POLYPUBLIE
Polytechnique Montréal

POLYTECHNIQUE MONTRÉAL
UNIVERSITÉ D'INGÉNIERIE

Titre: Processus de réapprovisionnement dans le secteur hospitalier : collaboration et performance
Title:

Auteur: Véronique Nabelsi
Author:

Date: 2006

Type: Mémoire ou thèse / Dissertation or Thesis

Référence: Nabelsi, V. (2006). Processus de réapprovisionnement dans le secteur hospitalier : collaboration et performance [Thèse de doctorat, École Polytechnique de Montréal]. PolyPublie. https://publications.polymtl.ca/7779/
Citation:

Document en libre accès dans PolyPublie
Open Access document in PolyPublie

URL de PolyPublie: https://publications.polymtl.ca/7779/
PolyPublie URL:

Directeurs de recherche: Élisabeth Lefebvre, & Louis-André Lefebvre
Advisors:

Programme: Non spécifié
Program:

Ce fichier a été téléchargé à partir de PolyPublie, le dépôt institutionnel de Polytechnique Montréal
This file has been downloaded from PolyPublie, the institutional repository of Polytechnique Montréal

https://publications.polymtl.ca

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

PROCESSUS DE RÉAPPROVISIONNEMENT DANS LE SECTEUR HOSPITALIER : COLLABORATION ET PERFORMANCE

VÉRONIQUE NABELSI
DÉPARTEMENT DE MATHÉMATIQUES ET DE GÉNIE INDUSTRIEL
ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL

THÈSE PRÉSENTÉE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLÔME DE PHILOSOPHIAE DOCTOR (Ph.D.)
(GÉNIE INDUSTRIEL)
JANVIER 2007

©Véronique Nabelsi, 2007

Library and Archives Canada

Published Heritage Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et Archives Canada

Direction du Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence
ISBN: 978-0-494-24544-6
Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-24544-6

NOTICE:
The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:
L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

ÉCOLE POLYTECHNIQUE DE MONTRÉAL

Cette thèse intitulée :

PROCESSUS DE RÉAPPROVISIONNEMENT DANS LE SECTEUR HOSPITALIER : COLLABORATION ET PERFORMANCE

présentée par : Véronique Nabelsi
en vue de l'obtention du diplôme de : Philosophiae Doctor
a été dûment acceptée par le jury d'examen constitué de :

M. BOURGAULT, Mario, ing., Ph.D., président
Mme LEFEBVRE, Élisabeth, Ph.D., membre et directrice de recherche
M. LEFEBVRE, Louis-André, Ph.D., membre et codirecteur de recherche
M. PELLERIN, Robert, ing., Ph.D., membre
M. GAGNON, Yves-Chantal, Ph.D., membre externe

À Denyse et Normand

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse n'aurait pas été possible sans l'aide précieuse de certaines personnes que je souhaiterais remercier.

Tout d'abord, je tiens à souligner ma sincère reconnaissance envers Mme Élisabeth Lefebvre ma directrice et M. Louis-André Lefebvre mon codirecteur qui m'ont donné un encadrement tout au long de mon parcours doctoral.

- À Mme Élisabeth Lefebvre qui a su susciter mon intérêt et qui m'a démontré la valeur du dépassement.

- À M. Louis-André Lefebvre qui m'a permis de participer à plusieurs projets de recherche, qui m'a guidé et inspiré pour le sujet de ma thèse.

Je tiens également à les remercier pour leur implication et leur soutien. Leur exemple m'a largement inspiré à poursuivre une carrière en enseignement et en recherche.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers les autres membres de mon jury d'examen (M. Mario Bourgault, M. Yves-Chantal Gagnon, M. Robert Pellerin et M. Jean Paris) qui ont accepté de siéger sur le jury de cette thèse.

Je tiens également à remercier Carl St-Pierre, un ami que j'affectionne particulièrement, pour son aide inestimable en matière d'analyses statistiques, de sa disponibilité et de ses encouragements. Mes remerciements vont également à toute l'équipe du Centre ePoly de l'École Polytechnique de Montréal.

Je profite de cette opportunité pour remercier Jocelyne qui m'a aidé à donner la touche finale à cette thèse en révisant la qualité de la langue. Ensuite, j'aimerais remercier tous

les membres de ma famille et Richard pour leur appui. Enfin, je remercie mes parents, Denyse et Normand, pour leur soutien constant au cours de ce processus doctoral.

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, la collaboration devient de plus en plus nécessaire au bon fonctionnement des systèmes de santé à cause des pressions sur les coûts et sur la qualité des soins. En dépit d'importantes mesures de réformes mise en œuvre dans les hôpitaux, ceux-ci font face à de nombreuses difficultés en grande partie issue du contexte organisationnel propre aux hôpitaux. En effet, les hôpitaux sont considérés comme l'un des systèmes les plus complexes. Ce système qui reflète les traits d'une bureaucratie professionnelle est composé de multiples groupes de professionnels tout à fait distincts provenant de niveaux hiérarchiques et d'unités différents. Ainsi, la gestion n'y est pas un processus homogène; elle comprend plusieurs processus divergents les uns aux autres. De plus, ces groupes entretiennent des relations coopératives entre eux mais poursuivent des buts qui sont spécifiques à leur profession. Notons aussi que les hôpitaux évoluent dans un environnement complexe, dynamique et fortement institutionnalisé. Plusieurs intervenants reconnaissent que la collaboration est perçue comme une stratégie porteuse de solutions aux dysfonctionnements du système de santé. Cependant, les arrangements collaboratifs impliquent que les pratiques des groupes de professionnels changent et que les relations entre eux évoluent en même temps et de façon récurrente.

Plusieurs études empiriques réalisées dans le secteur de la santé ont démontré qu'une meilleure collaboration entre les groupes de professionnels ou entre les organisations a un impact positif sur leur performance mais cela n'est pas garanti. En revanche, aucune étude empirique ne s'est penchée jusqu'à présent sur le concept de collaboration et la notion de performance au niveau de la chaîne d'approvisionnement hospitalière. Cette thèse s'appuie sur les fondements théoriques de la littérature relative à la collaboration et à la performance organisationnelle. Plus spécifiquement, cette recherche identifie d'une part les indicateurs de performance de la fonction réapprovisionnement et, d'autre part étudie le lien entre les dimensions de la collaboration et les indicateurs de performance.

La stratégie méthodologique préconisée pour la présente thèse comprend deux phases distinctes mais complémentaires. La première phase correspond à l'étude sur le terrain dans trois hôpitaux et une corporation d'achats auprès des groupes de professionnels qui sont concernés par les activités de réapprovisionnement. Cette première phase aura permis d'identifier les activités de la fonction réapprovisionnement, les principaux groupes de professionnels impliqués dans cette fonction ainsi que leurs rôles et leurs responsabilités respectifs, les modes de réapprovisionnement utilisés dans les hôpitaux, de modéliser les processus, de repérer les processus reliés à SAP R/3 et finalement, de raffiner une liste d'indicateurs de performance appropriée. La deuxième phase de la stratégie de recherche a été menée sous forme d'enquête par questionnaire auprès de 163 répondants oeuvrant dans les quatre organisations. Les résultats issus de cette enquête supportent nos propositions de recherche. En effet, les analyses ont permis de dégager les convergences et les divergences entre les groupes de professionnels, puis d'évaluer la relation entre les dimensions de la collaboration et les dimensions de la performance et enfin, d'analyser l'effet modérateur de l'appartenance à chaque groupe.

La présente thèse apporte d'importantes contributions à la fois théoriques et pratiques. Sur le plan théorique, cette recherche confirme l'importance de la collaboration lors du réapprovisionnement en milieu hospitalier. Ensuite, cette recherche démontre que les groupes de professionnels privilégiant les mêmes indicateurs de performance ne leur accordent pas le même degré d'importance. Aussi, les résultats démontrent clairement l'effet important du niveau de collaboration sur la performance entre les groupes de professionnels. De plus, cette étude contribue à la littérature sur l'évaluation financière et non-financière des établissements publics de la santé lors du réapprovisionnement. Sur le plan pratique, les résultats de notre étude démontrent les dimensions perçues comme étant essentielles au développement et au maintien de toutes formes de collaboration. Enfin, la divulgation des indicateurs de performance privilégiés par les groupes de professionnels permettrait de déployer un système de gestion de la performance du réapprovisionnement plus adéquat.

ABSTRACT

Health care systems are confronted with critical issues mainly due to rising costs and demand for better quality of services. Collaboration between health care organizations and professional groups has been identified as a potential solution to deal with these issues. Historically, health care organizations have been implementing several reforms, but these organizations are facing major difficulties mainly due to the organizational context. In fact, health care organizations, more specifically hospitals, are considered as complex systems. These systems can be viewed as professional bureaucracies, which is characterized by the existence of different professional groups coming from multi-hierarchical levels and multi-services. The management of such systems is not a homogeneous undertaking because it is composed of divergent processes running simultaneously. These professional groups maintain cooperative relationships between themselves but are working towards a goal which is specific to their profession. Hospitals operate in a complex, dynamic and institutionalized environment. Implementation of collaborative environment is perceived by various professionals like a strategy carrying solutions for health care systems challenges, but implies that the practices of these professional groups and their relational activities change as well.

Several empirical studies related to health care sector have demonstrated that a greater collaboration between professional groups or organizations has a positive impact on their performance but that is not always the case. However, no empirical study has yet looked into the concepts of collaboration and performance at the level of supply chain in public health care organizations. Based on a review of the literature on collaboration and organizational performance, this thesis identifies, on one hand, a list of performance indicators of restocking activities and, on the other hand, studies the relationship between collaboration dimensions and performance indicators.

The research design encompasses both a qualitative and quantitative approach, which made possible the collection of two sets of empirical evidence. The first set of data was gathered through field research in three non-profit hospitals and one health group purchasing organization. At this stage, the multiple case study allowed us : to examine the restocking activities, the main professional groups involved, their respective roles and responsibilities, and the restocking modes used by hospitals. This first phase also allowed to modelize the processes connected to SAP R/3 and finally, to refine a list of performance indicators. The second set of empirical evidence was collected within four organizations from 163 respondents that are involved in restocking activities. The results from this second set of data support the research propositions. Statistical analyses have demonstrated some convergences and divergences between professional groups and, have confirmed the relationship between collaboration dimensions and performance indicators. This thesis also suggests that the strength of the relationship between collaboration and performance differs according to the professional groups.

This thesis has theoretical and applied contributions. Conceptually, the study confirms the importance of collaboration within public health organizations. Then, this research has demonstrated, in general, that the professional groups who are sharing some performance indicators do not confer to them the same level of importance. Results have also confirmed the positive impact of cooperative relationships on the performance between professional groups. From a practical point of view, the results of this study has demonstrated what are the essential dimensions that are needed to maintain and develop collaborative agreement. This thesis contributes to the literature related to the evaluation of the restocking activities within public health organizations by proposing a set of performance indicators and by assessing their relative importance and usefulness within and between professional groups. This may represent a starting point and a key element in the set-up of a performance arrangement system within a restocking environment.

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE iv
REMERCIEMENTS v
RÉSUMÉ vii
ABSTRACT ix
LISTE DES TABLEAUX xvi
LISTE DES FIGURES xxiii
LISTE DES ANNEXES xxv
INTRODUCTION 1
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE 4
1.1 CONTEXTE ACTUEL DES SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ 4
1.1.1 Croissance continue des dépenses en santé dans plusieurs pays de l'OCDE 5
1.1.2 Hausse des dépenses dans les provinces et les territoires 7
1.1.3 Baisse marquée des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires 7
1.1.4 Augmentation des dépenses nationales de santé par affectation de fonds 9
1.1.5 Vieillissement de la population 11
1.1.6 Dysfonctionnements dans les systèmes de santé 12
1.1.6.1 Transformations des systèmes de soins de santé publics 13
1.2 CONTEXTE ORGANISATIONNEL DES HÔPITAUX 16
1.2.1 Description de la bureaucratie professionnelle 19
1.2.2 Problèmes particuliers dans la structure de la bureaucratie professionnelle 27
1.2.2.1 Problèmes de coordination 27
1.2.2.2 Problèmes de contrôle 28
1.2.2.3 Problèmes d'innovation 28
1.2.2.4 Problèmes de coopération 29
1.2.3 Facteurs de contingence de la bureaucratie professionnelle 30
1.2.3.1 Âge et taille 30

1.2.3.2 Système technique 32
1.2.3.3 Pouvoir 33
1.3 ENVIRONNEMENT DES HÔPITAUX 34
1.3.1 Environnement complexe 34
1.3.2 Environnement dynamique 36
1.3.3 Environnement institutionnel 38
1.4 SOMMAIRE 39
CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE ET FONDEMENTS THÉORIQUES 40
2.1 CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ 40
2.1.1 Particularités de ce secteur 41
2.1.2 Contraintes et priorités de ce secteur 44
2.2 COLLABORATION 45
2.2.1 Motivations à collaborer 46
2.2.1.1 Acquérir des ressources et des compétences 46
2.2.1.2 Apprentissage 47
2.2.1.3 Réduire l'incertitude de l'environnement 48
2.2.1.4 Opportunité de croissance 48
2.2.1.5 Mandats 49
2.2.1.6 Recherche de pouvoir et de contrôle 50
2.2.2 Concepts de collaboration, de coordination et de coopération 51
2.2.2.1 Collaboration 52
2.2.2.2 Coordination 55
2.2.2.3 Coopération 57
2.2.3 Fondements théoriques explicatifs de la collaboration 59
2.2.3.1 Théorie des coûts de transaction 59
2.2.3.2 Théorie des échanges 60
2.2.3.3 Théorie de la dépendance des ressources 61
2.2.3.4 Théorie des systèmes ouverts 63

2.2.3.5 Théorie de la contingence 64
2.2.3.6 Théorie de l'écologie des populations 65
2.2.3.7 Théorie institutionnelle 67
2.2.4 Formes de collaboration 68
2.2.5 Dimensions de la collaboration 71
2.2.5.1 Communication 72
2.2.5.2 Confiance 73
2.2.5.3 Coordination 75
2.2.5.4 Échange des informations 75
2.2.5.5 Engagement 76
2.2.5.6 Interdépendance et dépendance 77
2.2.5.7 Satisfaction 79
2.2.5.8 Technique de résolution des conflits 79
2.3 COLLABORATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ 80
2.3.1 Formes de collaboration 80
2.3.2 Déterminants du succès de la collaboration dans le secteur de la santé 87
2.4 PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE 89
2.4.1 Concept de performance organisationnelle 90
2.4.2 Impact de la collaboration sur la performance dans le secteur de la santé 92
2.5 SOMMAIRE 99
CHAPITRE 3 : STRATÉGIES DE RECHERCHE 100
3.1 CADRE CONCEPTUEL GÉNÉRAL 100
3.2 STRATÉGIE GÉNÉRALE DE RECHERCHE 101
3.3 STRATÉGIES DE COLLECTE DES DONNÉES 106
3.3.1 Choix du milieu de recherche 107
3.3.2 Choix de la fonction 108
3.3.3 Choix des participants 108
3.3.4 Méthodes de collecte des données 109
3.3.4.1 Phase qualitative 111

3.3.4.2 Phase quantitative 115
3.3.5 Opérationnalisation des variables de recherche et justifications théoriques 118
3.3.5.1 Variables indépendantes 118
3.3.5.2 Variables dépendantes 123
3.3.5.3 Variables de contrôle 126
3.3.5.4 Variable modératrice 129
3.4 CADRE CONCEPTUEL ET PROPOSITIONS DE RECHERCHE 129
CHAPITRE 4 : ANALYSE DES RÉSULTATS QUALITATIFS
OBTENUS LORS DE LA PHASE I 132
4.1 PROFIL DES ORGANISATIONS ET DES PARTICIPANTS 132
4.2 DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DE RÉAPPROVISIONNEMENT 135
4.3 DESCRIPTION DES MODES DE RÉAPPROVISIONNEMENT 137
4.4 DESCRIPTION DES PROCESSUS DE RÉAPPROVISIONNEMENT 138
4.4.1 Vue personnel soignant 142
4.4.2 Vue service des approvisionnements 144
4.4.3 Vue corporation d'achats 155
4.5 VALIDATION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DE
RÉAPPROVISIONNEMENT 158
4.6 VALIDATION DES DIMENSIONS DE LA COLLABORATION 161
4.7 SOMMAIRE 162
CHAPITRE 5 : ANALYSE DES RÉSULTATS QUANTITATIFS
OBTENUS LORS DE LA PHASE II 164
5.1 FIABILITÉ DES MESURES 164
5.2 STATISTIQUES DESCRIPTIVES 166
5.2.1 L'échantillon 166
5.2.2 L'ensemble des variables de recherche 171
5.2.2.1 Variables indépendantes 172
5.2.2.2 Variables dépendantes 176

5.3 EFFET DE LA VARIABLE MODÉRATRICE ET DES VARIABLES DE CONTRÔLE 182
5.3.1 Effet de la variable modératrice 183
5.3.1.1 La vue 183
5.3.2 Effet des variables de contrôle 190
5.3.2.1 La taille de l'organisation 193
5.4 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE 198
5.4.1 Résultats du test de Kendall 198
5.4.2 Résultats des régressions multiples 203
5.4.2.1 Vue personnel soignant et vue service des approvisionnements 205
5.4.2.2 Vue service des approvisionnements et vue corporation d'achats 208
5.4.2.3 Vue personnel soignant et vue corporation d'achats 212
5.4.3 Résultats des effets de modération 217
5.4.3.1 Vue personnel soignant et vue service des approvisionnements 218
5.4.3.2 Vue service des approvisionnements et vue corporation d'achats 220
5.4.3.3 Vue personnel soignant et vue corporation d'achats 222
5.5 ANALYSE COMPLÉMENTAIRE 225
5.5.1 Analyse discriminante 226
5.5.2 Pouvoir discriminant des indicateurs de performance communs 227
5.5.3 Pouvoir discriminant des dimensions de la performance 231
CHAPITRE 6 : CONCLUSION 240
6.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS 240
6.1.1 Faits saillants de l'étude de terrain 240
6.1.2 Faits saillants de l'enquête par questionnaire 242
6.2 LIMITES ET CONTRAINTES 244
6.3 CONTRIBUTIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES 246
6.4 NOUVELLES PERSPECTIVES DE RECHERCHE 249
BIBLIOGRAPHIE 251
ANNEXES 323

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 : Structure et dynamique de la bureaucratie professionnelle 26
Tableau 2.1 : Priorités du service des approvisionnements des centres hospitaliers 44
Tableau 2.2 : Définitions des formes de collaboration 70
Tableau 3.1 : Méthodes de recherche employées dans le secteur de la santé 102
Tableau 3.2 : Opérationnalisation et justification théorique des variables retenues ... 118
Tableau 3.3 : Indicateurs de performance 123
Tableau 4.1 : Description des organisations 132
Tableau 4.2 : Description des points abordés en fonction de chaque vue 134
Tableau 4.3 : Nombre de participants pour chacun des points abordés en fonction de la vue..... 134
Tableau 4.4 : Définition des activités de réapprovisionnement 136
Tableau 4.5 : Ensemble d'indicateurs de performance 158
Tableau 5.1 : Répartition des répondants selon l'organisation 168
Tableau 5.2 : Répartition des répondants en fonction de la taille des hôpitaux 168
Tableau 5.3 : Répartition des vues en fonction du nombre d'années d'expérience au poste occupé 171
Tableau 5.4 : Analyse descriptive sur les dimensions de la collaboration pour la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements 173
Tableau 5.5 : Analyse descriptive sur les dimensions de la collaboration pour la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats 175
Tableau 5.6 : Indicateurs de performance en commun et variables de performance correspondantes 177
Tableau 5.7 : Indicateurs de performance communs entre les trois vues (n_1 = 163)... 177
Tableau 5.8 : Indicateurs de performance communs pour la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements (n_2 = 155) 178
Tableau 5.9 : Indicateurs de performance communs pour la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats (n_3 = 31) 179

Tableau 5.10 : Indicateurs de performance communs pour la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats (n_4 = 112) 180
Tableau 5.11 : Indicateurs de performance spécifiques à chaque vue et variables de performance correspondantes 180
Tableau 5.12 : Indicateurs de performance pour la vue service des approvisionnements (n_2 = 51) 181
Tableau 5.13 : Indicateurs de performance pour la vue corporation d'achats (n_3 = 8) . 182
Tableau 5.14 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par le PS et vice versa 184
Tableau 5.15 : Niveau de collaboration avec la CA tel que perçu par le SA et vice versa 185
Tableau 5.16 : Indicateurs de performance en commun entre le PS et le SA 187
Tableau 5.17 : Indicateurs de performance en commun entre le PS et la CA 188
Tableau 5.18 : Indicateurs de performance en commun entre le SA et la CA 189
Tableau 5.19 : Résumé de l'effet des variables de contrôle sur les variables indépendantes 191
Tableau 5.20 : Informations complémentaires présentées en annexe pour l'effet des trois variables de contrôle 192
Tableau 5.21 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par le PS selon la taille des hôpitaux 194
Tableau 5.22 : Niveau de collaboration avec le PS tel que perçu par le SA selon la taille des hôpitaux 195
Tableau 5.23 : Niveau de collaboration avec la CA tel que perçu par le SA selon la taille des hôpitaux 196
Tableau 5.24: Concordance entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements au niveau des dimensions de la collaboration 199
Tableau 5.25 : Concordance entre la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats au niveau des dimensions de la collaboration 200

Tableau 5.26 : Concordance entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements au niveau des dimensions de la performance 201
Tableau 5.27 : Concordance entre la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats au niveau des dimensions de la performance 202
Tableau 5.28 : Concordance entre la vue personnel soignant et la vue corporation des achats au niveau des dimensions de la performance 203
Tableau 5.29 : Coefficients bêtas standardisés pour les six indicateurs de performance communs entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements 206
Tableau 5.30 : Résultats des régressions multiples de type stepwise pour les indicateurs communs entre la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats 210
Tableau 5.31 : Coefficients bêtas standardisés pour les trois indicateurs de performance communs entre la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats 214
Tableau 5.32 : Correspondances des informations supplémentaires présentées à l'annexe C pour la proposition de recherche P2 216
Tableau 5.33 : Effets de modération pour le personnel soignant et le service des approvisionnements 218
Tableau 5.34 : Effets de modération pour le service des approvisionnements et la corporation d'achats 221
Tableau 5.35 : Effets de modération pour le service des approvisionnements et la corporation d'achats 223
Tableau 5.36 : Correspondances des informations complémentaires présentées à l'annexe D pour la proposition de recherche P3 225
Tableau 5.37 : Résultats de l'analyse discriminante (méthode directe) pour les indicateurs de performance communs de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2 = 51) 228

