « Plan de modernisation des infrastructures administratives et de soutien : orientations régionales pour dépôt au M.S.S.S. le 30 novembre 1998 », R.R.S.S.S (Direction des immobilisations et finances), Gouvernement du Québec, novembre 1998.

ROBINSON, James C. et CASALINO, Lawrence P. (1996). « Vertical Integration and Organizational Networks in Health Care », *Health Affairs*, printemps, vol. 15, no. 1, p. 7-22.

RONDEAU, A. et LAUZON, N. (1997). *Les alliances dans le secteur de la santé et des services sociaux*, Centre d'études en transformation des organisations, École des Hautes Études Commerciales de Montréal, (Rapport à la RRSSS de Montréal-Centre).

SHORTELL, S. M. *et al.* (1994). « The New World of Managed Care : Creating Organized Delivery Systems », *Health Affairs*, vol. 38, no. 4.

SHORTELL, S. M. *et al.* (1996). *Remaking Health Care in America : Building Organized Delivery Systems*. San Francisco : Jossey-Bass.

WALSTON, Stephen L. *et al.* (1996). « Owned vertical integration and health care : Promise and performance », *Health Care Management Review*, hiver, vol. 21, no. 1, p. 83-92.

ZUCKERMAN, Howard et D'AUNNO, Thomas A. (1990). « Hospital alliances : Cooperative strategy in a competitive environment », *Health care Management Review*, vol. 15, no. 2, pp. 21-30.

Lectures recommandées :

GILLIES, R. *et al.* (1993). « Conceptual and Measuring Integration : Findings from health Systems Integration Study », *Hospital and Health Services Administration*, vol. 38, no. 4. P. 467.

GOES, James B. et PARK, Seung Ho. (1997). « Interorganizational Links and Innovation : The Case of Hospital Services, *Academy of Management Journal*, vol. 40, no, p. 673-696.

KALUZNY, Arnold, D., ZUCKERMAN, Howard, S., RICKETTS III, Thomas, C. et WALTON, Geoffrey, B. (1995). « Partners for the Dance », Health Administration Press, Ann Arbor, MI, 237 p.

- MARKHAM, Barbara et LOMAS, Jonathan. (1995). « Review of the multi-Hospital Arrangements Literature : Benefits, Disadvantages and Lessons for Implementation », *Healthcare Management Forum*, automne, vol. 8, no. 3, p. 24-35.
- SHORTELL, S. M. *et al.* (1994). « The New World of Managed Care : Creating Organized Delivery Systems », *Health Affairs*, vol. 38, no. 4.
- SHORTELL, S. M. *et al.* (1996). *Renaking Health Care in America : Building Organized Delivery Systems*. San Francisco : Jossey-Bass.

-
- ¹ Pour plus d'information, on peut consulter le document « Plan de modernisation des infrastructures administratives et de soutien : orientations régionales pour dépôt au M.S.S.S. le 30 novembre 1998 », Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction des immobilisations et finances, novembre 1998.
- ² Au total, 7 territoires étaient identifiés.
- ³ Ibid. Plan de modernisation des infrastructures administratives et de soutien : orientations régionales pour dépôt au M.S.S.S.
- ⁴ idem.
- ⁵ Les expressions alliances, arrangements et ententes interétablissements sont utilisées comme équivalents dans ce texte.
- ⁶ Tiré du document produit par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre intitulé « L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal : l'atteinte d'un nouvel équilibre » (Juin 1995).
- ⁷ Voir résumé dans *Les Affaires – Hors série*, « Stratégies pour l'an 2000, les 500 plus importantes entreprises », mars 1999, p. 145
- ⁸ Cela s'expliquerait notamment par la nature du système de financement de la santé et de remboursement des frais médicaux aux États-Unis.