Tableau 5.38 : Résultats de l'analyse discriminante (méthode stepwise) pour les indicateurs de performance communs de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2 = 51) 230
Tableau 5.39 : Résultats de l'analyse discriminante (méthode directe) pour les dimensions de la performance de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2 = 51) 232
Tableau 5.40 : Résultats de l'analyse discriminante (méthode stepwise) pour les dimensions de la performance de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2 = 51) 233
Tableau 5.41 : Résultats des régressions (méthode stepwise) pour la dimension flexibilité de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2= 51)..... 235
Tableau 5.42 : Résultats des régressions (méthode stepwise) pour la dimension coût de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2 = 51)..... 237
Tableau B.1 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par le PS selon les trois hôpitaux 329
Tableau B.2 : Niveau de collaboration avec le PS tel que perçu par le SA selon les trois hôpitaux 330
Tableau B.3 : Niveau de collaboration avec la CA tel que perçu par le SA selon les trois hôpitaux 331
Tableau B.4 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par la CA selon la corporation d'achats 332
Tableau B.5 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par le PS selon les champs professionnels des répondants 334
Tableau B.6 : Niveau de collaboration avec le PS tel que perçu par le SA selon les champs professionnels des répondants 335
Tableau B.7 : Niveau de collaboration avec la CA tel que perçu par le SA selon les champs professionnels des répondants 337

Tableau B.8 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par la CA selon les champs professionnels des répondants 338
Tableau B.9 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par le PS selon le niveau d'expérience des répondants 340
Tableau B.10 : Niveau de collaboration avec le PS tel que perçu par le SA selon le niveau d'expérience des répondants 341
Tableau B.11 : Niveau de collaboration avec la CA tel que perçu par le SA selon le niveau d'expérience des répondants 342
Tableau B.12 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par la CA selon le niveau d'expérience des répondants 343
Tableau C.1 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour FIAB1 (régression multiple hiérarchique) 344
Tableau C.2 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour FIAB2 (régression multiple hiérarchique) 346
Tableau C.3 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour DISP1 (régression multiple hiérarchique) 347
Tableau C.4 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour FB4 (régression multiple hiérarchique) 348
Tableau C.5 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour FB8 (régression multiple hiérarchique) 349
Tableau C.6 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour FX1 (régression multiple hiérarchique) 351
Tableau C.7 : Résultats de la régression multiple hiérarchique pour FX2 (régresion multiple hiérarchique) 352
Tableau C.8 : Résultats de la régression multiple hiérarchique pour QUAL1 (régresion multiple hiérarchique) 353
Tableau C.9 : Résultats de la régression multiple hiérarchique pour S1 (régression multiple hiérarchique) 354

Tableau D.1 : Fournitures aux bons endroits et emplacements (FIAB1) 359
Tableau D.2 : Conformité au niveau de la livraison des fournitures (FIAB2) 360
Tableau D.3 : Disponibilité des fournitures (DISP1) 360
Tableau D.4 : Qualité des fournitures (QUAL1) 361
Tableau D.5 : % des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres (FB4) 361
Tableau D.6 : Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit (FB8) 362
Tableau D.7 : Accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres (FX1) 362
Tableau D.8 : Temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres (T4) 363
Tableau D.9 : % demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres non traités et sans erreur (FIAB5) 367
Tableau D.10 : Fournisseurs rencontrant les conditions de service (FIAB3) 367
Tableau D.11 : Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit (FB8)..... 368
Tableau D.12 : Épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé (COÛT1) 368
Tableau D.13 : Économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés (C1) 369
Tableau D.14 : Nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier (QT1) 369
Tableau D.15 : Délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres lors du processus de renégociation (TEMPS2) 370
Tableau D.16 : Nombre total de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités (QUANT1) 370
Tableau D.17: Qualité des fournitures (QUAL1) 371
Tableau D.18 : Temps de réponse du service des approvisionnements (FX2) 373
Tableau D.19 : Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit (FB8)..... 373

Tableau D.20 : Satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement (S1) 374
Tableau D.21 : Qualité des fournitures (QUAL1) 374

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 : Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB pour l'année 2003 ... 6

Figure 1.2 : Baisse des transferts fédéraux en santé et croissance dépenses de santé des provinces et des territoires ... 8

Figure 1.3 : Total des dépenses publiques et privées par affectation de fonds ... 9

Figure 1.4 : Bureaucratie professionnelle ... 20

Figure 3.1 : Cadre conceptuel général ... 101

Figure 3.2 : Questions de recherche rattachées aux différentes phases ... 106

Figure 3.3 : Propositions de recherche ... 130

Figure 4.1 : Processus général de réapprovisionnement ... 135

Figure 4.2 : Vues de la maison d'ARIS ... 139

Figure 4.3 : Légende ... 141

Figure 4.4 : Hôpital A – Vue personnel soignant ... 142

Figure 4.5 : Hôpitaux B et C - Vue personnel soignant ... 143

Figure 4.6 : Hôpital A - Magasin ... 145

Figure 4.7 : Hôpitaux B et C - Magasin ... 146

Figure 4.8 : Hôpital A – Produits codés ... 148

Figure 4.9 : Hôpitaux B et C – Produits codés ... 149

Figure 4.10 : Hôpital A – Produits non codés ... 151

Figure 4.11 : Hôpitaux B et C – Produits non codés ... 152

Figure 4.12 : Hôpitaux A, B et C – Produits d'immobilisations ... 154

Figure 4.13 : Corporation d'achats ... 156

Figure 4.14 : Indicateurs de performance communs entre les vues, entre deux vues regroupées, puis pour chaque vue ... 160

Figure 5.1 : Variables de recherche et fiabilité interne des construits ... 165

Figure 5.2 : Répartition des répondants par vue ... 167

Figure 5.3 : Répartition des répondants en fonction des champs professionnels ... 169

Figure 5.4 : Répartition des répondants des trois vues selon le nombre moyen d'années d'expérience ... 170

Figure 5.5 : Liens de collaboration entre les vues 172
Figure 5.6 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration : valeurs de ΔR^2 pour les indicateurs de performance communs entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements 205
Figure 5.7 : Valeurs de ΔR^2 pour les indicateurs de performance communs entre la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats 209
Figure 5.8 : Valeurs de ΔR^2 pour les indicateurs de performance communs entre la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats 213

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A : DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ET LES INDICATEURS DE PERFORMANCE RATTACHÉS À CHACUNE DE CES DIMENSIONS 324
ANNEXE B : EFFET DES AUTRES VARIABLES DE CONTRÔLE 328
ANNEXE C : AUTRES RÉSULTATS SUR LES RÉGRESSIONS MULTIPLES 344
ANNEXE D : RÉSULTATS DES EFFETS DE MODÉRATION 356
ANNEXE E : GUIDE D'ENTREVUE 375
ANNEXE F : QUESTIONNAIRES 377
ANNEXE G : FICHES INDICATEURS 395

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, plusieurs systèmes de santé des pays développés sont à la recherche d'arrangements organisationnels permettant à leur système d'être mieux adapté aux diverses réalités économiques, sociodémographiques et technologiques. Aujourd'hui, l'intégration des services est au cœur de plusieurs réformes et de politiques de santé et est souvent perçue comme l'une des principales voies de solutions aux dysfonctionnements des systèmes de santé. Ces restructurations avaient pour objectif d'adapter les modalités de distribution des soins et services à ces impératifs tout en améliorant leur efficience.

De nombreuses études montrent que les décideurs ont manifesté peu d'intérêt à la gestion des activités d'approvisionnement hospitalière. Pourtant, la maîtrise de ces activités et, plus particulièrement, celles de réapprovisionnement peut permettre de réduire les coûts tout en soutenant efficacement l'offre des soins. Dans ce contexte, le développement de la collaboration et le déploiement d'un système adéquat de la gestion de la performance s'imposent au cœur de la démarche d'amélioration de l'efficience des établissements de santé. Mais, pour contribuer à leur efficience, les acteurs impliqués dans les activités de réapprovisionnement doivent disposer d'un portrait adéquat de sa performance. De plus, le développement de relations coopératives entre individus, groupes et organisations est un processus complexe car il requiert la collaboration d'acteurs situés à différents niveaux du système. À cet effet, les relations d'échanges peuvent être initiées pour plusieurs motifs, prendre différentes formes et avoir divers mécanismes afin d'atteindre les objectifs de coopération. Ainsi, les concepts les plus souvent mentionnés lorsqu'ils font référence à la collaboration sont notamment la confiance, l'engagement, les échanges d'informations et la communication. Ces déterminants interactionnels ont fréquemment été considérés comme des ingrédients fondamentaux au succès de toute démarche coopérative. À ce jour, nous connaissons

peu la relation qui existe entre l'établissement de ces échanges et de la performance au niveau du réapprovisionnement hospitalier.

La présente thèse comporte quatre objectifs. Le premier vise à tracer un portrait précis, exhaustif et multidimensionnel du réapprovisionnement hospitalier dans quatre organisations qui utilisent SAP R/3. Le second consiste à démontrer que les dimensions de la collaboration ainsi que les dimensions de la performance ne sont pas perçues de façon identique selon les groupes de professionnels impliqués dans le cycle de réapprovisionnement. Le troisième observe l'influence relative des dimensions de la collaboration et de la taille sur les indicateurs de performance en commun entre les groupes de professionnels. Enfin, le quatrième objectif évalue l'alignement entre les différents groupes de professionnels.

Cette thèse comprend six chapitres. Le premier chapitre est structuré en trois parties : la première partie présente le contexte actuel des systèmes de soins de santé en relevant les grands enjeux auxquels ils sont confrontés et les défis qu'ils sous-tendent. La deuxième partie décrit le contexte organisationnel des hôpitaux en abordant les caractéristiques spécifiques de la bureaucratie professionnelle tandis que la troisième partie évoque les caractéristiques de leur environnement.

Le deuxième chapitre présente la problématique spécifique et les fondements théoriques. Ce chapitre débute par une description de la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé. Une revue de littérature de la notion de collaboration est ensuite présentée. Nous enchaînons en ramenant l'analyse au contexte spécifique du secteur de la santé. Enfin, nous terminons par la présentation du concept de performance organisationnelle. Cette description sera une occasion de discuter de l'effet de la collaboration sur la performance des établissements de la santé.

Le troisième chapitre introduit le cadre conceptuel général, puis décrit les objectifs et les questions de recherche. Ensuite, on y justifie les concepts retenus de même que les choix méthodologiques. Enfin, on y présente le cadre conceptuel détaillé et les propositions de recherche à vérifier.

Le quatrième chapitre est consacré aux résultats qualitatifs de l'étude des cas réalisée auprès des professionnels de la santé concernés par les activités de réapprovisionnement. La description des activités liées au cycle de réapprovisionnement est d'abord présentée. Ensuite, on y décrit sommairement les différents modes de réapprovisionnement utilisés dans les hôpitaux. Nous effectuons une analyse comparative des processus relatifs au réapprovisionnement, en modélisant les flux. Finalement, nous identifions et validons les indicateurs de performance privilégiés par les groupes de professionnels ainsi que les dimensions qui sous-tendent la collaboration.

Le cinquième chapitre se concentre sur les résultats quantitatifs de l'enquête réalisée auprès de 163 répondants oeuvrant dans trois hôpitaux et dans une corporation d'achats. La fiabilité des mesures et les statistiques descriptives des variables de recherche sont d'abord présentées. Ensuite, différentes analyses sont réalisées afin d'identifier les déterminants (variable modératrice et variables de contrôle) ayant le plus d'effet sur nos variables de recherche. Nous exposons par la suite les résultats des analyses qui ont été réalisées dans le but de tester les propositions de recherche énoncées au chapitre 3. Enfin, ce chapitre comprend une analyse complémentaire qui tente de vérifier si les groupes de professionnels présentent des caractéristiques distinctives concernant l'importance que revêt pour eux les indicateurs de performance communs ainsi que les dimensions de la performance.

Finalement, le sixième et dernier chapitre conclut cette thèse en présentant les résultats en tenant compte des objectifs visés par l'étude, ses limites et contraintes, de même que les contributions théoriques et pratiques, puis propose des avenues de recherche futures.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

Ce chapitre introduit la problématique générale dans laquelle s'inscrit la présente thèse. La section 1.1 présente le contexte de l'étude en relevant les grands enjeux ainsi que les importantes transformations des systèmes de santé. La section 1.2 dresse un portrait des hôpitaux pour mieux comprendre le contexte organisationnel dans lequel il s'inscrit. La section 1.3 décrit l'environnement dans lequel évolue les hôpitaux.

1.1 CONTEXTE ACTUEL DES SYSTÈMES DE SOINS DE SANTÉ

Dans de nombreux pays industrialisés, le secteur de la santé est confronté depuis quelques années à de profondes crises. Et le Canada n'échappe pas à cette tendance de fond. De toute évidence, ici comme ailleurs, ce secteur pose des défis majeurs aux divers paliers de gouvernements. De manière à bien marquer le contexte de la recherche, une brève analyse de chacun des enjeux et des défis qu'ils sous-tendent est présentée. Les enjeux actuels sont multiples et comprennent notamment :

1) la croissance continue des dépenses de santé dans plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ;
2) la hausse des dépenses dans les provinces et les territoires ;
3) la baisse marquée des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires ;
4) l'augmentation des dépenses nationales de santé par affectation de fonds ;
5) le vieillissement de la population, et finalement ;
6) les dysfonctionnements des systèmes de soins.

1.1.1 Croissance continue des dépenses en santé dans plusieurs pays de l'OCDE

Depuis plusieurs années, les pays de l'OCDE doivent faire face à une crise des finances publiques qui coïncide avec une croissance accélérée des dépenses en matière de santé. La série de rapports de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), intitulée *National Health Expenditure Trends*, produite par l'ICIS, présente des renseignements approfondis sur les tendances des dépenses de santé des secteurs public et privé. De façon globale, les résultats démontrent que la plupart des pays de l'OCDE, comme au Canada, les dépenses du secteur de la santé ont connu une forte progression au cours des dernières années. Cette croissance a engendré une certaine détérioration de la situation budgétaire et financière au Canada entraînant un accroissement de l'encours de la dette. À cet effet, la majorité des provinces et des territoires font face à une dette importante même si des mesures d'ajustements structurels ont été mises en œuvre pour contenir les coûts des services de santé.

Les résultats du dernier rapport de l'ICIS indiquent qu'en moyenne les dépenses en santé des pays de l'OCDE ont augmenté, passant de 7,8% à 8,5% du produit intérieur brut (PIB) entre 1997 et 2003 (ICIS, 2005a). Également, les analyses comparatives révèlent qu'aux États-Unis et au Canada, le PIB consacré à la santé a connu une forte hausse en 2000 et en 2001, après une période de stabilisation dans les années 1990. D'après cette publication, ce phénomène s'explique en partie par « le ralentissement de l'économie de ces pays et en partie par une nette augmentation des dépenses de santé après une période d'austérité » (ICIS, 2005a). À titre indicatif, lors de la mise en place de l'assurance santé en 1970, le Canada consacrait 7,1% du PIB comparativement 9,9% en 2003 (OCDE, 2005). À cet égard, soulignons que la comparaison des données avec celles des pays de l'OCDE démontre que les dépenses au Canada en pourcentage du PIB pour l'année 2003 demeurent légèrement supérieures à la moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE. Plus spécifiquement, les résultats indiquent que le total des dépenses de santé au Canada se situe à un niveau comparable à ceux des pays européens et bien au-dessous du niveau enregistré par les États-Unis dont les dépenses en santé représentent 15% du PIB en

2003. Les résultats de la Figure 1.1 illustre également que la Suisse et l'Allemagne dépensaient respectivement 11,5% et 11,1%. La France, quant à elle, n'arrivait qu'en quatrième position, devant le Canada, avec 10,1% du PIB dévolu aux dépenses de santé.

Source : ICIS (2005a)

Figure 1.1 : Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB pour l'année 2003

Dans les pays de l'OCDE, les soins de la santé sont financés à la fois par des sources publiques et privées. En revanche, dans certains pays, la part des dépenses publiques était faible, par exemple : les États-Unis et la Suisse. Depuis les dernières années, la proportion des fonds publics est restée pratiquement inchangée dans la plupart des pays de l'OCDE, représentant en moyenne 72,3% en 1997 et 73,1% en 2002 (OCDE, 2004a). Dans certains pays comme le Japon et le Royaume-Uni, le financement du secteur public représente plus de 80% de toutes les dépenses de santé.

1.1.2 Hausse des dépenses dans les provinces et les territoires

Toutes les provinces et les territoires sont fermement engagés dans le financement des services de santé. Un rapport récent produit par l'ICIS (2005b), intitulé *Estimations préliminaires des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux de 1974-1975 à 2005-2006*, démontre que le total des dépenses dans le domaine de la santé des gouvernements s'établissait à 79,9 milliards en 2003-2004, passait à 85 milliards en 2004-2005 et devrait atteindre 91,4 milliards pour l'année 2005-2006. Aussi, les résultats révèlent que les provinces et les territoires connaissent une croissance des dépenses en santé d'environ 7% par année.

1.1.3 Baisse marquée des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires

Le gouvernement fédéral fournit un soutien financier aux provinces et aux territoires pour appuyer la mise en œuvre de leurs programmes et la prestation de leurs services. Leur contribution au financement de ceux-ci s'effectue dans le cadre de cinq principaux programmes : transfert canadien en matière de santé (TCS), transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), péréquation, formule de financement des territoires (FFT) et autres transferts fédéraux.

En ce qui concerne les services hospitaliers et médicaux, le financement accordé pour les provinces et les territoires se fait par le biais du Transfert canadien en matière de santé (TSC). Selon le Ministère des Finances du Canada, ce programme représente « le principal mécanisme de transfert fédéral aux gouvernements provinciaux et territoriaux à l'appui des soins de santé[1] ». Également, on estime que sur un total de 62,5 milliards de transferts fédéraux versés aux provinces et aux territoires, le TSC totaliserait près de 32 milliards en 2005-2006.

---

[1] http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/chtf.html, rapport Transferts fédéraux aux provinces et territoires (Nouveau mars 2005)

Les gouvernements : fédéral, provinciaux et territoriaux se partagent la responsabilité du financement en matière de santé publique. Cependant, ce partenariat a changé au fil du temps. En fait, la baisse des paiements de transferts fédéraux destinés à la santé a engendré un affaiblissement de la capacité des provinces et des territoires à financer leur réseau. Dès lors, ceux-ci doivent composer avec une hausse des dépenses en santé qui progresse plus vite que l'économie. Cette situation les oblige à trouver de nouvelles sources de financement ou encore à augmenter la participation financière des particuliers pour réduire les dépenses (ICIS, 2005a).

Afin de juguler les déficits à la hausse et d'équilibrer le budget, le gouvernement fédéral a effectué des coupures entre 1994-1995 et 1998-1999 (Figure 1.2) dans le programme de transfert aidant à financer les soins de santé et les autres programmes sociaux (FPÉ/ TCSPS). Les données de la figure montrent une croissance des dépenses significatives et fournissent un aperçu du déséquilibre financier auquel doivent faire face les provinces et les territoires. En effet, cette figure démontre aussi un gouvernement fédéral qui contribue en termes relatifs de moins en moins au financement de la santé.

Source : Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2000)

Figure 1.2 : Baisse des transferts fédéraux en santé et croissance dépenses de santé des provinces et des territoires

1.1.4 Augmentation des dépenses nationales de santé par affectation de fonds

La série de rapports intitulée *National Health Expenditure* (ICIS, 2005a), présente aussi une description détaillée des dépenses nationales de santé par affectation de fonds. Ces affectations sont regroupées en huit catégories : hôpitaux, médicaments, médecins, autres professionnels, autres établissements, autres dépenses de santé, santé publique, administration et enfin, immobilisations. La Figure 1.3 dégage les parts des catégories du secteur public et privé à l'échelle nationale pour l'année 2002 (en milliards de dollars). Dans les paragraphes qui suivent, nous allons aborder de façon brève chacune de ces catégories.

Source : ICIS (2005a)

Figure 1.3 : Total des dépenses publiques et privées par affectation de fonds

(i) **Hôpitaux :** En 1975, 45% des dépenses totales de santé étaient attribuables aux hôpitaux. En 2002, cette proportion a baissé de 14,9 points pour s'établir à 30,1%, soit 34,4 milliards. Aussi, les dépenses hospitalières des provinces et des territoires ont diminué passant de 56% en 1975 à environ 43% en 2002. Malgré cette baisse marquée, cette catégorie se classe au premier rang

au sein de la prestation des soins de santé. Enfin, les dépenses du secteur public consacrées aux hôpitaux représentaient 91,8% en 2002.

(ii) **Médicaments :** Les dépenses associées aux médicaments vendus sur ou sans ordonnance dans les commerces au détail ont connu la plus grande hausse, se situant au deuxième rang avec 18,4 milliards en 2002. Les dépenses en médicaments ont augmenté plus rapidement que le total des autres dépenses. Durant la même période, les dépenses du secteur public ont atteint 6,9 milliards pour les médicaments obtenus sur prescription et celles du secteur privé ont atteint 11,5 milliards (dont 3,6 milliards pour les médicaments obtenus sans prescription et 7,9 milliards pour les médicaments obtenus avec prescription).

(iii) **Médecins :** Les services médicaux dispensés par les médecins représentaient la troisième catégorie en importance des dépenses de santé pour l'année 2002 atteignant 15,1 milliards, soit 13,2%. Comme la catégorie « Hôpitaux », le secteur public représente la principale source de financement des médecins avec 98,3%.

(iv) **Autres professionnels :** En 2002, les soins primaires fournis par les autres professionnels (physiothérapeutes, dentistes, denturologistes, chiropraticiens, opticiens, etc.) représentait 13,1 milliards, soit 11,5% du total des dépenses de santé. La part du secteur privé pour cette catégorie était de 90,7% en 2002.

(v) **Autres établissements :** En 2002, les dépenses liées aux établissements autres que les hôpitaux représentaient 10,8 milliards (9,4%) du total des dépenses de santé. Cette catégorie regroupe les établissements de soins prolongés pour les bénéficiaires internes et les foyers pour les personnes

âgées. Les dépenses publiques demeurent la principale source de financement pour cette catégorie, soit 72,4% pour cette période.

(vi) **Autres dépenses de santé :** La catégorie « Autres dépenses de santé », quant à elle, a été subdivisée en trois parties. Une partie est pour l'administration des programmes d'assurance-maladie, une autre pour la recherche consacrée à la santé et pour l'administration de la santé publique. Les dépenses totales de cette catégorie représentaient 9,9 milliards, soit 8,7% en 2002.

(vii) **Santé publique et administration :** Cette catégorie est assumée entièrement par le secteur public. En 2002, la part des dépenses atteignait 7,5 milliards. Ces dépenses sont associées entre autres aux mesures de prévention et aux activités de promotion de la santé.

(viii) **Immobilisations :** Enfin, la catégorie « Immobilisations » se situait au dernier rang des dépenses totales en santé, soit 4,9 milliards, soit 4,3% en 2002. Les dépenses en immobilisations sont liées à la construction, au matériel et à l'équipement des hôpitaux, des cliniques, etc.

1.1.5 Vieillissement de la population

Le Canada, comme dans plusieurs pays de l'OCDE au cours des dernières décennies connaît un allongement de l'espérance de vie et un accroissement de la population du troisième âge (65 ans et plus). Cette augmentation de l'espérance de vie s'explique par certains facteurs notamment, la hausse « des niveaux de vie, l'amélioration de l'hygiène de vie et du niveau d'éducation ainsi que les progrès accomplis sur le plan de l'accès aux soins et de l'efficacité de la médecine » (ICIS, 2005b). D'une part, le phénomène du vieillissement de la population exerce une pression sur le maintien des programmes de santé. D'autre part, l'augmentation du nombre de personnes âgées est accompagnée par

une hausse de la demande pour les services de soins de santé (ICIS, 2005b). Ainsi, la structure démographique contribue à maintenir une pression importante sur les dépenses en matière de santé et impose aux gouvernements de garantir la viabilité des systèmes publics de soins.

1.1.6 Dysfonctionnements dans les systèmes de santé

Si l'augmentation des dépenses hospitalières, l'inflation des coûts des médicaments, le vieillissement de la population et les demandes incessantes des services de soins de santé concourent tous à la croissance des dépenses en matière de santé, ils ne permettent pas d'expliquer à eux seuls le rythme accéléré de cette progression et n'expliquent pas les difficultés organisationnelles auxquelles les systèmes de santé sont confrontés.

L'ouvrage de l'OCDE (2004b) intitulé, *Vers des systèmes de santé plus performants* rassemble une série d'études thématiques sur la santé. Ces études étayent que la structure actuelle et les modes de coordination ne permettent pas la meilleure utilisation des ressources disponibles en vue d'assurer et de maintenir l'efficience des systèmes de santé actuels. De plus, au Canada, depuis les dernières années, on retrouve plusieurs commissions d'études sur les services de santé et les services sociaux (Romanow, 2002; Clair, 2001; Arpin, 1998). De façon générale, ces commissions d'études se sont penchées sur la crise des processus traditionnels de fourniture et de gestion des services de soins de santé publique. En dépit de la part importante des ressources publiques allouées aux systèmes de santé, ceux-ci font face à certaines difficultés. Par exemple, l'accès aux services de soins pour les usagers est rendu de plus en plus difficile et ces derniers doivent se plier aux contraintes des listes d'attente pour des services spécialisés. De plus, les salles d'urgence sont encombrées et les médecins et le personnel infirmier sont débordés. Enfin, les pénuries d'infirmiers et de médecins généralistes menacent la qualité des soins offerts aux patients.

D'autres données soulignent que les stratégies de financement vont à l'encontre d'une utilisation efficiente des ressources. Les stratégies de financement les plus utilisées sont les budgets globaux et le paiement à l'acte. En fait, les hôpitaux reçoivent un budget global qui est basé sur les budgets précédents. Ainsi, le mode d'allocation des ressources financières des hôpitaux ne les incitent pas à améliorer leur efficience et contribue à récompenser ceux qui dépensent le plus. Cette stratégie est donc fondée sur l'utilisation passée des services plutôt que sur les besoins actuels. De fait, depuis quelques années, l'allocation des budgets globaux est basée sur un mode d'allocation populationnelle, c'est-à-dire que les budgets sont répartis par programme qui selon le ministère des services de la santé et des services sociaux (MSSS) serait en fonction des besoins de la population et les caractéristiques des régions.

De plus, la rémunération à l'acte constitue le principal mode de paiement des médecins. Ce mode d'allocation peut tendre à favoriser une demande induite par l'offre et une hausse du coût des services professionnels (Deber et al., 1994). Par ailleurs, le paiement à l'acte encourage le volume élevé et renferme peu de mesures de contrôle quant au milieu où les professionnels travaillent, à qui leurs services s'adressent et quels services ils offrent (Deber et al., 1994). Selon certains auteurs, le mode de rémunération mixte est favorisé (Nasir, 1994; Hughes, 1991). Également, ces derniers soulignent qu'il faut ajuster le type de rémunération des médecins car cette source de paiement serait devenue incompatible avec les besoins de la population (Nasir, 1994; Hughes, 1991).

1.1.6.1 Transformations des systèmes de soins de santé publics

Au Canada, tout comme dans de nombreux pays de l'OCDE, les systèmes de santé ont connu des transformations majeures qui touchent à la fois les politiques, les mécanismes institutionnels en place, l'organisation du réseau, les systèmes de gestion et de prestation des soins. Ici comme ailleurs, l'assainissement des finances publiques pose des défis aux gouvernements et aux gestionnaires publics dans la gestion de leurs finances et les amène à procéder à l'implantation de réformes. En fait, ces réformes visent à répondre

aux enjeux posés par l'environnement ce qui donne lieu à toute une série de mesures en vue de rétablir la situation financière pour améliorer le fonctionnement, la qualité et l'accessibilité visant ainsi à assurer la viabilité des services de soins de santé aux besoins de la population.

Au Canada, comme dans tous les pays industrialisés, on assiste à un éventail de mesures de restructuration similaires. Également, les provinces et les territoires se sont engagés à réaliser des gains d'efficacité en reconfigurant le réseau des établissements. Ainsi, les nouvelles propositions engagées des dernières années se sont inspirées entre autres du *Nouveau Management Public*. Ces propositions centrent l'attention sur les changements à opérer du côté de l'offre et de la gestion des services, puis promettent d'améliorer la performance de leur réseau par le biais de nouveaux instruments de gestion empruntés au secteur privé (Ferlie et al., 1996; Hunter, 1996, 1995). Dans les paragraphes qui suivent, nous nous attarderons à deux tendances fortes constatées dans le cadre de la mise en œuvre de ces réformes au Canada.

Une première tendance est la décentralisation des services de santé au profit des régions. En fait, la décentralisation constitue l'un des principaux mécanismes auxquels la plupart des juridictions ont recours pour restructurer la gouvernance des systèmes de soins. Par ailleurs, le Québec a été la première province à compléter le virage de la régionalisation par la création des Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), qui sont aujourd'hui remplacées par des Agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux. Mentionnons que la décentralisation administrative ne s'est pas développée d'une manière uniforme. En fait, au Canada, neuf des dix provinces se sont engagées dans un processus de régionalisation visant à déléguer aux autorités locales et régionales une partie des pouvoirs décisionnels relatifs aux soins de santé (Lomas et al., 1997a, b). En somme, les organismes locaux et régionaux à vocation purement consultative sont passés à des organismes de gestion. La décentralisation repose sur la prémisse que des gouvernements locaux et régionaux plus proches de la

collectivité sont nécessairement plus sensibles à leurs besoins. En donnant aux citoyens l'occasion de participer à la prise de décision et en rendant les fournisseurs imputables aux citoyens, ceci devrait amener à une production de services de meilleure qualité et à une meilleure optimisation des ressources du réseau (Lomas et al., 1997a et b).

Une deuxième tendance est la désinstitutionalisation des services de santé au Québec. Celle-ci privilégie une approche centrée sur les patients, propose également d'améliorer l'efficience, la qualité, la continuité, l'accès aux soins et de rendre les fournisseurs plus imputables aux résultats de santé de leurs clients (Van de Ven, 1996).

À ces grandes tendances, s'ajoute toute une série d'autres initiatives qui ont été mises en place pour améliorer les services de santé. Par exemple, certaines provinces ont engagé des initiatives posées par la gouverne de leur réseau. Quelques hôpitaux ont été fermés, d'autres ont changé de vocation, il y a eu certaines fusions d'établissements. Cette restructuration visait à rationaliser les programmes et les services hospitaliers, à faire progresser la coordination et l'intégration des services, contrôler les coûts et améliorer les systèmes de responsabilité.

En dépit d'importantes mesures de réforme, les récents budgets de santé des provinces et des territoires montrent une croissance fulgurante des dépenses de soins de santé, tandis que, dans le même temps, la performance des systèmes faiblit en raison des limitations budgétaires sévères des services de santé et des mesures rigides de maîtrise des coûts qui sont devenues depuis quelques années un impératif de gestion.

Ces changements en entraînent d'autres par des effets de rétroactions et sont susceptibles d'influer sur les organisations et sur les pratiques. Ces transformations se sont traduites par d'importants dysfonctionnements à plusieurs niveaux, par exemple, on assiste à une détérioration du climat de travail, une perte de compétences, une pénurie d'infirmiers et d'autres types de professionnels, la fermeture de lits, l'allongement réel et perçu des

listes d'attente pour des interventions spécifiques. Ces transformations ont donc affecté les modes de gestion des organisations hospitalières.

Au regard de ces évolutions, il est évident que les systèmes de soins de santé ne peuvent être maintenus sans aborder la question du compromis entre les ressources financières restreintes et les objectifs globaux à atteindre en matière de politiques de santé. Il paraît crucial d'instaurer de nouvelles stratégies visant à maîtriser les mécanismes complexes qui affectent les dépenses et les performances des hôpitaux et à respecter les objectifs des politiques de santé. Les divers piliers gouvernementaux s'efforcent ainsi d'évaluer et d'améliorer la performance des hôpitaux mais ces derniers constituent des systèmes complexes et se prêtent difficilement à une évaluation précise.

De manière à bien comprendre les caractéristiques du contexte actuel des systèmes de soins de santé dans lequel se situe la présente recherche, il convient de présenter dans la section 1.2 un portrait détaillé de la structure et de la dynamique des hôpitaux. En effet, ceux-ci possèdent certaines particularités organisationnelles qui en font des entités uniques.

1.2 CONTEXTE ORGANISATIONNEL DES HÔPITAUX

Le contexte organisationnel des hôpitaux s'inscrit aujourd'hui à l'intérieur d'un réseau multi-organisationnel composé de multiples groupes distincts dans lequel chacun des groupes entretient certaines relations dynamiques de travail entre eux (Sampieri, 2000). Chacun de ces groupes est différencié par des activités, des modes de fonctionnement et des mentalités qui fonctionnent en vase clos (Glouberman et Mintzberg, 2001a et b). Leurs différenciations font en sorte que les hôpitaux sont considérés comme l'un des systèmes les plus complexes de la société contemporaine (Glouberman et Zimmerman, 2002; Glouberman et Mintzberg, 2001a; Peirce, 2000; Ashmos, Duchon et McDaniel, 2000; Ashmos, Huonker et McDaniel, 1998; McDaniel, 1997; Stacey, 1996).

Dans un ouvrage intitulé *The structuring of organizations : a synthesis of the research*, Mintzberg (1979) propose cinq importantes configurations structurelles parmi lesquelles nous pouvons classifier les organisations en différentes catégories: le type de structure, le contexte, le système de décision et les circuits de communication. Les cinq modèles organisationnels qu'il décrit sont les suivants : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée et l'adhocratie. Dans son ouvrage, un sixième modèle organisationnel est introduit que Mintzberg appelle « missionnaire ». Dans sa typologie des configurations structurelles, Mintzberg mentionne que l'hôpital reflète les traits d'une « bureaucratie professionnelle » ou d'une « configuration professionnelle ».

La bureaucratie professionnelle se caractérise par une double structure parallèle. D'un côté, une première structure mécaniste composée des fonctions de support logistique et administratif qui va du haut vers le bas de la hiérarchie. De l'autre côté, une deuxième structure démocratique regroupant des professionnels qui font partie intégrante du centre opérationnel et dont la hiérarchie va du bas vers le haut. La nature des relations entre ces deux structures parallèles se manifeste par un couplage de communauté dans lequel les membres de l'organisation partagent des ressources communes mais sont, pour le reste, interdépendants l'un de l'autre (Glouberman et Mintzberg, 2001a; Mintzberg, 1997; Macintosh et Daft, 1987; Weick, 1976; Thompson, 1967).

Selon Mintzberg (1979), le fonctionnement d'une organisation à une autre peut être différent. À cet égard, celui-ci établit cinq composantes pour décrire une organisation :

(i) **Le sommet stratégique** regroupe le conseil d'administration, le directeur général et les cadres dirigeants. Il a pour rôle de s'assurer de remplir, de manière efficace, la mission de l'organisation, d'allouer les ressources et de coordonner l'ensemble des unités autour d'objectifs communs. Il gère les

conditions internes de l'organisation et sert d'interface avec l'environnement externe. Il définit la stratégie de l'organisation ;

(ii) **La ligne hiérarchique** de l'organisation relie le sommet stratégique et le centre opérationnel. Elle constitue l'élément médian de l'organisation car elle sert à transmettre l'information et à faire remonter l'information permettant le contrôle de l'organisation. Mais ce contrôle décroît au fur et à mesure que l'on descend dans la ligne hiérarchique d'autorité. Elle regroupe les cadres et les agents de maîtrise qui ont la responsabilité officielle de l'organisation dans son ensemble ;

(iii) **La technostructure** est le moteur de la standardisation dans l'organisation. Elle a pour rôle de servir l'organisation en analysant le travail des autres pour en accroître l'efficacité et l'efficience. Elle agit sur le flux de travail par le biais de la standardisation. Elle comprend les analystes de travail qui standardisent les procédés de travail, les analystes de planification et de contrôle qui standardisent les résultats, et les analystes du personnel qui standardisent les qualifications ;

(iv) **Les fonctions de support logistique et administratif** comprennent l'ensemble des unités de l'organisation fournissant des services aux autres unités. En fait, les employés de soutien sont très nombreux dans ce type d'organisation. On les trouve à différents niveaux de la hiérarchie et chacune a une fonction particulière à remplir. De plus, ces unités se caractérisent par de petites entités avec leur propre centre opérationnel agissant de façon indépendante du centre opérationnel principal ;

(v) **Le centre opérationnel** regroupe les professionnels de l'organisation dont le travail consiste à la production de biens et de services standardisée.

1.2.1 Description de la bureaucratie professionnelle

Après avoir présenté brièvement les cinq composantes de l'organisation qui contribuent à façonner la structure de l'organisation, nous traiterons des mécanismes de coordination (la supervision directe, la standardisation des processus de travail, des résultats, des compétences et les ajustements mutuels) utilisés par la bureaucratie professionnelle pour coordonner le travail. Nous identifierons aussi les paramètres de conception comprenant les moyens formels et semi-formels (la spécialisation du travail, la formalisation du comportement, la formation et la socialisation, le regroupement en unités, la taille des unités, le système de planification et de contrôle, les mécanismes de liaison et le système de prise de décision) utilisés pour diviser et coordonner le travail de manière à le rendre stable et efficace. De plus, nous présenterons les systèmes de flux (le flux d'autorité formelle, le système de flux régulés, le flux de communication informelle, les constellations de travaux et les flux de décisions ad hoc) traversant l'organisation.

La Figure 1.4 reprend le cadre théorique de la bureaucratie professionnelle de Mintzberg, avec une structure aplatie, une ligne hiérarchique plutôt mince, un sommet stratégique et une technostructure de petite taille, avec un centre opérationnel et des fonctions de support logistique et administratif développés.

Source : Minztberg (1979)

Figure 1.4 : Bureaucratie professionnelle

Parmi les cinq composantes, le *centre opérationnel* est la raison d'être de la bureaucratie professionnelle. Pour assurer la coordination, l'efficacité et la cohérence des différents services offerts dans un hôpital, cette configuration s'appuie sur la *standardisation des qualifications*.

Selon Mintzberg (1979), le paramètre de conception qui correspond à la standardisation des qualifications consiste à la *formation* et à la *socialisation*. Plus précisément, la formation comprend l'enseignement et les aptitudes liés au travail, et la socialisation fait référence à la culture de l'organisation. La configuration professionnelle recrute des spécialistes dûment formés et socialisés. Ces professionnels doivent donc être formés continuellement et se tenir au courant des changements dans leur champ d'expertise.

Par exemple, le personnel soignant est une part importante des employés de l'hôpital. Ces professionnels développent une expertise pointue et acquièrent des connaissances spécifiques lors d'une formation dans une institution d'enseignement durant certaines

années. Lors de cette formation, le savoir et les qualifications de la profession se transmettent de façon programmée et formalisée. Après ce long processus de formation, survient une phase d'apprentissage où les professionnels doivent mettre en pratique leurs connaissances et leurs savoir-faire acquis lors de la formation. Survient par la suite, le processus de socialisation qui débute au moment de la formation. Cette formation se dirige dans un but précis, celui de l'intériorisation des normes qui servent le client et qui coordonnent leur travail. À ce qui a trait à la socialisation, une forte proportion s'élabore à l'extérieur de l'organisation, dans des associations auxquelles appartiennent les groupes de professionnels. Cette formation et cette socialisation constituent donc un paramètre de conception préalable à leur appartenance à l'organisation.

Ce que nous avons vu jusqu'ici suggère que la bureaucratie professionnelle accorde une importance à la formation et à la socialisation des professionnels du centre opérationnel. Ainsi, « une fois leurs compétences reconnues, les professionnels sont autonomes dans la conception et la réalisation de leurs tâches quotidiennes » (Durieux, 2001). Dans ce contexte, ceux-ci possèdent les compétences pour effectuer des tâches complexes mais sont également socialisés pour travailler de façon autonome sans nécessité de contrôles administratifs. Ils ont un contrôle individuel dans leur travail et agissent de manière indépendante de leurs collègues mais restent près des clients qu'ils servent. En outre, le professionnel s'identifie à la fois à sa profession et à son ordre professionnel car leurs procédés de travail sont trop complexes pour être supervisés et mesurés directement par un supérieur hiérarchique. Ainsi, les analystes de la technostructure formalisent peu le comportement des professionnels pour trois principales raisons. La première raison a trait à la difficulté à mesurer les résultats de travail. La seconde a trait aux irrégularités des procédés de travail qui font en sorte qu'il y a peu d'importance à accorder aux systèmes de contrôle des performances et de planification des actions. Finalement, comme nous l'avons souligné précédemment, la technostructure, dont le rôle consiste à assurer la présence d'un niveau de formalisation, est presque inexistante dans une configuration professionnelle.

Les paramètres de conception dont nous avons discuté jusqu'ici, suggèrent que le centre opérationnel est la partie clef de l'organisation. La seule autre partie de la bureaucratie professionnelle qui est entièrement développée sont les *fonctions de support logistique et administratif* (nettoyage, aide technique, repas, approvisionnement, etc.). Cette partie de l'organisation a pour fonction d'intervenir indirectement dans les flux de travail du centre opérationnel. De façon générale, le travail du personnel de support est rationalisé et puis, décomposé en tâches simples et répétitives dans lesquelles les procédés de travail sont standardisés.

Dans ce type de structure, les administrateurs ne détiennent aucun contrôle direct sur le travail du personnel soignant du centre opérationnel mais ils disposent d'un ensemble de rôles clés qui leurs confèrent une autorité informelle. Ces derniers consacrent une grande partie de leur temps à résoudre les différentes perturbations qui surviennent dans l'organisation. Ils essaient de trouver un équilibre entre leurs intérêts et leurs besoins. Cependant, les administrateurs détiennent une autorité sur d'autres professionnels par leur contrôle sur le budget en supervisant le travail des unités plus ou moins autonomes. Pour faire face aux divers imprévus, ces derniers s'appuient sur l'*ajustement mutuel*. Plus précisément, ce mécanisme de coordination permet de gérer le travail par une *communication informelle*.

Contrairement aux fonctions de support, *le sommet stratégique* représente la partie la plus éloignée des activités du centre opérationnel. De plus, celui-ci n'est pas redevable à la hiérarchie de l'organisation. En fait, cette partie « intervient principalement pour la gestion stratégique de l'institution, l'attribution des ressources et la coordination des unités autour d'objectifs communs » (Durieux, 2001).

Comme nous l'avons souligné précédemment, la bureaucratie professionnelle confère au personnel soignant une certaine mobilité leur permettant de bénéficier d'une plus grande autonomie. Cette autonomie s'accompagne d'un système de prise de décision aussi bien

décentralisé verticalement qu'horizontalement limitant l'influence de la ligne hiérarchique et de la technostructure sur leur travail. En fait, leur travail est organisé pour répondre aux besoins de leurs patients. Leur autonomie se traduit également par la poursuite de buts qui sont spécifiques à leur profession. La poursuite de ces buts peut être liée entre autres « à des préoccupations professionnelles (par exemple, le bien-être du patient) ou à la position du professionnel dans l'organisation (par exemple, le maintien de l'autonomie d'action) » (Durieux, 2001). Ce dernier est non seulement maître de son travail mais cherche à contrôler une portion des décisions administratives qui le concernent. Dans certains cas, le personnel soignant participe à des comités et à d'autres instances décisionnelles qui ne tiennent pas compte de la hiérarchie de l'organisation (Bucher et Stelling, 1977). Parallèlement, le système de flux fait en sorte que les décisions sont déterminées par des groupes de professionnels provenant de niveaux et d'unités différents où chacun peut avoir un rôle et une spécialité divergents mais qui partagent des buts et des objectifs communs (Blau et Scott, 1962).

D'après certains auteurs (Wallace, 1995; Mintzberg, 1979; Ritti, 1971; Miller, 1967; Scott, 1965), le niveau de complexité des hôpitaux augmente par le fait qu'ils offrent plusieurs services relevant de professionnels qui ne sont pas officiellement engagés dans l'organisation. Par exemple, chaque médecin considère l'hôpital non pas comme une organisation à laquelle il appartient mais comme un lieu où il travaille et où il peut y partager les ressources lui permettant d'exercer sa profession (Glouberman et Mintzberg, 2001a). En somme, leurs décisions sont prises en fonction des connaissances et des valeurs acquises en dehors du milieu hospitalier, telles les associations professionnelles et les institutions d'enseignement.

Dans un hôpital, le regroupement des postes de travail repose sur la base de *fonction*, c'est-à-dire par expertise. De plus, il y a un regroupement indirect par *marché* afin d'encourager la coordination à l'intérieur des groupes de travail. De façon générale, le processus de regroupement en unités constitue la base du système d'autorité formelle et

de la hiérarchie de l'organisation. Tout d'abord, dans le regroupement par fonction, les unités de travail se fondent sur la nature de l'activité, des compétences ou du processus où chaque unité s'associe à des spécialistes d'une même fonction. Cette spécialisation horizontale du travail ainsi que cette division du travail à laquelle s'ajoutent des structures formelles, des attitudes et des comportements différents peuvent engendrer des conflits au sein de l'organisation. Contrairement au regroupement par fonction, le regroupement par marché s'apparente à des unités autosuffisantes qui traitent différents flux de travail. Chaque unité prend des ressources et utilise des services qui émanent de la structure. Par exemple, dans un hôpital, on retrouve plusieurs types de services offerts aux clients et chacune des unités traite un type particulier de clients.

Comme nous l'avons déjà noté plus haut, la production de biens et de services du centre opérationnel est complexe à gérer et à mesurer du fait de la fragmentation des activités, et de l'influence du personnel soignant et des associations auxquelles ils sont rattachés. Il est aussi difficile de se mettre à l'unisson sur les objectifs qui sont souvent multiples et conflictuels (Rainey et Bozeman, 2000; Anderson et McDaniel, 2000; Mintzberg, 1998, 1997) car chacun cherche à véhiculer ses propres valeurs et ses attentes en fonction de la position qu'il occupe (Anderson et McDaniel, 2000; Savage, Blair et Benson, 1992; Blair et Fottler, 1990; Fottler et al., 1989). Les administrateurs de l'hôpital s'intéressent au contrôle financier alors que les médecins et les infirmiers s'intéressent à la qualité des soins et à l'obtention de services de soutien. Le pouvoir et l'influence des membres de l'organisation se concentrent sur des enjeux spécifiques, ce qui reflète l'incapacité d'une seule personne ou d'une seule unité à tout contrôler (Mintzberg, 1979). En tenant compte de l'autonomie dont dispose chacun des membres, il est plus clair de parler en terme de stratégie individuelle. Dans le milieu hospitalier, les professionnels élaborent leurs propres stratégies en termes de marchés et de fonctions. Mais les normes et les compétences professionnelles influencent leurs choix. De plus, on constate que les professionnels qui ont la même profession utilisent souvent des stratégies analogues qui leurs sont prescrites en dehors de l'organisation (Mintzberg, 1979). Selon certains

auteurs, l'autonomie dont privilégie les professionnels et l'interdépendance entre les groupes et entre eux-mêmes sont plus fortes donc le besoin d'intégration devient plus grand (Lawrence et Lorsch, 1967).

En revanche, malgré leurs différenciations, les cinq composantes de la bureaucratie professionnelle constituent un seul système (Mintzberg, 1979). Selon ce dernier, il serait primordial que les professionnels de cette configuration deviennent une unité afin de mieux gérer les ressources du système. Mais avant tout, pour les discerner, il faut comprendre le rôle joué par chacun d'entre eux (Anderson et McDaniel, 2000).

Le Tableau 1.1 présente un condensé de la structure et de la dynamique de la bureaucratie professionnelle provenant du modèle théorique de Mintzberg.

Tableau 1.1 : Structure et dynamique de la bureaucratie professionnelle

Caractéristiques	Description
Partie clef de l'organisation	Centre opérationnel
Fonctionnement	
o Sommet stratégique	Liaison avec l'extérieur ; résolution de conflits
o Centre opérationnel	Travail qualifié ; grande autonomie individuelle
o Ligne hiérarchique	Contrôlée par des professionnels ; beaucoup d'ajustement mutuel
o Technostructure	Peu
o Fonctions de support logistique et administratif	Développées ; structure bureaucratique mécaniste
Mécanisme de coordination principal	Standardisation des qualifications
Paramètres de conception	
o Spécialisation des postes de travail	Spécialisation horizontale importante
o Formalisation du comportement	Peu de formalisation du comportement
o Formation et socialisation	Beaucoup de formation et de socialisation
o Regroupement en unités	Par fonction et par marché
o Taille des unités	Grande à la base et petites ailleurs
o Système de planification et de contrôle	Peu de planification des actions et de contrôle des performances
o Mécanisme de liaison	Mécanisme de liaison dans la partie administrative
o Décentralisation	Décentralisation verticale et horizontale
Systèmes de flux	
o Flux d'autorité formelle	Insignifiant (sauf dans les fonctions de support)
o Système de flux régulés	Insignifiant (sauf dans les fonctions de support)
o Flux de communication informelle	Important dans la partie administrative
o Constellations de travaux	Un peu dans la partie administrative
o Flux des décisions ad hoc	Du bas vers le haut

Source : Mintzberg (1979)

1.2.2 Problèmes particuliers dans la structure de la bureaucratie professionnelle

Dans la section 1.2.1, nous avons présenté la structure et la dynamique de la bureaucratie professionnelle. Cette partie révèle certains problèmes de cette configuration. En fait, selon Mintzberg (1979), les hôpitaux doivent faire face à des problèmes de coordination, de contrôle, d'innovation et de coopération.

1.2.2.1 Problèmes de coordination

Comme nous l'avons déjà noté, la bureaucratie professionnelle coordonne le travail de son centre opérationnel en ayant recours à la standardisation des qualifications, mais ce mécanisme ne permet pas de programmer le contenu du travail et de spécifier à l'avance la performance à atteindre pour les divers professionnels. Dès lors, cette configuration n'est pas conçue pour résoudre tous les problèmes de coordination qui surviennent dans l'organisation. En outre, le pouvoir des médecins contraint le travail des gestionnaires car ces derniers sont tiraillés entre les divers besoins du personnel soignant provenant du centre opérationnel. De fait, deux besoins de coordination se font sentir, (i) celui entre le personnel soignant et les fonctions de soutien, et (ii) celui entre le corps médical (Mintzberg, 1979).

Comme nous l'avons souligné dans la section 1.2.1, dans la bureaucratie professionnelle, le personnel soignant se rassemble pour tirer profit d'une part, de la mise en commun des ressources et d'autre part, des fonctions de logistique et administratif. En général, le travail d'un médecin comporte deux phases distinctes : (i) face à un patient, le médecin doit l'associer à un programme standard (phase diagnostic), et (ii) il doit employer la procédure applicable à ce standard (phase d'exécution). À cet effet, le processus de classement permet de diviser les tâches et de les affecter aux médecins. Ce processus simplifie leur travail car « les clients sont classés et rangés en catégories » (Perrow, 1970). Celui-ci fonctionne comme un répertoire où les cas déjà connus sont répertoriés et standardisés, permettant aux médecins de travailler de façon autonome tout en étant

sujets aux normes de contrôle de leur profession. Cependant, dans ce processus de classification, il peut arriver que des cas précis ne correspondent à aucun programme standard. Comme la bureaucratie professionnelle utilise peu de mécanismes de coordination pour traiter de tels cas (qui peuvent être redéfinis continuellement), cela constitue une source potentielle de conflits (Mintzberg, 1979).

Le mécanisme de coordination préexistant à la décentralisation du pouvoir engendre également un problème (Mintzberg, 1979). Comme nous l'avons déjà mentionné, les hôpitaux se caractérisent par une décentralisation verticale et horizontale plutôt élevée au profit du personnel soignant. Cependant, ces professionnels ne bénéficient pas tous du même degré d'autonomie. Par exemple, le pouvoir décisionnel des infirmiers contrairement à celui des médecins demeure très limité dans la structure hospitalière. À cet effet, cette situation rend difficile la coordination des activités du centre opérationnel. D'ailleurs, certains auteurs indiquent que le personnel soignant qui travaille de manière autonome éprouve certaines difficultés à évoluer vers un travail coopératif (Hall, 1968, 1967; Miller, 1967; Kornhauser, 1962).

1.2.2.2 Problèmes de contrôle

Comme nous l'avons déjà souligné auparavant, les qualifications du personnel soignant sont complexes et difficiles à standardiser, et requièrent de leur part une capacité de jugement considérable. Ainsi, pour des professionnels compétents et consciencieux, un pouvoir discrétionnaire est sans doute approprié dans une bureaucratie professionnelle mais lorsqu'elle se trouve confrontée à des gens plus négligents ou moins consciencieux la structure devient inefficace (Mintzberg, 1979).

1.2.2.3 Problèmes d'innovation

Selon Mintzberg (1979), dans la bureaucratie professionnelle, les innovations dépendent de la coopération. Or, la résistance entre les professionnels à coopérer entre eux et la

complexité du processus de décision restreignent l'innovation. De plus, selon lui, l'innovation nécessite la coopération et l'utilisation de raisonnements inductifs. Comme le suppose le concept de configuration professionnelle, celle-ci repose sur l'autonomie du personnel soignant et sur le raisonnement déductif. Dès lors, la structure n'est pas en mesure d'innover. Dans le cadre de leur profession, les professionnels doivent toujours se référer aux meilleurs soins applicables selon les connaissances scientifiques du moment. C'est à ce moment que l'on peut avoir certaines difficultés, mais uniquement si ces derniers ne se tiennent pas au courant de l'évolution de la science. Dans cette structure, les innovations génèrent habituellement certains conflits et elles sont souvent mal accueillies par les membres. En général, les innovations sont faites pour œuvrer dans un environnement stable mais lorsque ce dernier devient dynamique, la bureaucratie professionnelle doit procéder à certains changements organisationnels (Mintzberg, 1979).

1.2.2.4 Problèmes de coopération

On n'est pas surpris de constater que la bureaucratie professionnelle nécessite la création d'un système d'interactions entre les fonctions du support logistique et administratif et le personnel soignant (Thomas, 1999). En fait, leur autonomie et leur pouvoir décisionnel nécessitent la mise en oeuvre d'une nouvelle structure de rapports entre les unités autonomes et l'ensemble de l'organisation, puis entre les membres eux-mêmes (Mintzberg, 1979). De plus, ces derniers requièrent une nouvelle conception de la hiérarchie dont la fonction première serait d'articuler les différents niveaux de l'organisation par une négociation continue et permanente assurant la cohésion des groupes de travail (Thomas, 1999). Ce clivage vertical entre la communauté médicale et l'administration est souvent présenté comme une source de conflit dans les hôpitaux. Dans un tel contexte, il en résulte des répercussions dans les relations entre les groupes de professionnels et des effets directs sur le partage des informations (Mintzberg, 1979).

1.2.3 Facteurs de contingence de la bureaucratie professionnelle

En plus des éléments structurels, le cadre théorique de la bureaucratie professionnelle comporte des facteurs de contingence qui influencent le choix des éléments structurels et les mécanismes de coordination et vice versa. Ces facteurs de contingence sont l'âge et la taille de l'organisation, le système technique qu'elle utilise et les relations de pouvoir.

1.2.3.1 Âge et taille

Dans la littérature, il a été mis plusieurs fois en évidence que l'âge et la taille ont des effets contraignants sur la structure.

En théorie, plus une organisation est vieille, plus le travail devient répétitif, prévisible et plus facile à formaliser (Yitzhak et Mannheim, 1970). Il a été démontré également que la forme structurelle de l'organisation reflète l'âge de la constitution de son activité (Stinchcombre, 1965). Dans son article, *Social Structure and Organizations*, Stinchcombre spécifie quatre aspects des nouvelles organisations qui les rendent plus susceptibles d'échouer que les plus anciennes et les mieux établies, à savoir que: (i) les nouvelles organisations doivent compter sur les connaissances générales jusqu'à ce que les membres de l'organisation se familiarisent avec de nouveaux rôles, (ii) les conflits et les inefficacités peuvent survenir durant le processus de la détermination des rôles, (iii) un manque de confiance pourrait représenter un obstacle à l'établissement de liens avec les membres et les organisations, et (iv) les nouvelles organisations n'ont pas encore noué de liens stables avec les clients qu'elles souhaitent desservir. Ce même auteur soutient aussi

> « qu'à mesure qu'une organisation vieillit, elle apprend de plus en plus sur la façon de faire face à l'environnement et de traiter les problèmes internes de communication et de coordination...Elle établit des procédures

standards et évalue ses performances par le biais de rapports routiniers... » (Stinchcombre, 1965, p.480).

Entre autres, Miller (1987) a analysé les effets de la taille sur les dimensions majeures de la structure organisationnelle. Son étude démontre que plus l'organisation est grande, plus elle tend à se formaliser, à se spécialiser et à se différencier. Kalika (1986) confirme ces résultats et ajoute que plus la taille est grande, plus sa structure devient standardisée, décentralisée, planifiée et contrôlée. Dans leur étude, Pfeffer et Cohen (1984) concluent que plus l'organisation est grande, plus elle tend à être bureaucratique. D'autres auteurs indiquent qu'un accroissement de la taille entraîne une structure plus élaborée avec une division plus marquée du travail entre les unités administratives et le centre opérationnel (Lawrence et Lorsch, 1989, 1967; Khandwalla, 1977; Reimann, 1973). De plus, comme le notent Lawrence et Lorsch (1967), les organisations les plus performantes sont celles qui parviennent à obtenir une différenciation requise et qui sont en mesure d'intégrer les différentes unités de l'établissement. Ces auteurs démontrent aussi que plus une structure se différencie au niveau de l'orientation des membres en ce qui a trait aux objectifs et au niveau de leur orientation temporelle, plus elle doit mettre l'accent sur la coordination. D'autres auteurs soulignent que les organisations de grande taille possèdent plus de ressources pour formuler leurs stratégies (Inkson et al., 1970).

Dans les bureaucraties professionnelles, l'âge et la taille ne constituent pas des facteurs significatifs qui pourraient modifier la structure. Globalement, les hôpitaux sont relativement peu formalisés (Holdaway et al., 1975) car la technostructure est presque inexistante dans cette configuration. Comme nous l'avons déjà noté, la formalisation permet de réduire la variabilité mais laissent une grande latitude au personnel soignant dans le contrôle sur la façon de travailler. De plus, ces organisations possèdent aussi des unités de support logistique plus développées (Mintzberg, 1979). Par ailleurs, le travail des professionnels du centre opérationnel reste très spécialisé (Mintzberg, 1979). Ceux-ci amènent leurs standards dans l'organisation car leur travail devient trop complexe

pour être standardisé par un supérieur hiérarchique (Mintzberg, 1979). Enfin, certains auteurs spécifient que la différenciation des unités engendre des problèmes de coordination et de collaboration (Mintzberg et Glouberman, 2001a et b, Mintzberg, 1979).

1.2.3.2 Système technique

Selon Hunt (1972), le système technique constitue un facteur capable d'influencer la façon dont se structure l'organisation. Par exemple, pour effectuer leur travail, le personnel soignant utilise une variété d'instruments que Hunt appelle le système technique. Plus précisément, ce dernier le défini en trois dimensions : régulation, sophistication et automation. La régulation représente la marge de manœuvre que le système laisse aux professionnels afin d'exercer leur travail. La sophistication signifie la complexité des instruments. En fait, ces instruments peuvent être complexes ou faciles à utiliser mais peuvent souvent exiger des connaissances et des compétences élevées. Enfin, l'automation repose sur le contrôle de la production.

Les travaux de Woodward (1965) sont parmi les premiers à souligner l'importance du système technique dans l'analyse des organisations. Les résultats de son étude révèlent que lorsque le système technique est plus régulé, le travail opérationnel devient routinier, prévisible et bureaucratique. Il a été démontré également que plus le système est sophistiqué, plus la structure administrative est élaborée et plus les professionnels de soutien logistique et administratif sont nombreux et hautement qualifiés. De plus, l'automatisation du travail du centre opérationnel tend à transformer la structure administrative en une structure plus organique (Woodward, 1965).

Dans un hôpital, le système technique est un facteur de contingence important selon Mintzberg (1979), mais il n'est pas très régularisé, ni sophistiqué, ni très automatisé. Comme le souligne Heydebrand et Noell (1973), le professionnel du centre opérationnel résiste à la division du travail en tâches simples et répétitives. Dans le cas d'une très

forte régulation, le personnel soignant ne peut avoir aucune marge de manœuvre rendant ainsi son travail programmable. Cette coordination du travail peut altérer son autonomie et la structure peut devenir plus mécanique. De plus, le caractère unique des trajectoires des patients rendent difficiles la formalisation des activités d'un hôpital. Enfin, le professionnel agit de manière autonome et personnelle dans son travail en servant les patients directement et personnellement. Il résiste donc à la rationalisation de sa tâche.

Au niveau de la sophistication du système technique, par exemple un scalpel, désigne un instrument simple mais sa manipulation exige des compétences élevées de la part des médecins. En résumé, le savoir que l'organisation utilise est sophistiqué mais pas son système technique qui ne peut être trop sophistiqué car les rapports entre les membres de l'organisation deviendraient plus importants alors que les liens avec les patients diminueraient. La sophistication peut aussi jouer un rôle dans la maintenance de ce système mais il est inexistant dans ce type d'organisation car cette tâche est souvent exécutée par les fonctions du support logistique et administratif.

Finalement, l'hôpital peut avoir recours à l'automatisation pour standardiser le travail mais elle demeure très peu automatisée.

1.2.3.3 Pouvoir

Le pouvoir représente un facteur qui a aussi des effets sur la structure. Plus le contrôle externe est élevé, plus la structure de l'organisation devient formalisée et centralisée (Blau et Scott, 1962). De plus, l'aspiration au pouvoir des professionnels de l'organisation tend à accroître la centralisation de la structure (Dill, 1965). L'effet de mode exerce aussi une influence sur la structure poussant une organisation à choisir parfois une structure inappropriée (Stinchcombre, 1965; Woodward, 1965). Enfin, l'existence d'un contrôle externe a pour effet d'amplifier la bureaucratisation de la structure.

1.3 ENVIRONNEMENT DES HÔPITAUX

L'environnement représente un facteur déterminant dans la vie de l'organisation et pour la conduite de ses activités. En fait, l'environnement des établissements a été longtemps considéré comme un système fermé à l'abri des influences externes. Cependant, les tenants de la théorie des systèmes (Boulding, 1956; Bertalanffy, 1950) ont contribué à renouveler nos perspectives sur les relations de l'organisation avec l'environnement. Ces auteurs considèrent cette dernière comme un système ouvert, exposée aux pressions, aux incertitudes et aux influences de leur environnement. Des auteurs tels que Miller et Friesen (1984), Porter (1980), Aldrich (1979), Mintzberg (1979), Thompson (1967), Lawrence et Lorsch (1967), Woodward (1965), Cyert et March (1963) ou encore Burns et Stalker (1966) ont opté pour des caractéristiques environnementales différentes telles que l'incertitude, la complexité ou le dynamisme afin de se prononcer sur une cohérence entre la structure ou le système technique ou la stratégie et l'environnement de l'organisation. Des études ont aussi démontré l'intérêt de cette cohérence, alignement ou « fit » sur la performance de l'organisation (Venkatraman et Prescott, 1990; Naman et Slevin, 1963). Ce « fit » repose sur l'alignement entre la stratégie ou la structure d'une organisation et son contexte externe. Plusieurs auteurs provenant de différentes disciplines s'intéressent à l'environnement des hôpitaux que certains perçoivent comme étant complexe, dynamique et fortement institutionnalisé.

1.3.1 Environnement complexe

La complexité constitue une caractéristique de l'environnement des hôpitaux. La complexité correspond selon Dess et Beard (1984) à l'hétérogénéité et à l'étendue des acteurs d'une organisation. Similairement, pour Daft (2001) qui s'est basé sur les travaux de Duncan (1972), un système devient complexe quand le nombre d'acteurs devient important et quand la dissimilitude entre ces derniers est grande. D'autres auteurs estiment également que le nombre élevé des interrelations entre les acteurs renforce le caractère complexe du système (McDaniel et Driebe, 2001; Joffre et Koenig,

1984; Mac Cann et Selsky, 1984; Dess et Beard, 1984; Emery et Trist, 1965). Cette notion de complexité renvoie donc à une diversité et à une hétérogénéité des éléments composant un système.

Si l'on se tourne vers la complexité d'un réseau comprenant plusieurs organisations, les organisations fortement reliées les unes aux autres créent un environnement turbulent dont les propriétés sont dépendantes de l'action de chacune (Taylor, 2001; Davis et Meyer, 1999). Puis lorsqu'un élément composant l'environnement change, ce dernier aura un impact significatif sur d'autres éléments. Cette situation peut remettre en cause le système de gestion actuel de la santé (Begun et Kaissi, 2004).

Comme nous l'avons noté auparavant, les hôpitaux se distinguent par l'hétérogénéité des pratiques professionnelles et par le nombre important de professionnels qui y travaillent. De plus, les établissements de santé traitent avec un grand nombre d'acteurs externes dont les patients, les fournisseurs, les institutions d'enseignements, les gouvernements et les associations professionnelles qui diffèrent fortement (Begun et Kaissi, 2004; Ginter, Swayne et Duncan, 2002). En ce qui concerne les interrelations dans la structure hospitalière, lorsqu'une pratique professionnelle est modifiée, elle peut engendrer des répercussions sur d'autres pratiques (Begun et Kaissi, 2004).

Plusieurs auteurs soutiennent qu'un environnement complexe est à l'origine de certains dysfonctionnements de la configuration professionnelle. En d'autre termes, les hôpitaux font face à des pressions qui les forcent à reconfigurer leur structure organisationnelle et à changer leur façon de coordonner le travail afin d'améliorer leur performance (Begun et Kaissi, 2004; Glouberman et Mintzberg, 2001a ; Contandriopoulos et al., 2000). Mais, cette structure n'est pas appropriée pour anticiper les changements et pour éviter les menaces qui émanent de leur environnement (Ackoff, 2000; Nadler et Tushman, 1997; Nonoka et Takeuchi, 1995). Certains auteurs proposent donc une plus grande intégration et une coordination efficace des hôpitaux (Begun et Kaissi, 2004; Kumar,

Subramanian et Strandholm, 2002; Glouberman et Mintzberg, 2001a et b). Ce concept d'intégration se définit, de manière générale, à la volonté de resserrer les liens entre les différentes composantes d'une organisation, d'assurer leur compatibilité ainsi que leur bon fonctionnement (Larousse, 1999). Cette transition vers une intégration et une coordination nécessite d'une part, de concevoir les organisations qui la composent sur la base des processus et d'autre part, de comprendre les liens d'interaction et de communication entre les divers niveaux de prise de décision (Astley et Zajac, 1991). Une telle restructuration des systèmes permettrait aux acteurs engagés dans les activités conjointes de mieux répondre à un environnement complexe et d'atteindre les objectifs de performance fixés (Bartlett et Ghospal, 1990).

1.3.2 Environnement dynamique

L'environnement d'une organisation peut aussi aller du plus stable au plus dynamique. En général, le dynamisme se distingue par le degré de changements ou de variations des facteurs constituants l'environnement (Daft, 2001; Bourgeois, 1985).

Certains auteurs sont d'avis que l'environnement des hôpitaux est dynamique (Kumar, Subramanian et Strandholm, 2002; Christensen, Bohmer et Kenagy, 2000; Scott et al., 2000; Morrison, 2000; Meyer, Brooks et Goes, 1990). Dans son ouvrage, *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Scott (2000) et son équipe ont étudié le changement social dans le secteur de la santé. En fait, ces chercheurs ont fourni une analyse détaillée des transformations de la structure de pouvoir et du fonctionnement des établissements de la santé de la région de San Francisco, et ce depuis la deuxième guerre mondiale. Certains chercheurs soulignent que les changements auxquels ils sont confrontées sont significatifs, discontinus et non linéaires (McDaniel et Driebe, 2001; Scott, 2000). Par définition, un environnement discontinu est turbulent, volatile et incertain (Zuckerman, 2002). De plus, Ansoff et McDonell (1990) ajoutent que les changements discontinus sont des changements qui ne peuvent être maîtrisés par les organisations. On peut donc noter que l'imprévisibilité du

changement gène l'organisation qui souhaite un environnement stable. Pour d'autres, un environnement non linéaire signifie que les intrants et les extrants ne sont pas en corrélation directe (Glouberman et Zimmerman, 2002; McDaniel et Driebe, 2001).

Des auteurs stipulent que les hôpitaux doivent réagir rapidement aux divers changements de leur environnement afin d'augmenter leur performance (Robinson et Casalino, 1996; Meyer, Brooks et Goes, 1990). Ainsi, ces changements les conduisent à reconsidérer leurs capacités afin d'assurer leur survie (Stefl, 1999) mais plusieurs établissements de la santé n'ont pas réussi cette adaptation (Vogel, Langland-Orban et Gapenski, 1993; Cleverly et Harvey, 1992). Pour réussir cette adaptation, la meilleure solution serait de changer la façon de faire pour améliorer leur efficacité et leur efficience (Beekum et Ginn, 1993; Ginn, 1990; Shortell, Morrison et Friedman, 1990; Autrey et Thomas, 1986).

D'autres auteurs notent que l'environnement dynamique du secteur de la santé est conçu comme une source d'informations influençant la prise de décision dans l'organisation et qui la conduit à l'adaptation d'une variété de stratégies (Kumar, Subramanian et Yauger, 1998; Lamont, Marlin et Hoffman, 1993; Beekum et Ginn, 1993; Ginn, 1990; Shortell, Morrison et Friedman, 1990). Leurs études démontrent que les hôpitaux qui reflètent un ajustement approprié entre l'environnement et la stratégie détiennent une performance plus élevée. Cependant, cela ne signifie pas que tous les professionnels de l'organisation doivent appliquer la même stratégie. En fait, le personnel soignant et les gestionnaires ne perçoivent pas l'environnement de la même façon. Or, les choix stratégiques vont être divergents selon les caractéristiques perçues de l'environnement auquel ils sont soumis (Lefebvre et al., 1997).

De plus, l'environnement des hôpitaux est passé au fil des années d'un niveau prévisible à imprévisible (Ross, Wenzel et Mitling, 2002). Pour Begun et Kaissi (2004), Daft (2001), Ganesan (1994) et Duncan (1973), l'association complexité et dynamisme va

produire de l'incertitude. L'ouverture des hôpitaux sur l'environnement les expose à faire face constamment à l'incertitude. En fait, l'incertitude se caractérise par un manque d'informations sur les facteurs environnementaux rendant ainsi impossible la prévision de l'impact d'une décision sur l'organisation (Morris et al., 1995). Toutefois, les hôpitaux aux prises avec de l'incertitude cherchent par tous les moyens à la réduire en s'appuyant sur des mécanismes de standardisation. Or, dans un environnement incertain, les organisations devraient adoptées une structure plus flexible (Morris et al., 1995).

1.3.3 Environnement institutionnel

Les hôpitaux oeuvrent dans un environnement fortement institutionnalisé qui engendre des pressions sur les composantes techniques (professionnels qui produisent les services) et managériales (administrateurs qui gèrent les ressources humaines, matérielles et financières) pour la production de ces services (Parsons, 1960).

Un environnement institutionnel se caractérise par des règles économiques, sociales, politiques et légales qui contraignent les organisations à adopter différentes structures et processus en conformité avec celles-ci (North, 1990). En fait, les hôpitaux sont soumis à des exigences institutionnelles multiples et souvent conflictuelles (Scott, Ruef, Mendel et Caronna, 2000; Ruef et Scott, 1998). En effet, «the hospitals operate in highly institutionalized environments that place substantial pressure on both their technical and managerial components» (Lemieux et al., 2003, p.761). Le personnel soignant, les fonctionnels du support logistique et administratif, et les autres professionnels sont fortement influencés par l'environnement institutionnel, lesquels les amèneront à se conformer aux normes et à répondre aux attentes de leur environnement pour acquérir la légitimité et le soutien nécessaire à leur bon fonctionnement (Ruef et Scott, 1998). Ruef et Scott (1998) ajoutent que les transformations majeures de ce secteur sont souvent dictées par des normes institutionnelles.

1.4 SOMMAIRE

Ce premier chapitre a présenté la problématique générale de la présente recherche. Nous avons recensé les enjeux actuels auxquels sont confrontés les systèmes de soins de santé. Le système de santé du Québec, tout comme celui de la plupart des sociétés, doit faire face à une crise des finances publiques qui correspond à une croissance des dépenses. Aujourd'hui, les hôpitaux occupent une importante place au sein de la prestation des services aux patients. En fait, cette catégorie se situe au premier rang du total des dépenses nationales de santé. L'une des principales préoccupations du secteur de la santé est le vieillissement de la population qui coïncide avec une augmentation de la demande pour des services de santé. Face à ces enjeux, les gouvernements ont pris plusieurs initiatives pour stabiliser, assurer la viabilité à long terme et améliorer la performance de leur réseau. De façon générale, les réformes de ce secteur sont un bon exemple d'initiatives visant à améliorer la qualité des services publics et à répondre aux besoins de la population. En dépit des réformes implantées dans les hôpitaux, ceux-ci font face à de nombreuses difficultés en grande partie issues du contexte organisationnel propre aux hôpitaux (section 1.2) et des caractéristiques de leur environnement (section 1.3).

CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE ET FONDEMENTS THÉORIQUES

Le système de santé québécois, sous l'influence des facteurs exogènes et endogènes, a connu des transformations importantes au cours des dernières années tant au niveau de sa structure qu'au niveau de la prestation des services. Ces transformations du système de santé ont eu des effets à plusieurs niveaux notamment celui des approvisionnements. Les gestionnaires en approvisionnement se mirent à la recherche de diverses stratégies afin d'accroître l'efficience et la pertinence du système. Ainsi, parmi les idées suggérées, certaines visent à partager avec d'autres établissements de santé des activités d'approvisionnement en vue de créer un réseau. De plus en plus d'intervenants voient en l'intégration de la chaîne d'approvisionnement, la possibilité de sources d'économies importantes et à une amélioration de sa performance. Dans ce contexte, l'intégration des soins et des services est au cœur de plusieurs réformes de santé et elle est perçue comme une stratégie porteuse de solutions aux dysfonctionnements du système de santé.

Afin de bien situer la problématique spécifique, ce chapitre se divise en quatre sections. La première section introduit la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé. La deuxième section présente une revue de littérature de la notion de collaboration. La troisième section examine les stratégies fondées sur des relations de coopération du secteur de la santé tandis que la dernière section discute de l'impact des arrangements organisationnels sur la performance des établissements de santé.

2.1 CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Nous entamons cette première section en définissant la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé. Ensuite, les particularités auxquelles doivent composer ce secteur sont présentées. Nous terminons cette section en identifiant les contraintes ainsi que les priorités du réseau québécois de la santé.

L'offre de soins de santé s'appuie sur une multitude de biens et de services entourant la prestation de services médicaux aux patients qui sont déployés dans l'établissement de santé par un ensemble d'activités. Pour Swinehart et al. (1995), ces activités réalisées à l'intérieur d'un hôpital gèrent différents types d'intrants et d'extrants. Selon ces auteurs, un établissement de santé se compose de cinq principales activités : logistique interne, gestion de la demande, opérations et services, logistique externe et services aux patients. Ces auteurs mentionnent que la logistique interne joue un rôle majeur pour assurer le fonctionnement optimal d'un centre hospitalier. Chow et Heaver (1994) identifient trois grandes activités de logistique hospitalière, soit l'approvisionnement, la production et le réapprovisionnement. Ainsi, Christopher (1994) définit la logistique hospitalière comme « un réseau d'organisations qui, d'amont en aval, sont engagées dans les activités et les processus créateurs de valeur qui prennent la forme de produits et de services livrés au consommateur final ». Tixier et al. (1998) ajoutent que le processus logistique est « qualifié de stratégique du fait que l'entreprise s'appuie dessus pour organiser ses propres rouages dans le but d'atteindre ses objectifs de façon optimale, c'est-à-dire au moindre coût, tout en respectant les contraintes qu'elle estime importantes » (p.33).

Jusqu'à ce jour, différentes études ont tenté de cerner les coûts relatifs aux activités de la chaîne d'approvisionnement d'un établissement de santé. Ces activités représentent une part importante des fonds d'exploitation d'un centre hospitalier. Selon certaines études, les activités de logistique peuvent représenter entre 30% et 46% des dépenses annuelles d'un hôpital (Bourgeon et al., 2001; Landry et Beaulieu, 2001; Chow et Heaver, 1994; Colleti, 1994; Kowalski, 1993; Henning 1980).

2.1.1 Particularités de ce secteur

L'une des particularités de la chaîne d'approvisionnement du secteur québécois de la santé est la multiplication des canaux de distribution (Rivard-Royer et Beaulieu, 2002). En général, un hôpital peut entretenir des relations d'échanges avec des manufacturiers

alors que certaines fournitures médicales transiteront par des distributeurs (Bowersox et Closs, 1996).

Une autre particularité du secteur québécois de la santé se caractérise par la présence de corporations d'achats. Dans les années 1970, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec a créé onze regroupements régionaux d'achats ayant pour mission de négocier des contrats d'approvisionnements confiés par les établissements de leur territoire. Le financement de ces groupes d'achats en commun est réalisé à même une cotisation des établissements. L'objectif des corporations d'achats est d'augmenter le pouvoir de négociation du secteur de la santé auprès des fournisseurs en centralisant la négociation de besoins communs aux établissements. Cette consolidation permet à ces établissements d'acquérir un rapport de force vis-à-vis des fournisseurs et de bénéficier de conditions plus avantageuses (Nollet et Beaulieu, 2003; Rozemeijer, 2000; Stefan et Santiago, 1989). Ainsi, cette pratique réduit les coûts de gestion puisque le processus de négociation est assumé par une seule organisation (Essig, 2000). Plus précisément, ces groupes d'achats en commun ont la responsabilité d'évaluer, de rechercher des fournisseurs, de négocier et de rédiger les contrats d'achats. Par exemple, la part des achats du réseau de la santé québécois négocié par ces groupes est de 45% (Beaulieu et Nollet, 2003) alors qu'aux États-Unis cette proportion est plus élevée, soit de 70% (Muse et Associates, 2000). En plus de la corporation d'achats, le secteur de la santé se caractérise par la présence d'un autre intervenant, soit le service des approvisionnements. En fait, son rôle n'est que le soutien de l'organisation puisque la finalité du système est de soigner les malades. Selon Landry et Beaulieu (1999), le service des approvisionnements regroupe deux activités de gestion des matières : la gestion des approvisionnements et la distribution interne. Outre ces activités, certains services gèrent les activités de production (buanderie, imprimerie et stérilisation).

Ainsi, la troisième particularité de ce secteur est que les activités d'approvisionnement sont fragmentées entre plusieurs acteurs qui commandent eux-mêmes leurs produits.

Dans un centre hospitalier, par exemple, les pharmaciens achètent, gèrent, supervisent la distribution et l'entreposage de tous les médicaments administrés aux patients (Burnette, 1994). Dans d'autres établissements, certaines activités pouvant être faites par le service des approvisionnements sont réalisées par le personnel soignant (Chow et Heaver, 1994; Kowalski, 1993). Par exemple, la distribution des fournitures médicales est gérée en grande partie par le personnel de soutien et par une centrale de distribution qui relève de la direction des soins infirmiers. Par ailleurs, une partie des activités de négociation est réalisée par le service des approvisionnements et par les corporations d'achats. De plus, certains produits sont gérés par d'autres services, par exemple le service alimentaire s'occupe des repas. Ce fractionnement de ces activités limite l'intervention du service des approvisionnements qui doit composer avec plusieurs acteurs lorsqu'il doit effectuer des changements (Landry et Beaulieu, 1999).

Une autre particularité de la chaîne d'approvisionnement est la diversité des produits qui soutiennent directement ou indirectement la prestation des soins et des services (Rivard-Royer et Beaulieu, 2003). La multiplication de produits similaires répondant à un même besoin constitue une source de complexité de gestion. Ces auteurs révèlent qu'un centre hospitalier québécois enregistrait dans son système d'information plus de 200 codes de produits pour les gants médicaux. De manière générale, le personnel soignant a un droit de regard sur le choix des produits. Dans ce contexte, dans un hôpital, on peut retrouver plusieurs produits selon leurs préférences (Landry et Beaulieu, 1999).

Par ailleurs, on peut noter trois autres particularités de la chaîne d'approvisionnement du secteur québécois de la santé (Landry et al., 1998). D'abord, les paliers administratifs tels que le ministère de la santé, les régies régionales et les établissements de soins de santé peuvent donner des directives concernant la gestion des biens et des services d'un hôpital. Ensuite, la politique d'achats qui cible le plus bas prix unitaire entraîne ainsi un fractionnement des gammes de produits et augmente le nombre de fournisseurs. Enfin, le travail des employés du secteur de la santé est régi par des conventions collectives.

2.1.2 Contraintes et priorités de ce secteur

En réponse aux contraintes, les responsables du service des approvisionnements ont mis en œuvre diverses actions en vue de corriger ou d'améliorer la situation. Selon eux, les activités d'approvisionnement peuvent jouer un rôle plus stratégique dans un centre hospitalier. Une étude menée auprès de ces derniers a permis de relever leurs priorités (Landry et Beaulieu, 1999). Le Tableau 2.1 présente dix priorités du moment pour les services des approvisionnements.

Tableau 2.1 : Priorités du service des approvisionnements des centres hospitaliers

1. Revue et amélioration des processus
2. Modernisation des systèmes d'information
3. Fusion et partage de services avec d'autres établissements
4. Formation des employés du service des approvisionnements
5. Standardisation des produits
6. Implantation de nouvelles approches de réapprovisionnement
7. Développement et implantation d'applications de commerce électronique
8. Sensibilisation du personnel médical
9. Rationalisation du nombre de fournisseurs
10. Réduction du personnel

Source : Landry et Beaulieu (1999)

Lorsque l'on observe le Tableau 2.1, on peut noter que la principale priorité du service de soutien est la revue et l'amélioration des processus de la chaîne d'approvisionnement. Une autre priorité qui se dégage est le déploiement d'un système adéquat de gestion de la performance. Une étude menée auprès des gestionnaires en approvisionnement révèle que 40% des répondants sont insatisfaits des indicateurs de performance qu'ils utilisent (Morgan, 2002). Selon Rourke (1981), un système de gestion de la performance permet d'acquérir une meilleure compréhension des opérations réalisées. Pour Jobin, Beaulieu et Blouin (2004), ce système de gestion permet de « rendre opérationnelle la stratégie de l'organisation, à orienter l'action de l'organisation et à améliorer par le fait même les

processus ». Selon certains auteurs, pour mettre en place un système de gestion de la performance, le gestionnaire doit comprendre la mission de l'organisation mais aussi celle spécifique à chacun des services (Jobin, Beaulieu et Blouin, 2004; Rourke, 1981). De plus, selon ces auteurs, le gestionnaire doit comprendre l'environnement dans lequel il évolue et les attentes des intervenants du milieu.

Une étude américaine soulève que l'amélioration des activités de gestion de la demande, des commandes, des fournisseurs et des fournitures permettrait des bénéfices entre 6% et 13,5% des coûts d'approvisionnement (PWC, 2000). Une autre étude indique que les économies proviendraient de l'élimination de certaines activités ou tâches (Cassak, 1999). Selon Poulin (2004), il faudrait réviser les pratiques des soins afin d'améliorer l'exploitation des hôpitaux et d'augmenter leur efficacité et leur efficience. Or, les coûts associés au processus de logistique pourraient être éliminés par l'adoption de meilleures pratiques. D'autres visent une gestion intégrée pour améliorer l'efficacité et éliminer les activités à valeur non ajoutée (Beaulieu, Duhamel et Martin, 2004). Par exemple, une intégration permettrait de transférer les tâches liées aux activités de gestion du matériel du personnel soignant vers le personnel du service des approvisionnements. Pour d'autres, l'externalisation des activités de logistique peut être une manière de recentrer les tâches du service des approvisionnements sur des aspects plus stratégiques (Landry et Beaulieu, 1999). Certains auteurs spécifient que la maîtrise et l'utilisation adéquate des ressources permettraient de dégager ainsi des économies au niveau des activités de réapprovisionnement (Blouin, Beaulieu et Landry, 2001; Perrin, 1994; Kowalski, 1980).

2.2 COLLABORATION

Cette seconde section présente une revue de littérature approfondie autour du processus de collaboration. Nous avons structuré cette section en cinq parties. Tout d'abord, nous identifierons les motivations des échanges relationnels. Par la suite, nous définirons ce que nous entendons par collaboration et par les concepts proches de coordination et de

coopération. Ensuite, nous réviserons divers courants théoriques rattachés aux relations interorganisationnelles. Enfin, nous terminerons cette section en signalant les formes de relations adoptées et les déterminants essentiels pour une collaboration efficace.

2.2.1 Motivations à collaborer

De toute évidence, les études menées jusqu'à maintenant se sont davantage préoccupées des raisons liées à leur formation (Oliver, 1990). Sachant que les motivations qui incitent les organisations à collaborer ensemble sont diverses (Parkhe, 1993; Powell, 1987) et que ces motivations évoluent dans le temps, nous synthétisons les principaux arguments les plus souvent avancés en six catégories.

2.2.1.1 Acquérir des ressources et des compétences

Nombreux sont les auteurs qui développent l'argument que les organisations forment des liens multiples entre elles pour acquérir ou créer de nouvelles ressources dont elles ont besoin (Hamel, 1991; Kogut, 1988; Galaskiewicz, 1985; Van de Ven et Ferry, 1980). Selon Seabright, Levinthal et Fichman (1992), les relations d'échanges sont un ensemble d'arrangement formel ou informel entre des organisations impliquées dans le transfert des ressources. Dans cette optique, Hall (1996) souligne que les liens qu'entretiennent les administrateurs internes et externes (director interlocks) permettent d'accéder aux ressources importantes. Il conclut que « the interorganizational linkages through director interlocks are a means by which the resources that are important to organizations and their relationships flow between organizations » (p.251). D'autres auteurs soulignent que ces liens interorganisationnels permettent de stimuler les échanges des informations (O'Sullivan et Geringer, 1993). De plus, au fur et à mesure que les partenaires collaborent ensemble, ceux-ci mettent en commun certaines compétences et ressources afin de créer une synergie (Morgan et al., 1999). Cette synergie permet aux partenaires respectifs d'augmenter collectivement leurs revenus (Dyer et Singh, 1998). Les observations faites par Hagedoorn et Schakenraad (1994)

révèlent que pour profiter des compétences de ses partenaires, les firmes doivent disposer de connaissances complémentaires et communes. Le recours à la collaboration dans le but d'accéder à des compétences complémentaires et communes constitue une véritable stratégie de la part des organisations. Cependant, celles-ci doivent être transférées vers les unités impliquées (Lambert, 1993). Enfin, cette mise en commun des ressources est considérée comme un facteur clé de succès au sein d'une relation d'échanges (Hill et Hellriegel, 1994; Shan, Walker et Kogut, 1994).

2.2.1.2 Apprentissage

La collaboration est également liée à l'apprentissage interorganisationnel (Kale et al., 2000; Hakansson et al., 1999; Hensen, 1999; MacDuffie et Helper, 1997; Liker et al., 1996; Mowery et al., 1996). Certains auteurs affirment que l'apprentissage est un facteur important dans le développement d'un avantage concurrentiel (Argote et Ingram, 2000; Powell, 1996). La coopération devient ainsi une forme d'organisation très recherchée pour avoir accès à des sources de connaissances externes (Mowery, Oxley et Silverman, 1996). Plusieurs organisations créent divers liens qui leur donnent accès aux savoir-faire et aux connaissances des organisations spécialisées (Winter, 1988). Ce transfert de savoir-faire joue un rôle majeur dans le développement des compétences stratégiques et permet au partenaire apprenant d'accumuler des connaissances qui lui permettent de développer de nouvelles habiletés et des pratiques plus performantes. Les interactions entre les firmes permettent aussi de transférer des connaissances, de créer de nouvelles compétences et d'accroître les innovations (Powell, 1987). Selon certains auteurs, les échanges relationnels ont été reconnus comme vecteur pour les activités innovatrices des organisations (Hagedoorn, 2002; Dodgson, 1993). D'après Von Hipper (1988), les réseaux d'affaires possédant les meilleurs mécanismes de collaboration pour transférer leurs connaissances possèdent un net avantage sur les autres organisations. En somme, les firmes développent des liens interorganisationnels pour améliorer leurs capacités d'apprentissage et d'innovation en impliquant une variété de partenaires.

2.2.1.3 Réduire l'incertitude de l'environnement

Dans la littérature sur les relations interorganisationnelles, la formation de liens a été souvent caractérisée comme une réponse adaptative à l'incertitude de l'environnement (Williamson, 1985; Schoorman, Bazerman et Atkin, 1981; Pennings, 1981; Pfeffer et Salancik, 1978; Cook, 1977; Ford et Slocum, 1977; Thompson, 1967). Selon Cook (1977), l'environnement incertain est généré par la rareté des ressources, par le manque de connaissances des fluctuations environnementales et par la disponibilité des firmes à collaborer. De fait, l'incertitude les amène à établir des relations d'échanges pour obtenir une certaine stabilité et prévisibilité. Plusieurs études empiriques ont examiné sur la réduction de l'incertitude au niveau de la collaboration (Provan, 1984; Galaskiewicz, 1982; Aldrich, 1982; Leblebici et Salancik, 1982; Burt, 1980; Burt, Chistman et Kilburn, 1980; Pennings, 1980).

Les entreprises opèrent dans un environnement turbulent et compétitif. Certains auteurs notent que les arrangements collaboratifs constituent un moyen efficace pour obtenir un contrôle sur les conditions instables de l'environnement (Oliver, 1991; Hodge et Anthony, 1988; Williamson, 1985; Galaskiewicz, 1985; Whetten, 1981; Pennings, 1981; Aldrich, 1979; Pfeffer et Salancik, 1978). Les organisations peuvent réduire ainsi leur vulnérabilité et leur incertitude par des liens formels avec d'autres organisations (Daft, 1989). Par exemple, un « joint venture » entre des établissements permet de partager le risque entre les partenaires (Morgan et Spearly, 1984). En d'autres termes, cette forme de relation permet de réduire le risque individuel des organisations car chacune supporte une portion des investissements.

2.2.1.4 Opportunité de croissance

Les organisations établissent des relations non seulement pour contrôler les incertitudes environnementales mais aussi pour tirer profit des occasions d'affaires qui se présentent

dans l'environnement. Certains auteurs affirment que les relations interentreprises sont une manière valable d'assurer la maintenance et la croissance de l'organisation (Evans et Boyd, 1991; Cates, 1983; Van de Ven et Ferry, 1980) vis-à-vis leurs concurrents en dehors du réseau (Jarillo, 1988). Des auteurs soutiennent que le développement des interactions et de la collaboration entre les firmes sont également une source importante d'avantages compétitifs (Bovet et Martha, 2000; Lamming, 1996; Dyer, 1996; Bleeke et Ernst, 1993; Thorelli, 1986). L'obtention d'un avantage compétitif repose notamment sur la nature des relations entre les firmes du réseau (Jarillo, 1988). Le réseau peut être défini comme « un ensemble de moyens et de principes permettant aux acteurs [...] d'établir entre eux des relations génératrices de valeur » (Bressand et al., 1989). Porter (1985) spécifie que la création d'un réseau constitué d'entreprises crée un système à valeur ajoutée qui permet à une firme d'améliorer son avantage compétitif et ce, grâce aux activités à forte valeur ajoutée de ses partenaires. Jeffery (1989) a étudié l'efficacité des relations interorganisationnelles entre les associations de professionnels et d'autres organisations. Il conclut que ces firmes établissent des liens de collaboration car « they provided opportunities to discuss areas of common ground and common goals, and to foster a spirit of cooperation and support » (p.93). Enfin, Contractor et Lorange (1988) notent que les firmes forment des alliances pour améliorer l'efficience et pour faciliter l'expansion.

2.2.1.5 Mandats

Levine et White (1961) s'intéressent particulièrement à la notion d'échange comme base conceptuelle pour l'étude des relations interorganisationnelles. Ces auteurs définissent la collaboration comme « une action volontaire qui a des conséquences actuelles ou anticipées pour la réalisation des buts et des objectifs de chacune des organisations » (p.588). La plupart des recherches sur les échanges relationnels assument que les firmes collaborent de façon volontaire, partagent des buts communs et ont un pouvoir égal mais ceci ne reflète pas l'ensemble des arrangements institutionnels (Westly et Vredenburg,

1991; Gray et Hay, 1986; Pfeffer et Salancik, 1978). En fait, certains arrangements collaboratifs sont mandatés par la loi (Van de Ven et Ferry, 1980). À partir d'une revue des investigations provenant des relations d'échanges formelles, Cates (1983) mentionne que ces dernières surgissent en réponse à l'influence externe sous forme de mandat. Les organisations ayant des intérêts et des objectifs communs sont liées par des lois afin de travailler ensemble pour l'accomplissement d'un mandat. Or, ces relations ne sont pas formées volontairement. Les mandats issus des autorités, tels que les gouvernements, peuvent obliger les organisations à avoir des liens coopératifs entre elles qui autrement ne pourraient pas s'être produits volontairement (Oliver, 1990).

De plus, lorsqu'il y a reconnaissance de la légitimité du mandat par les parties prenantes (Whetten, 1981), la relation devient plus efficace si elle est basée sur la volonté des organisations à établir une relation d'échanges. Cependant, il est important que les parties voient des avantages pour instaurer des liens de concertation (Rodal, 1993; Rodal et Mulder, 1993; Schneider, 1988; Viau et Rousset, 1983). Une relation mandatée augmente non seulement la fréquence des interactions entre les organisations respectives (Aldrich, 1976) mais peut réduire la perception de celles-ci sur le pouvoir de son environnement (Whetten et Leung, 1979).

2.2.1.6 Recherche de pouvoir et de contrôle

La recherche de pouvoir et de contrôle représente un autre argument qui incitent les organisations à collaborer ensemble. Souvent ces dernières entretiennent des relations collaboratives afin de contrôler les connaissances, les informations et les processus décisionnels (Morgan, 1997). De façon générale, le pouvoir est un aspect central de la coopération car il joue un rôle médiateur entre les procédures et les ressources. Daft (1989) décrit que les firmes cherchent à réduire leur vulnérabilité en ce qui concerne les ressources en établissant des liens avec d'autres organisations, mais au même moment, ils le font pour maximiser leur pouvoir. Hall (1996) suggère que les liens

interorganisationnels dans le secteur privé se produisent pour réduire l'autonomie des autres organisations et ceci devient un dispositif pour gérer la compétition pour contrôler l'incertitude dans les organisations à profit. En formant des relations, les entreprises augmentent leur pouvoir afin de gérer l'incertitude de leur environnement.

Selon certains auteurs, la nature des relations garantit que les organisations qui entrent en relation avec d'autres vont perdre un peu leur degré d'autonomie (Martin et Samels, 1994). La littérature sur la collaboration soulève que les entreprises évitent de collaborer pour préserver leur autonomie (Oliver, 1990; Galaskiewicz, 1985; Williamson, 1985; Aldrich, 1979; Pfeffer et Salancik, 1978) mais ces dernières ont besoin des ressources pour survivre. Cette motivation les amène à compromettre leur autonomie en formant des relations coopératives (Pfeffer et Salancik, 1978). Certains auteurs soulignent que la collaboration est perçue comme une menace pour leur autonomie. En fait, les firmes cherchent à structurer les relations de façon à préserver autant que possible leur autonomie (Oliver, 1991; Knoke, 1983). En ce sens, les relations d'échanges forment une action collective pour satisfaire les intérêts communs de tous (Elkhawas, 1997).

2.2.2 Concepts de collaboration, de coordination et de coopération

Dans la littérature sur les relations interorganisationnelles, les concepts de collaboration, de coordination et de coopération ont été abondamment évoqués et utilisés de manière interchangeable pour décrire le processus dans lequel des individus, des groupes ou des organisations mettent en commun des ressources, travaillent ensemble et en partenariat pour accomplir un but commun (Gadja, 2003). Certains auteurs considèrent donc la collaboration comme un processus interactif et émergent (Logsdon, 1991; Gray, 1989). D'une part, c'est un processus interactif car les partenaires s'engagent collectivement dans un processus prévu pour créer de la valeur pour tous. D'autre part, c'est un

processus émergent car les solutions évoluent graduellement pendant que les partenaires explorent leurs différences relatives à la problématique actuelle.

Selon Homans (1950), la relation interorganisationnelle est un système d'action social. Ce dernier la définit comme

> « the actions of the organizational parties are interdependent, and over time, member organizations or their representatives take on specialized roles and develop behavioral expectations of each other regarding the rights and obligations of memberships in the interorganizational collaboration ».

Plusieurs travaux ont cherché à dresser une typologie de ces concepts mais ces derniers connaissent des définitions et des approches différentes amenant une confusion autour de leur signification (Huxham, 1996).

2.2.2.1 Collaboration

La plupart des auteurs qui ont étudié la notion de collaboration s'entendent à dire que ce concept constitue un continuum entre un « faible » et un « fort » niveau d'intégration organisationnelle. Toutefois, l'incertitude est un facteur qui rend l'intégration difficile. Les travaux de Lawrence et Lorsch (1989) montrent que les firmes les plus performantes sont celles qui parviennent à une différenciation requise et qui sont ensuite en mesure d'intégrer les différentes unités d'une organisation. Selon eux, le niveau d'intégration se détermine par l'intensité du processus d'alliance, de sa structure et de ses objectifs. Ces chercheurs précisent que l'intégration permet de résoudre efficacement les problèmes d'interdépendances auxquels les acteurs sont confrontés. Pour ces auteurs, le mode de résolution des conflits privilégié est la négociation. Peterson (1991) estime que le niveau le plus faible est la coopération, le niveau intermédiaire est la coordination, le niveau le plus fort étant la collaboration. Bailey et Koney (2000) prolongent cette idée en ajoutant

parmi les différents niveaux d'intégration celle où l'un des partenaires abandonne complètement son autonomie pour renforcer l'organisation survivante.

La collaboration dans l'organisation n'est pas un phénomène nouveau. Récemment, Phillips, Lawrence et Hardy (2000) définissaient la collaboration comme « a cooperative relationship among organizations that relies on neither market nor hierarchical mechanisms of control ». Cette définition réduit la notion de collaboration à la relation de coopération volontaire entre des organisations qui coordonnent les activités à l'aide de mécanisme de contrôle axé sur la réciprocité des transactions, l'existence des valeurs et des croyances partagées (Ouchi, 1980). Pour Gray (1989), la collaboration constitue un

> « process through which parties who see different aspects of a problem can constructively explore their differences and search for solutions that go beyond their own limited vision of what is possible [...] the objective of collaboration is to create a richer, more comprehensive appreciation of the problem among the stakeholders than any one of them could construct alone » (p.5).

Schrage (1990) énonce que le processus de collaboration signifie une création partagée entre deux ou plusieurs entités possédant des compétences complémentaires qui se lient pour créer un entendement commun qu'aucun n'avait possédé antérieurement ni n'aurait pu atteindre lui-même. Ce mode d'échange ou de partage des ressources permet ainsi de prendre des décisions ou de réaliser une activité qui généreront des avantages ou des pertes qui seront partagées. De plus, l'auteur révèle que pour rendre la collaboration vraiment effective, il est nécessaire de mettre en place un certain nombre de mécanismes qui faciliteront la communication entre des individus qui doivent collaborer ensemble. Dans ce contexte, certains auteurs soutiennent que la collaboration nécessite une implication et un effort dynamique et continu de l'ensemble des décideurs (Pollard, 2002; Kagan, Riviera et Parker, 1991). De plus, la collaboration se caractérise par la mise en commun des ressources tangibles entre des partenaires d'un même secteur d'activités ou de secteurs différents dans le but de résoudre des problèmes complexes

pour lesquels aucun d'eux ne peut trouver de solution isolément, même si la frontière entre les intérêts particuliers ou collectifs est parfois ambiguë, mal définie, voire artificielle (Abranson et Rosenthal, 1995; Gray, 1985).

D'autres auteurs soulignent que la collaboration interne mène à un meilleur alignement des buts entre les partenaires (Jap, 2001; Anderson et Narus, 1990). Cet alignement des buts correspond à une poursuite commune des objectifs convergents et simultanés (Eliashberg et Michie, 1984; John et Reve, 1982; Schmidt et Kochan, 1977). Jap (2001) soutient que les efforts d'alignement des buts ont un effet positif sur la capacité à réduire l'opportunisme dans la relation et à préserver l'avantage concurrentiel au sein de la relation. Les études sur le processus de collaboration indiquent que le partage des buts requiert le développement d'une vision et une compréhension des différentes cultures et valeurs des parties prenantes (Huxham et Vangen, 2000). La collaboration nécessite aussi l'établissement d'un niveau d'engagement et d'un niveau de chevauchement des buts des partenaires par rapport à ceux des organisations autonomes pour atteindre les résultats désirés (Hageman et al., 1998). Selon Jacobs (2002), la collaboration constitue une situation de travail collectif dans laquelle les buts et les objectifs sont communs, partagés ou décidés conjointement. De façon similaire, Bailey et Koney (2000) définissent la collaboration comme un processus par lequel les participants travaillent ensemble pour développer des stratégies communes afin de réaliser conjointement des buts déterminants tout en maintenant leur organisation autonome. Partant de ce constat, les arrangements collaboratifs répondent à un besoin de développer et de nourrir des relations fonctionnelles entre des partenaires, fréquemment basées sur des affinités personnelles ou professionnelles.

La collaboration peut être imposée mais doit évoluer vers une forme plus volontariste (Westly et Vredenburg, 1991; Gray et Hay, 1986; Pfeffer et Salancik, 1978). Le but de la collaboration est de « créer une vision partagée et des stratégies conjointes pour régler les préoccupations qui dépassent le ressort individuel d'une seule des parties

concernées » (Pfeffer et Salancik, 1978, p.5). Cette approche requiert des arrangements formels se concrétisant par une compréhension et par une planification à long terme qui conditionnent les comportements individuels et collectifs (Chrislip et Larson, 1994). Ces arrangements permettront l'échange d'expériences ou le partage des ressources afin d'obtenir des bénéfices mutuels (Huxman, 1996; Wagner, 1995). La collaboration est aussi motivée par un phénomène d'accomplissement social (Berger et Luckmann, 1966). D'autres auteurs soutiennent que la collaboration est un processus émergent entre des individus interdépendants qui cherchent des réponses aux questions qui les concernent à travers la négociation (Phillips, Lawrence et Hardy, 2000; Lawrence, Phillips et Hardy, 1999; Gray, 1989).

2.2.2.2 Coordination

La définition de coordination fournie par Aiken et al. (1975) est la suivante : « [...] the articulation of elements in a social service delivery system so that comprehensiveness of, compatibility among, and cooperative among elements are maximized ». Dans les concepts qui composent cette définition, nous en distinguons trois, à savoir : (i) la présence et la disponibilité des ressources et des services nécessaires pour combler les besoins des partenaires du système; (ii) la compatibilité des éléments du système, un facteur important de la nature de ce lien entre les parties du système équivalent au degré de standardisation des activités. En fait, une plus grande standardisation correspondrait à un plus grand degré de coordination atteint à travers des liens bien déterminés entre les éléments; avec un degré moindre de standardisation, la coordination devrait être atteinte par la transmission continuelle de nouvelles informations; et, enfin (iii) la qualité de la relation entre les individus qui travaillent dans le système.

Certains auteurs notent que la coordination serait un processus d'ajustement décisionnel et d'action collective entre des partenaires (Morissey et al., 1982; Hall et al., 1977; Warren, Rose et Bergunder, 1974). Dans façon similaire, Ouellet et al. (1995) révèlent

que la coordination est la mise en ordre, de manière cohérente d'un ensemble d'actions, ainsi que l'organisation de ces actions, en vue d'obtenir un but recherché. Par ailleurs, la coordination se caractérise par des règles plus formelles, la présence de buts et d'actions communs, impliquant plus de négociation (Mulford et Rogers, 1982). Pour Bailey et Koney (2000), la coordination signifie une relation dans laquelle des groupes indépendants ont des activités communes sans un niveau d'intégration élevé. Ces auteurs ajoutent que les partenaires fixent ensemble les résultats à atteindre et sont donc solidairement responsables des effets de l'intervention.

Le facteur clé de la coordination réside dans le fait que les transactions impliquent un but collectif. Pour Alter (1990), la coordination correspond au fait que les organisations s'engagent à atteindre des buts difficiles et à gérer l'incertitude de l'environnement. La coordination agit comme un mécanisme de contrôle et d'intégration des tâches à travers les barrières organisationnelles. D'après lui, la coordination se définit par l'utilisation de méthodes coopératives. La coordination requiert donc une planification conjointe des activités et des rôles articulés et différenciés (Reilly, 2001). En réalité, la coordination désigne le fait d'harmoniser, d'unir et d'orienter tous les efforts vers le même but (Fayol, 1949).

En transposant ces diverses définitions au contexte des relations interorganisationnelles. La structure peut être interprétée, en tant que la manière, avec laquelle le travail interorganisationnel est partagé entre les organisations partenaires en leur assignant des rôles spécifiques et en la manière avec laquelle la coordination est atteinte à travers ces rôles (Kumar et Van Dissel, 1996). Ainsi, le niveau de structuration de la relation peut influencer le potentiel de coordination interorganisationnel. En effet, Thompson (1967) a essayé d'examiner la relation entre les types d'interdépendance (partagée, séquentielle et réciproque) et les types de coordination (standardisation, planification et ajustement mutuel) nécessaires pour gérer ces interdépendances.

2.2.2.3 Coopération

Plusieurs auteurs utilisent de façon interchangeable les notions de collaboration et de coopération (Mintzberg, Ahlstrand et Lampel, 1998; Alter et Hage, 1993; Hamel, Doz et Prahalad, 1989; Rogers et Whetten, 1982). Selon certains auteurs, la coopération se définie comme un processus par lequel les individus, les groupes et les organisations travaillent ensemble, interagissent et établissent des relations afin d'obtenir des gains appréciables (Smith, Carroll et Ashford, 1995). Selon Hennart (1988), la coopération constitue un moyen de combiner des compétences tacites ou complémentaires, un dispositif organisationnel pour les acquérir ou les échanger sans engagement irréversible (Doz, 1992).

Pour Ring et Van de Ven (1994), les relations de coopération sont « socially contrived mechanisms for collective action, which are continually shaped and restructured by actions and symbolic interpretations of the parties involved » (p.96). Smith, Carroll et Ashford (1995) définissent la dynamique de la coopération par la volonté des partenaires à poursuivre des relations coopératives. En d'autres termes, la coopération serait une forme d'interaction volontaire par laquelle deux entités ou plus orientent leurs actions vers l'obtention de résultats collectifs en cherchant à la fois la réalisation de leurs propres objectifs en conservant leur propre autonomie (Morrisey, Hall et Lindsey, 1982; Cohen, 1982). La coopération représente la concertation entre deux partenaires lorsque l'implication conjointe est moins forte, c'est-à-dire que les organisations poursuivent leurs propres mandats, conservent leur autonomie et visent un résultat commun. La coopération implique l'existence d'une vision commune, la volonté de collaborer, ainsi que la reconnaissance d'une responsabilité partagée face au problème considéré (Gray et Wood, 1991). Cette définition va tout à fait dans le sens de Friedberg (1993) pour qui la coopération est le problème central de toute organisation et reste au cœur de l'action collective des hommes. Pour Friedberg, il s'agit d'un « processus de structuration et de restructuration des contextes d'actions dans lesquels se déploie l'action collective des hommes » (p.11). Pour d'autres, la coopération implique des actions délibérées mais les

buts mutuels ou collectifs ne sont pas un préalable à des relations de coopération (Morrissey et al., 1982). Selon Bailey et Koney (2000), la coopération constitue un type d'arrangement dans lequel les organisations choisissent de travailler ensemble pour partager entre autres des informations qui vont permettre de supporter chaque activité de l'organisation.

La coopération caractérise une relation informelle qui existe dans une structure formelle dont le but est le partage des informations spécifiques à un problème (Reilly, 2001) mais les organisations coopératives conservent peu d'autonomie (Mulford et Rogers, 1982). La coopération aussi repose sur des relations spécifiques entre des unités bien identifiées qui coordonnent les activités à l'aide de mécanismes : des arrangements formels se concrétisant par des contrats et des conventions formelles qui conditionnent les comportements. En fait, Cerisier (1999) définit la coopération comme une organisation collective du travail dans laquelle la tâche à satisfaire est fragmentée en sous-tâches, chacune de celles-ci est ensuite affectée à un acteur, soit selon une distribution parfaitement horizontale dans laquelle tâches et acteurs sont équivalents, soit selon une logique d'attribution en fonction des compétences particulières de chacun.

Nous constatons, à travers la recension de ces écrits, que les définitions de collaboration, de coordination et de coopération se chevauchent. La collaboration étant un processus dynamique et émergent, la coopération et la coordination constitueraient des relations interorganisationnelles à caractère plus statique (Gray, 1989). La différence entre les deux concepts serait au niveau du degré de structuration de la relation collaborative. Selon Mulford et Rogers (1982), la coopération «is more likely to be characterized by informal trade offs and by attempts to establish some reciprocity in the absence of rules». Pour Gray (1989), la coordination « refers to formal institutionalized relationships among existing networks of organizations » (p.15). Pour Wagner (1995), la coopération est différente de la collaboration en ce sens que la coopération a une connotation de quantité de tâches à exécuter et de quantité d'efforts personnels à fournir.

La collaboration est aussi un concept distinct de la coopération et de la coordination (Chrislip et Larson, 1994). La collaboration indique travailler ensemble pour un bénéfice mutuel. A ce qui a trait à la coopération et à la coordination, ces dernières impliquent des arrangements institutionnels parallèles mais qui n'implique pas nécessairement de travailler ensemble pour aider chaque partenaire à accomplir ses propres buts (Chrislip et Larson, 1994; Mandell, 1994).

2.2.3 Fondements théoriques explicatifs de la collaboration

Le phénomène de la collaboration a été considéré d'après différentes perspectives dans la littérature sur les organisations et chacune d'elle a abordé ce processus sous un angle différent. Les fondements théoriques retenus nous permettent de relever les explications majeures avancées par les auteurs.

2.2.3.1 Théorie des coûts de transaction

La première de ces perspectives a été la théorie des coûts de transactions. Cette théorie tente d'expliquer les motifs qui poussent les firmes à créer des relations d'échanges et les modes de coordination que les firmes engagées dans une relation préconisent pour survivre (Gomes-Casseres, 1996). Aussi, la théorie des coûts de transaction a été utilisée pour étudier la collaboration et les avantages en termes d'efficience des alliances stratégiques (Williamson, 1991; 1983; 1981; 1979). Cette théorie postule que l'efficience constitue le facteur responsable du changement organisationnel et donc des relations d'échanges. De plus, certains théoriciens soutiennent que les firmes s'engagent dans une relation interorganisationnelle pour réduire les coûts de transaction et pour améliorer l'efficacité des opérations (Perrow, 1990; Williamson, 1985).

La notion des coûts de transaction trouve son origine dans le célèbre article de Coase (1937) intitulé « The Nature of the Firm ». Prix Nobel d'économie en 1991, Coase est le premier économiste à apporter une réponse à l'existence de la firme et par extension de ses relations d'affaires. Selon lui, en prenant en considération le coût de la transaction, il est possible de justifier l'existence de l'organisation. Il formule alors l'hypothèse que cette dernière permet d'économiser les coûts que doit supporter un producteur ou un administrateur lorsqu'il a recours au marché. Il analyse les sources de coûts associés à l'utilisation d'un marché. Il propose que les coûts peuvent être fortement réduis lorsque les transactions sur le marché sont remplacées par une coopération des agents concernés à l'intérieur d'une firme. Prenant source dans le travail de Coase, Williamson (1975) élabore un cadre conceptuel pour faire un choix, suivant les situations, entre différents modes de coordination dans les relations entre les agents. Ces modes de coordination sont appelés structures de gouvernance. L'efficacité économique est atteinte lorsqu'on jumelle le type de structure de gouvernance le plus efficient aux particularités de la relation d'échanges (Ouchi, 1980). Le choix entre ces modes de coordination est donc déterminé par les conditions de marché qui sont imparfaits (Williamson, 1975). Ainsi, Williamson préconise des modes de coordination spécifique assurant ainsi dans chaque cas une limitation des coûts de transaction.

2.2.3.2 Théorie des échanges

Les pionniers de la théorie des échanges furent Levine et White (1961). Ces auteurs définissent la relation interorganisationnelle comme : « [...]as any voluntary activity between two organizations which has consequences, actual or anticipated, for the realization of their respective goals or objectives ». Cette définition évoque les buts, les objectifs organisationnels et met l'accent sur l'attitude volontaire des acteurs. L'attitude volontaire des partenaires et les concepts de pouvoir et de dépendance (Cook, 1977; Emerson, 1972; Levine et White, 1961) constituent des éléments importants de cette perspective théorique. Le pouvoir est un élément relié à la notion de dépendance dans les

relations d'échanges (Pfeffer et Salancik, 1978, Cook, 1977; Emerson, 1972; Aiken et Hage, 1968; Levine et White, 1961). Emerson (1972) définit le pouvoir « as the level of potential cost which one actor can induce another one to accept » et la dépendance « as the level of cost an actor will accept within a relationship » (p.64). Selon Cook et al. (1983), un réseau d'échanges est « a specific social structure formed by two or more connected exchange relations between actors » (p.277).

La théorie des échanges suppose que les individus, les groupes et les organismes choisiront parmi plusieurs alternatives dans lesquelles ils s'entendent à recevoir des profits. Les récompenses de ces efforts peuvent être sous formes économiques, de statut ou d'attention (Blau, 1974). Cet auteur soutient que les organisations cherchent à maintenir leur interdépendance vis-à-vis des autres organisations. Ces dernières développeront des relations collaboratives pour obtenir une certaine stabilité, et ce dans un environnement changeant et incertain (Bailey et Koney, 2000; Gray et Wood, 1991; Pfeffer et Salancik, 1978).

2.2.3.3 Théorie de la dépendance des ressources

La théorie de la dépendance des ressources, inspirée de l'approche du système ouvert, considère l'organisation comme une entité en interaction avec son environnement. La nature des transactions entre l'organisation et son environnement se produirait à cause des ressources. Conséquemment, une organisation survivra si elle entre en compétition avec succès avec d'autres organisations présentent dans le même environnement. Cette approche de l'efficacité organisationnelle a été adoptée par un grand nombre d'auteurs dans leurs réflexions sur les relations interorganisationnelles (Boyd, 1990; Van de Ven et Walker, 1984; Aldrich, 1976; Pfeffer, 1972). Plusieurs auteurs développent aussi l'argument que les coopérations sont utilisées par les firmes pour acquérir des ressources nouvelles qui lui manquent (Quélin, 1996; Kogut et Zander, 1993; Hamel, 1991; Pisano, 1990; Kogut, 1988; Scott, 1987). L'existence de la firme se définit comme « une

collection de ressources productives » (Penrose, 1959) qui se justifie par la volonté de créer ou de redéployer des ressources.

La notion de ressource telle qu'on la connaît aujourd'hui a été développée la première fois par Penrose en 1959. Les principes de base de cette théorie permettent d'expliquer l'existence des firmes, leur taille mais aussi leur l'hétérogénéité (Andrews, 1971). D'autres auteurs se sont attachés à développer une théorie basée sur les ressources comme Wernerfelt (1984). Ce dernier définit une ressource comme un actif tangible ou intangible appartenant à la société. Tandis qu'Amit et Schoemaker (1993) définissent les ressources comme le stock de facteurs disponibles possédés ou contrôlés par la société. La vision de la société basée sur les ressources perçoit l'entreprise comme un ensemble unique de ressources. De façon générale, les ressources sont disponibles à l'intérieur de l'organisation ou dans l'environnement. Lorsqu'elles sont externes, elles peuvent se transférer d'une entreprise à une autre. Donc, la finalité d'une relation d'échanges consiste à relier les partenaires au niveau de leur ressources et de leurs activités (Hakansson et Snehota, 1995; Pfeffer et Salancik, 1978).

Également, les organisations s'engagent dans des relations d'échanges des ressources pour réduire l'incertitude de l'environnement. Selon Gray et Wood (1991, p.7), « the focus is on minimizing interorganizational dependencies and preserving the organization's autonomy while recognizing that interorganizational relationships are necessary to acquire resources ». Les tenants de cette théorie (Pfeffer et Salancik, 1978) soutiennent qu'en analysant les liens interentreprises à l'intérieur du réseau d'organisations, ceci peut aider les gestionnaires à comprendre le pouvoir et la dépendance des relations qui existent entre l'organisation et les acteurs (Hatch, 1997). De fait, les interdépendances surgissent lorsque les organisations essaient de contrôler ou de gérer plus efficacement les ressources de leur environnement.

Selon Pfeffer et Salancik (1978), l'interdépendance « is a consequence of the open system nature of organizations the fact that organizations must transact with elements of the environment in order to obtain the resources necessary for survival » (p.43). En essayant de maximiser l'utilisation des ressources et d'améliorer leur capacité à gérer leurs ressources, les firmes peuvent joindre leurs forces pour devenir plus efficaces (Gray et Wood, 1991).

Alexander (1995) indique que les organisations deviennent moins autonomes lorsqu'elles reconnaissent les bénéfices relatifs en travaillant ensemble avec une autre organisation pour un but mutuel. Alexander (1995) distingue trois différents types d'interdépendance (naturelle, volontaire et artificielle). L'interdépendance naturelle évolue lorsque les forces environnementales lient les entreprises à collaborer ensemble. Lorsque les organisations sont liées volontairement pour un bénéfice mutuel, le lien est volontaire. Lorsque ces dernières sont forcées de travailler ensemble dû aux normes, le lien devient artificiel. Enfin, la théorie de la dépendance des ressources accorde à l'entreprise la possibilité d'être performante en fonction de l'agencement de ses capacités (Hamel et Prahalad, 1989; Wernerfelt, 1984).

2.2.3.4 Théorie des systèmes ouverts

Les tenants des systèmes ouverts postulent que les organisations doivent constamment interagir avec leur environnement pour survivre car l'environnement et l'organisation sont dans un état d'interdépendance mutuel (Katz et Kahn, 1978; Kast et Rosenzweig, 1973). Les premiers travaux sur la théorie des systèmes remontent à ceux de Ludwig Von Bertalanffy vers 1925, biologiste et psychologue autrichien, il désirait construire une théorie générale des êtres vivants en tant que systèmes. Il publie en 1962, « *The General System Theory* », dans lequel il accuse l'insuffisance et le réductionnisme des théories classiques et des hypothèses mécanistes, pour expliquer les nombreuses et complexes interactions qui caractérisent l'organisation. Selon lui, cette dernière représente un ensemble de parties et d'unités en interrelations mutuelles. Bertalanffy est

l'un des premiers chercheurs à reconnaître l'importance de l'environnement dans l'analyse de la performance. D'après lui, il faut étudier les relations dynamiques des diverses entités de l'organisation. Dans le cas où il n'y aurait pas d'interaction, on parle de système fermé dans lequel il est isolé de son environnement tandis que le système ouvert est imbriqué dans son environnement. Au moment où un système ouvert ne s'adapte pas à son environnement sa survie est donc menacée. En fait, il explique qu'un système ouvert est fortement dépendant de son environnement car l'organisation ouverte au milieu environnant doit entretenir des relations satisfaisantes avec ce milieu pour survivre.

2.2.3.5 Théorie de la contingence

Les travaux sur la théorie de la contingence tentent d'apporter des explications aux structures organisationnelles adoptées par des facteurs aussi divers que la technologie, la taille, le contexte culturel ou l'environnement. L'importance de cette interaction de la firme avec son environnement a été soulignée par plusieurs auteurs. Les théoriciens de la contingence soutiennent que le « fit » entre une organisation et son environnement doit être adéquat pour survivre. Comme nous l'avons noté précédemment, l'incertitude constitue une des motivations des organisations à développer des stratégies par des ajustements des processus internes ou par des relations interorganisationnelles (Pfeffer, 1981).

Le degré d'incertitude environnemental a un impact sur la façon dont les organisations se structurent (Lawrence et Lorsch, 1969). L'environnement a une influence direct sur les formes organisationnelles (Burns et Stalker, 1966). Or, la nature de l'environnement doit être prise en considération car l'organisation doit s'adapter spécifiquement au type de contexte et recourir à un type de gestion souple et ouvert. Plus récemment, Lawrence et Lorsch, deux chercheurs de Harvard (1967), ont complété de manière pertinente les travaux de Burns et Stalker (1966). Ils montrent que l'organisation doit s'adapter à un environnement particulier. Par conséquent, pour chaque type d'environnement devrait

correspondre des structures d'organisations différentes. Par analogie, on peut souligner qu'une entreprise ayant plusieurs activités au sein de son organisation devra adapter une structure pour chacune de ses activités à son environnement. Chacune des activités peut être à son tour divisée en sous-systèmes pouvant être confrontés à un sous-environnement. Ces chercheurs concluent qu'il n'y a pas une seule façon de structurer une organisation et s'entendent que l'incertitude de l'environnement tend à changer fréquemment.

Les résultats de leur recherche montrent que le degré d'incertitude de l'environnement se détermine par le niveau de différenciation et d'intégration. Le niveau de différenciation se caractérise par la spécialisation et l'autonomie des sous-systèmes de l'organisation qui devront répondre aux spécificités de leur environnement. Le niveau d'intégration désigne un processus de coordination déployé entre les sous-systèmes de l'organisation pour permettre à celle-ci de satisfaire les exigences de son environnement et de maintenir la cohérence de l'organisation. Porter (1980) et Lawrence et Lorsch (1967) affirment que pour performer l'organisation doit avoir des structures et des processus en adéquation avec son environnement.

2.2.3.6 Théorie de l'écologie des populations

L'écologie des organisations, bâtie sur les concepts de base de la théorie des systèmes, identifie les organisations, les populations et les communautés d'organisations comme des éléments d'analyse (Baum, 1996; Hannan et Freeman, 1977). Selon Scott (1981), les établissements ne sont pas des systèmes fermés. En fait, ceux-ci « are open to and dependent on flows of personnel and resources from outside their own system » (p.22). L'évolution est ainsi utilisée pour décrire les changements cumulatifs dans les formes structurelles des populations d'organisations. Comme dans l'évolution biologique, le changement se réalise à travers un cycle continu de variation, de sélection et de rétention. Hannan et Freeman (1977) affirment que l'environnement détermine la forme

d'organisation et la stratégie adéquate. La théorie de l'écologie des populations considère l'environnement comme un sélecteur naturel éliminant ainsi les entreprises non conformes. Leur article constitue une base fondamentale pour les recherches sur l'évolution des organisations. Selon l'argument écologique, le changement dans les organisations, les ensembles d'organisations, appelés populations, est principalement dû à un processus de sélection. En fait, c'est l'environnement qui sélectionne. De plus, les organisations ne peuvent influer sur leurs chances de survie car elles ne savent pas s'adapter.

Dans un autre article de Hannan et Freeman (1984), les auteurs affirment que les dirigeants de l'établissement formulent des stratégies pour s'adapter aux contingences environnementales mais celui-ci connaît des limites dans sa capacité d'adaptation. La variété des structures proviendra de la création de nouvelles organisations et de formes organisationnelles en remplacement des anciennes. Par exemple, si la structure est adaptée, elle survivra et sera imitée, sinon elle sera éliminée de l'environnement. En fait, la sélection tend à éliminer les firmes ayant une faible fiabilité. Cette fiabilité est atteinte lorsque ces dernières entretiennent de bonnes relations d'échanges. La forme « idéale » d'organisation dépendra donc de l'environnement.

Les populations se forment quant un réseau d'organisations s'engage dans des activités similaires. Comme ces organisations deviennent intégrées dans une population, les opportunités environnementales et les défis qui affectent une organisation ont un impact direct sur d'autres organisations d'une autre population (Baum, 1996). De façon générale, au sein de ces communautés, les établissements varient considérablement au niveau de leur structure et de leur vulnérabilité. Certains d'entre eux peuvent être plus stables tandis que d'autres peuvent avoir une plus grande dépendance sur leur environnement pour survivre. Selon cette approche, certains types d'entreprises peuvent survivre dans des conditions environnementales données tandis que d'autres peuvent mourir (Blumberg, 1987).

Les théoriciens soutiennent que les organisations ne s'adaptent pas complètement à leur environnement. En fait, ces dernières et leur environnement interagissent à travers des ajustements mutuels (Trist, 1983). Cette théorie évoque la coopération et le partage entre les firmes pour un bénéfice mutuel (Morgan, 1997). Selon les tenants de cette théorie, les entreprises qui se lient par un but commun formeront des relations interorganisationnelles pour faire face à l'incertitude de l'environnement tout en maintenant leur autonomie (Alexander, 1995).

2.2.3.7 Théorie institutionnelle

La théorie institutionnelle a porté en général peu d'attention au processus de collaboration. Cependant, Phillips et al. (2000) ont suggéré que les processus d'institutionnalisation et de collaboration étaient interdépendants. En ce qui concerne le secteur institutionnel, il facilite les normes et les ressources parce qu'ils constituent le contexte dans lequel le processus de collaboration entre les organisations du secteur se développe. En fait, c'est dans le processus de collaboration que se négocient les normes et les ressources du champ institutionnel. De façon générale, l'environnement désigne un champ institutionnel dans lequel les organisations se relient les unes aux autres grâce à des formes de relations collaboratives (DiMaggio et Powell, 1983).

Dans la théorie institutionnelle, le secteur social signifie des groupes de firmes qui constituent une entité institutionnelle, travaillent dans un même domaine, développent des pratiques, croyances, structures similaires, fabriquent des produits ou fournissent des services semblables, développent des réseaux de relations partagés et enfin, provoquent conjointement un impact sur la performance de chacune d'elles (Scott et Meyer, 1991; DiMaggio et Powell, 1983). Le secteur est alors considéré comme l'environnement qui exerce une influence sur la structure et la performance des organisations qui le constituent (Scott et Meyer, 1991). Le fondement de la théorie institutionnelle est que

les établissements adoptent des structures en réponse aux attentes externes à l'organisation (Lawrence, 1995; Meyer et Rowan, 1977). En d'autres termes, Meyer et Rowan (1977) définissent la théorie institutionnelle comme « the practices and procedures defined by prevailing rationalized concepts of organizational work » (p.340). Les organisations sont influencées par des pressions normatives placées sur elles. Ces pressions proviennent entre autres des gouvernements et des institutions régulatrices. Certains auteurs précisent que les processus coercitifs, mimétiques et normatifs alimentent le changement organisationnel et peuvent influencer les prédispositions des firmes (Teo, Wei et Benbasat, 2003).

Enfin, le terme institution est perçu comme l'ensemble de normes et de ressources qui définissent et limitent le comportement des acteurs individuels et collectifs (Phillips et al., 2000). Cette théorie s'intéresse particulièrement à la manière dont les actions se structurent et définie à travers le partage d'un système de normes qui limite l'action des acteurs et privilégie certains groupes d'acteurs dont les intérêts sont préservés (Powell et DiMaggio, 1991).

2.2.4 Formes de collaboration

Les formes de relations interorganisationnelles ont suscité beaucoup d'attention dans la littérature et il y a peu de consensus au sujet de la terminologie et de la typologie pour les décrire (Rinehart et al., 2002; Cravens, Shipp et Cravens, 1993; Webster, 1992). La terminologie utilisée pour décrire la collaboration est nombreuse et variée, certains parlent de « action sets » (Mulford, 1984; Whetten, 1981) ; « alliances » (Parkhe, 1993; Lorange et al., 1992; Lewis, 1990; Spekman, 1988); « coalition » (Feighery et Rogers, 1989; Brown, 1984) ; « consortia » (Bailey et Koney, 2000) ; « contractual relationships» (Cannon et Perreault, 1999; Ring et Van de Ven, 1992; Mahoney, 1992; Mulherin, 1986; Dore, 1983; Williamson, 1979) ; « coordinated contracting arrangements » (Child, 1989) ; « hybrids arrangements » (Bergquist, 1993; Williamson,

1991; Borys et Jemison, 1989; Powell, 1987) ; « interorganizational network » (Bailey et Koney, 2000; Alexander, 1995; Powell et Smith-Doerr, 1994; Ring et Van de Ven, 1994, 1992; Alter et Hage, 1993; Provan, 1993; Quinn, 1992; Larson, 1992; Webster, 1992; Achrol, 1991; Smith et al., 1991; Powell, 1990; Lincoln, 1990; Jarillo, 1988; Walker, 1988; Thorelli, 1986; Whetten, 1981; Van de Ven et Ferry, 1980; Aldrich, 1979; Caplow, 1964) ; « interorganizational set » (Mulford, 1984; Whetten, 1981; Van de Ven et Ferry, 1980) ; « joint ventures » (Fryxell, Dooley et Vryza, 2002; Bailey et Coney, 2000; Inkpen et Li, 1999) ; « mergers » (Walsh, Troxell et Stafford, 1992) ; « outsourcing » (Ring et Van de Ven, 1994; Winkleman, 1993) ; « pairwise or dyadic » (Achrol, 1997; Peterson, 1995; Alter et Hage, 1993; Dwyer, Schurr et Oh, 1987; Mulford, 1984; Whetten, 1981; Van de Ven et Ferry, 1980) ; « partnerships » (Cannon et Perreault, 1999; Lorenzoni et Baden-Fuller, 1995; Ring et Van de Ven, 1994; Mohr et Spekman, 1994; Henderson, 1990; Johnston et Lawrence, 1988), « quasi-firm » (Luke, Begun et Pointer, 1989; Eccles, 1981) ; « relational exchanges » (Morgan et Hunt, 1994; MacNeil, 1980; Golberg, 1980) ; « strategic alliances » (Fryxell, Dooley et Vryza, 2002; Inkpen et Li, 1999; Cannon et Perreault, 1999; Gulati, 1998; Ring et Van de Ven, 1994; Gomes-Casseres, 1994; Parkhe, 1993; Lorange et al., 1992; Lewis, 1990; Osborn et Baughn, 1990; Kanter, 1990; Spekman, 1988).

Nous proposons quelques définitions suffisamment larges pour pouvoir rendre compte de la diversité ou de l'intégration croissante des relations interorganisationnelles et des combinaisons de formes d'interaction observables. Nous illustrons les appellations les plus souvent utilisées. Le Tableau 2.2 ci-après recense les définitions les plus importantes des formes d'organisations.

Tableau 2.2 : Définitions des formes de collaboration

Formes	Définitions	Auteurs
Action sets	Refers to an interacting group of organizations, whereas the concept of organization set is explicitly centered on a single focal organization.	Whetten (1981)
	A number of organizations formed into a temporary alliance for a limited purpose.	Mulford (1984)
Coalition	An organization of diverse interest groups that combine their human and material resources to affect a specific change the members are unable to bring about independently.	Brown (1984)
	An organization of individuals representing diverse organizations, factions or constituencies who agree to work together in order to achieve a common goal.	Feighery et Rogers (1989)
Consortia	Are alliances in which organizations work with one another in order to pool their resources in order to achieve a long-term goal.	Bailey et Koney (2000)
Coordinated contracting arrangements	Long-standing trust relations and a significant degree of mutual confidence.	Child (1987)
Hybrids arrangements	Organizational arrangements that use resources and/or governance structures from more than one existing organization.	Borys et Jemison (1989)
Interorganizational network	Generally loosely coupled, hierachically differentiated, integrated by the actions of linking-pin organizations, and probably unstable.	Aldrich (1979)
	The total pattern of interrelationships among a cluster of organizations that are meshed together as a social system to attein collective and self interest goals or to resolve specific problems for a target population.	Van de Ven et Ferry (1980)
	Refers to two or more organizations involved in long-term relationships.	Thorelli (1986)
	Intelligent enterprises.	Quinn (1992)
	Composed of a set of relations, or ties among actors (individuals or organizations).	Powell et Smith-Doerr (1994)
	Integrated service systems that seek to improve service delivery by deepening or broadening the scope of services available to their consumers.	Bailey et Koney (2000)
Interorganizational set	Focuses upon the cluster of dyadic interorganizational relationships of one focal agency with other member agencies in its environment.	Van de Ven et Ferry (1980)
	Information and resources are obtained from input organizations and services and products are provided for other organizations by the foal organization.	Mulford (1984)

Tableau 2.2 : Définitions des formes de collaboration (suite)

Formes	Définitions	Auteurs
Joint ventures	An organization or association formed by two or more parties usually formed for a single purpose or undertaking.	Walsh, Troxell et Stafford (1992/1993)
	Occur when two or more organizations form a new, legal entity.	Bailey et Koney (2000)
Mergers	The resulting condition after one business or corporation secures the capital stock of another business.	Walsh, Troxell et Stafford (1992/1993)
Pairwise or dyadic	The relationship is between two focal agencies.	Van de Ven et Ferry (1980)
Partnerships	A working relationship that reflects a long-term commitment, a sense of mutual cooperation, shared risk and benefits, and other qualities consistent with concepts and theories of participatory decision making.	Henderson (1990)
	Purposive strategic relationships between independent firms who share compatible goals, strive for mutual benefit, and acknoledge a high level of mutual interdependence.	Mohr et Spekman (1994)
Quasi-firm	Arrangements of extensive and long-term relationships among contractors and subcontractors as an organizational form logically intermediate between the pure market and the vertically integrated firm.	Eccles (1981)
Relational exchanges	Long -term, continuous, and complex relationship in which the individual transactions are of relatively little importance compared to the relationship itself, involve sharing of the burdens and benefits, future planning and cooperation, long lives, large numbers, complexity measured and specified exchange, loose coupling which increases with trust, and experience.	MacNeil (1980)
Strategic alliances	Voluntary agreements and relatively enduring cooperative arrangements involving flows and linkages that utilize resources and/or governance structures from autonomous organizations, for the joint accomplishment of individual goals linked to the corporate mission of each sponsoring firm.	Parkhe (1993)
	Voluntary arrangements between firms involving exchange, sharing, or codevelopment of products, technologies or services.	Gulati (1998)

2.2.5 Dimensions de la collaboration

Les interactions entre individus, groupes et organisations peuvent être initiées pour plusieurs motifs, prendre plusieurs formes et avoir plusieurs modes de fonctionnement. Cette section vise à explorer les diverses dimensions qui sous-tendent la collaboration et qui permettent d'obtenir des échanges plus harmonieux, plus efficaces et plus efficients. Nous tenterons dans les prochains paragraphes de présenter la communication, la confiance, la coordination, l'échange des informations, l'engagement, l'interdépendance

et la dépendance, la satisfaction et la technique de résolution des conflits qui sont des dimensions essentielles à la réussite et au développement des relations coopératives.

2.2.5.1 Communication

La communication se définit comme un échange formel ou informel d'informations. En outre, elle est de nature multidimensionnelle tant sur le plan du statut de l'information échangée que sur le plan des moyens et des supports utilisés. Selon certains auteurs l'échange d'informations contribue à une meilleure coordination des actions des partenaires leur permettant d'atteindre plus facilement les objectifs fixés (Anderson et Narus, 1990). Selon Mohr et Spekman (1994), c'est la précision, la richesse et le caractère pertinent de l'information transmise qui va conditionner l'atteinte des objectifs du partenariat. Ainsi, la qualité de l'information échangée permet aux partenaires de réaliser leurs tâches de façon plus efficace. D'après Anderson et Weitz (1992), la communication contribue à réduire les risques de conflits et de dysfonctionnements et augmente les bénéfices que les parties prenantes peuvent tirer de la relation.

L'échange d'informations est pour les firmes une motivation à l'engagement (Anderson et Weitz, 1992) et un moyen d'augmenter la confiance des partenaires (Langfield-Smith et Greenwood, 1998; Morgan et Hunt, 1994; Anderson et Weitz, 1989). Les auteurs abordant le cas des partenariats logistiques adoptent très largement la même optique (Moore, 1998; Tate, 1996; Ellram, 1995). Moore (1998) souligne le rôle capital de la communication dans les partenariats logistiques. En fait, la communication lorsqu'elle est complète permet d'assurer la synchronisation des opérations entre les partenaires et peut générer des capacités de création de valeur supplémentaire (Stank et al., 1996). En réduisant l'incertitude associée à la relation, la communication a un impact positif sur l'efficience de la relation, sur la confiance et l'engagement (Moore, 1998).

Plusieurs auteurs soutiennent que la communication est essentielle (Mohr et Nevin, 1990; Kapp et Barnett, 1983). Pour avoir une collaboration réussie, une communication

efficace entre les partenaires est primordiale (Cummings, 1984). Pour Cummings, trois caractéristiques doivent être prises en considération pour le succès de la communication, soit la qualité de la communication, le partage des informations entre les partenaires et la participation de ces derniers au niveau de la planification et l'arrangement des buts. D'abord au niveau de la qualité, cette caractéristique constitue un élément important de la transmission des informations (Jablin et al., 1987). Ensuite, au niveau du partage des informations entre les partenaires, la disponibilité des informations permet aux individus de compléter leurs tâches plus efficacement (Guetzkow, 1965). Enfin, au niveau de la participation, certains auteurs suggèrent que la prise des décisions et la formulation des objectifs constituent des aspects importants pour le succès de la relation (Dwyer et Oh, 1988; Anderson, Lodish et Weitz, 1987). D'après Driscoll (1978), la participation à la prise de décision est liée à la satisfaction.

La communication constitue une composante fondamentale pour des coalitions efficaces (Campion et al., 1993; Van de Ven et Walker, 1984; Schmidt et Kochan, 1977; Hall et al., 1977). La communication contribue à la confiance en assistant à la résolution des problèmes et en alignant progressivement les perceptions et les attentes des partenaires d'affaires (Morgan et Hunt, 1994; Anderson et Narus, 1990). La fréquence des interactions constitue une autre indication du niveau de communication (Gulati, 1995; Ring et Van de Ven, 1994). La communication représente donc un élément important pour le succès organisationnel (Mohr et Nevin, 1990; Snyder et Morris, 1984; Kapp et Barnett, 1983).

2.2.5.2 Confiance

La confiance encourage les interactions (Gulati, 1998; McCaffrey Faerman et Hart, 1995; Ring et Van de Ven, 1994). La collaboration au sein des relations d'affaires serait associée à la confiance des parties entre elles (Badach et Eccles, 1989; Pruitt, 1981). La présence de la confiance permet de ne pas spécifier toutes les conséquences possibles de

la relation (Jarillo, 1988). En collaborant, la confiance mutuelle grandit entre les partenaires réduisant ainsi les comportements opportunistes, les conflits et les mécanismes de contrôle (Anderson et Narus, 1990; Jarillo, 1988; Pfeffer et Salancik, 1978). De plus, elle augmente l'assurance qu'ont les partenaires de ce que les difficultés ou les inégalités intervenant à court terme seront résolues et résorbées à long terme. Wilson et al. (1999) développent l'argumentation selon laquelle la confiance entre les partenaires augmente la durabilité du lien d'affaires. Wicks et al. (1999) soutiennent que les gestionnaires qui développent un niveau élevé de confiance accroît la performance de leur firme. Par le fait même, la confiance réduit l'incertitude qui découle du processus de transaction (Doney et Cannon, 1997) et réduit donc les risques (Lane et Bachmann, 1998; Doney et Cannon, 1997; Ganesan et Hess, 1997). Porter (1985) note aussi que la confiance est un sentiment qui permet aux individus de prendre des risques. Il ajoute que la confiance se construit sur le succès des relations antérieures et la similarité sociale à savoir dans quelle mesure les individus adhèrent à des valeurs qui se ressemblent. Selon Koorsgaard, Schweiger et Sapienza (1995), la confiance se renforce par le fait que les gens ont le sentiment d'être traités équitablement.

La confiance fait référence à des notions multiples, tant sur le plan de sa signification que sur le plan de son rôle dans les relations interorganisationnelles. C'est la raison pour laquelle les définitions de ce concept sont nombreuses. La définition que nous avons retenue est celle de Moorman et al. (1993) pour lesquels la confiance correspond à la volonté de se fier à un partenaire d'échanges en qui l'on croit. Pour certains auteurs, la confiance signifie une volonté ou une intention comportementale (Moorman, Zaltman et Deshpandé, 1992). Dans la littérature, la confiance est généralement associée à la satisfaction de la relation (Garbarino et Johnson, 1999; Siguaw, Simpson et Baker, 1998; Achrol, 1997).

Morgan et Hunt (1994) soutiennent que la confiance et l'engagement encouragent les gestionnaires à investir dans une relation à long terme. Jarillo (1990) considère que la

confiance permet d'éliminer les comportements opportunistes entre les membres en les incitant à coopérer. La confiance est aussi un moyen de faire face à l'incertitude (Butler et Gill, 1995). La confiance représente donc un mécanisme essentiel pour le succès des relations interorganisationnelles (Child, 2001; Lane et Bachmann, 1998; Das et Teng, 1998; Ring et Van de Ven, 1994; Koening et Van Wijk, 1993).

2.2.5.3 Coordination

Narus et Anderson (1977) soutiennent que le succès de la collaboration est marqué par la coordination des actions dirigées vers des objectifs mutuels. Pfeffer et Salancik (1978) suggèrent que la stabilité de l'environnement permet de maintenir une meilleure coordination. De plus, la coordination permet de réduire les activités redondantes et d'assurer que les objectifs soient implantés efficacement (Legler et Reischl, 2003). Selon Beaudry (1994), il existe trois mécanismes de coordination dans la relation d'emploi soit le contrat, l'autorité et la confiance. Il conclut sur la nécessité de combiner la confiance et l'autorité comme mécanismes de coordination.

2.2.5.4 Échange des informations

L'échange des informations entre les organisations permet d'établir une communication efficace (Rodal et Mulder, 1993; Hall et al., 1977) et de créer un climat de confiance entre les partenaires (Galeskiewicks et Marsden, 1978). Huber et Daft (1987) rapportent que des liens étroits ont pour résultats des échanges d'informations plus fréquents et plus appropriés entre les partenaires. En partageant les informations et en étant bien informés au sujet des affaires de chacun, ceux-ci peuvent agir indépendamment en maintenant des relations à travers le temps. L'échange des informations est un facteur important de succès pour créer un avantage compétitif, et ce par une relation à long terme. Un autre avantage de ce déterminant est la volonté des partenaires d'innover. De façon générale, l'innovation est primordiale pour une organisation afin de répondre rapidement au

changement des conditions du marché. La disponibilité des informations permet aux personnes d'accomplir des tâches plus efficacement (Guetzkow, 1965). Il est aussi associé à un niveau de satisfaction plus élevé (Schuler, 1979). Enfin, l'échange des informations représente un déterminant important pour le succès des relations (Devlin et Bleackley, 1988).

2.2.5.5 Engagement

Plusieurs théoriciens associent l'engagement aux relations d'échanges (Williamson et Ouchi, 1981; Williamson, 1979; Cook et Emerson, 1978; Salancik, 1977; Cook, 1977; Hirschman, 1970; Blau, 1964; Macaulay, 1963; Emerson, 1962). Un engagement signifie la volonté des organisations d'avoir une relation durable (Morgan et Hunt, 1994; Moorman et al., 1992; Porter et al., 1974) puis de développer et de maintenir une relation à long terme (Anderson et Weitz, 1992). La confiance facilite l'engagement dans la relation (Morgan et Hunt, 1994). De plus, les interactions avec le temps peuvent mener à un engagement (Deutsch, 1962). D'autres auteurs affirment que les connaissances, les valeurs peuvent encourager l'engagement (Levinthal et Fichman, 1988). Selon Hageman, Zuckerman, Weiner et al. (1998), la collaboration favorise l'établissement de partenariats et implique « varying levels of commitment to the partnership goals and the autonomous insitution's goals » (p.50). Dans l'étude de Helfert, Ritter et Walter (2002), quatre dimensions des relations d'engagement sont utilisées pour décrire l'engagement des clients: la fidélité (Geyskens et al, 1996), la volonté de faire des sacrifices à court terme (Anderson et Weitz 1992), l'orientation à long terme (Ganesan, 1994) et la volonté d'investir dans la relation (Gundlach et al., 1995). L'engagement encourage ainsi les partenaires à résister à des solutions de rechange à court terme qui sont attrayantes en faveur des avantages des relations à long terme (Ganesan, 1994).

À partir du moment où le niveau d'engagement des partenaires est élevé, ceux-ci seront enclins à réaliser des efforts supplémentaires afin de maintenir les objectifs à long terme malgré la pression éventuelle liée aux problèmes à court terme. C'est pourquoi un niveau élevé d'engagement est susceptible de conduire au succès du partenariat (Mohr et Spekman, 1994; Angle et Perry, 1981; Perry, 1981). En outre, un fort degré d'engagement permet de considérer la relation sur la durée et de limiter les coûts de recherche et de mise en place liés à la création fréquente de nouveaux liens avec d'autres partenaires. De la même façon, cela conduit à la mise en œuvre de systèmes de suivi plus simples et plus durables permettant à la fois de réaliser des économies mais aussi des gains en terme d'efficacité (Gundlach et al., 1995). En fait, un fort degré d'engagement réduit l'incertitude associée au partenariat ainsi que la probabilité d'un comportement opportuniste de la part du partenaire. De plus, l'engagement, en réduisant l'incertitude a également un impact positif sur la confiance (Blois, 1999). Lambert et al. (1999) avancent l'idée que l'engagement représente une variable majeure du succès des partenariats à travers le partage de ressources financières. L'engagement des partenaires est donc important pour assurer la viabilité de la relation (Robertson et Tang, 1995).

L'engagement se réfère à la volonté des partenaires d'avoir une relation (Porter et al., 1974) et suggère que les partenaires établissent une relation parfois imprévue dans laquelle les deux parties réalisent des buts différents et communs sans avoir un comportement opportuniste (Cummings, 1984). Plus le niveau d'engagement est élevé plus la relation va réussir (Perry, 1981). Enfin, l'engagement a été définit par Organ et Hammer (1950) comme étant le degré d'affinité entre les membres du groupe et à la motivation de ces derniers à demeurer dans le groupe.

2.2.5.6 Interdépendance et dépendance

Plusieurs études ont reconnu que l'interdépendance est un facteur significatif pour une collaboration efficace (Campion, Medsker et Higgs, 1993; Schmidt et Kochan, 1977) et

pour un partage des ressources (Van de Ven et Walker, 1984). Certains auteurs notent que les parties coopèrent lorsqu'elles dépendent l'une sur l'autre (Williamson, 1985; Rogers et Whetton, 1982; Pfeffer et Salancik, 1978; Aiken et Hage, 1968). Les firmes joignent leurs forces afin d'accomplir des objectifs mutuels et reconnaissent que chacun est dépendant de l'autre. Cette perspective découle du paradigme de l'échange (Cook, 1977). L'interdépendance est le résultat de la relation dans laquelle les organisations perçoivent des bénéfices mutuels en interagissant ensemble (Levine et White, 1982) mais la perte de l'autonomie va être compensée par les gains obtenus (Cummings, 1984).

Selon Galaskiewicz (1985) les relations interorganisationnelles verticales et horizontales diffèrent en terme de dépendance des ressources. Gulati (1995) note que les firmes de différentes industries vont avoir une meilleure interdépendance parce qu'elles possèdent des habiletés complémentaires comparativement à d'autres firmes qui n'établissent pas de relations coopératives. Le phénomène de la dépendance a souvent été analysé comme une caractéristique situationnelle dans les alliances. Selon Williamson (1983), une firme peut réduire ce degré de dépendance en ayant recours à diverses formes d'arrangements collaboratifs.

Les écoles de management utilisent le terme interdépendance pour suggérer la présence de dépendances mutuelles entre deux parties prenantes (Calton et Lad, 1995; Garud et Kumaraswamy, 1995; Powell, 1987). Dans ce contexte, le degré d'interdépendance dans une relation est fonction du degré auquel les deux parties sont dépendantes l'une de l'autre pour réaliser leurs objectifs (Geyskens et al., 1996; Calton et Lad, 1995; Garud et Kumaraswamy, 1995; Powell, 1987; Thorelli, 1986; Bresser et Harl, 1986).

2.2.5.7 Satisfaction

La satisfaction constitue un autre élément fréquemment cité dans la littérature. Plutôt que de chercher à capturer les évaluations spécifiques à chaque échange, la recherche tend à mesurer la satisfaction de façon générale, la définissant comme une évaluation globale dérivée de toutes les expériences passées avec la firme (Gaborino et Johnson 1999). La satisfaction peut donc être définie comme une réponse affective, un état final qui résulte de la somme totale des évaluations passées, et basée sur la perception de la performance et des attentes (Patterson et Spreng 1997; Ganesan 1994).

En ayant des relations étroites avec les partenaires, ceci augmente la satisfaction de ces derniers (Berry et Parasuraman, 1991). Szymanski et Henard (2001) ont fait une méta-analyse sur la satisfaction et ils ont trouvé que la satisfaction influence positivement les comportements. Pour Thomas (1992), la collaboration est directement reliée à une grande satisfaction entre les parties prenantes (Thomas, 1992). Enfin, selon Trinquecoste (1996), la satisfaction renforce le niveau de confiance.

2.2.5.8 Technique de résolution des conflits

Les organisations établissent des relations stratégiques entre elles pour s'engager dans la résolution de problèmes communs. En fait, elles ont des relations étroites pour contrôler un environnement incertain et turbulent qu'une organisation seule ne peut contrôler (Cummings, 1984). Le conflit existe souvent dans les échanges relationnels, il est dû aux interdépendances inhérentes entre les partenaires (Mohr et Spekman, 1994). Les conflits sont inhérents aux relations d'alliances étant donné les différences de culture, d'objectifs et d'intérêts entre les partenaires. Dès lors, la manière dont ces conflits sont gérés est importante (Koening et Van Wijk, 1992; Borys et Jemison, 1989) sachant que la gestion du conflit peut être soit constructif ou soit destructif (Assel, 1969; Deutsch, 1969).

2.3 COLLABORATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Dans la révision de la littérature qui précède, nous avons voulu souligner la nature du processus de collaboration, mise en évidence à travers les perspectives théoriques sur le phénomène des relations interorganisationnelles. Ce parcours théorique a contribué à enrichir notre compréhension de la signification et de la complexité de ce concept et a permis d'identifier les formes, puis les dimensions qui caractérisent les processus de ces relations d'échanges. De plus, des études empiriques et des analyses d'impact réalisées dans le secteur de la santé au cours des dernières années nous ont aidé à compléter notre portrait conceptuel sur la collaboration.

2.3.1 Formes de collaboration

Dans un environnement turbulent les établissements hospitaliers reconnaissent que pour améliorer la prestation des soins de santé et pour rester financièrement viable, ils doivent changer et s'adapter à leur environnement (Zuckerman, Kaluzny et Ricketts, 1995). Pour ce faire, une des solutions envisagée est de développer des relations de coopération mais dans le secteur de la santé, il y a plusieurs interdépendances entre les organisations (Rotarius, Fottler et Blair, 2003; Foster-Fishman, et al. 2001; Subramanian, Siegel et Garcia, 1994).

Selon certains auteurs, un élément important de succès dans les structures hospitalières serait que les gestionnaires comprennent et maintiennent des liens interorganisationnels efficients (Rakich, Longest et Darr, 2000; Robinson et Kleiner, 1997). Longest (1990) identifie trois types de mécanisme permettant aux organisations de la santé de gérer leurs interdépendances, on retrouve les transactions de marché, les transactions involontaires et les transactions volontaires. Dans les prochains paragraphes, l'analyse portera sur les relations volontaires.

La terminologie utilisée pour décrire les relations volontaires dans le secteur de la santé est variée, certains évoquent « accord contractuel » (Magel, 1999; Richards, 1982; Fottler et al., 1982; Wheeler, Zuckerman et Adenholdt, 1982) ; « alliance » (Clement et al., 1997; Zinn, Proenca et Rosko, 1997; Markham et Lomas, 1995; Christianson et al., 1990) ; « acquisition » (Magel, 1999; Bond et Weissman, 1997; Kassirer, 1996) ; « affiliation » (Lee et Alexander, 1999; Shortell, 1988; Morrisey et Alexander, 1987; Erman et Gabel, 1984; Zuckerman, 1979) ; « consolidation » (Lee et Alexander, 1999) ; « consortium » (Foster-Fishman, Salem, Allen et al., 2001; Clement et al., 1997; Christianson et al., 1990) ; « diversification » (Lee et Alexander, 1999; Snail et Robinson, 1998; Clement, 1987; Eastaugh, 1984) ; « fusion » (Lee et Alexander, 1999; Dranove, 1998; Snail et Robinson, 1998; Andrepoulos, 1997; Bond et Weissman, 1997; Conner et al., 1997; Alexander, Halpern et Lee, 1996; Bogue et al., 1995; Markham et Lomas, 1995) ; « intégration » (Contandriopoulos, 2001; Snail et Robinson, 1998; Shortell et al., 1996; Zuckerman, Kaluzny et Ricketts, 1995; Gillies et al., 1993; Alter et Hage, 1993) ; « joint programs » (Longest, 1990) ; « joint ventures » (Longest, 1990) ; et « partnerships » (Weech-Maldonado et Merril, 2000; Olden et Clement, 1998).

Le recours à des alliances avec d'autres acteurs du système de santé semble constituer un élément saillant des stratégies récemment mises en œuvre par les hôpitaux. Zajac et D'Aunno (1993), à travers une étude, classifient les formes de relations collaboratives. Selon ces auteurs, chacune de ces formes représente des degrés variables d'autonomie et d'engagement. L'étude de Zinn, Proenca et Rosko (1997), quant à elle, propose une analyse détaillée du type d'alliance stratégique mise en œuvre par les centres hospitaliers en fonction des caractéristiques de leur organisation et de leur environnement. D'une part, l'influence des caractéristiques de l'environnement est étudiée à travers son caractère favorable ou défavorable. D'autre part, l'organisation est analysée en fonction de son positionnement en termes de ressources. Les résultats de leur étude indiquent que les hôpitaux qui possèdent beaucoup de ressources et qui opèrent dans un environnement favorable vont développer des alliances mais lorsque l'environnement est défavorable et

que l'organisation détient peu de ressources, celle-ci va plutôt former des ententes contractuelles avec leurs partenaires. Dans cette forme de collaboration, les hôpitaux ont moins d'autonomie mais ces derniers établissent des relations d'échanges plus stables et prévisibles (Snail et Robinson, 1999). Les résultats de cette étude nous semblent intéressants et nous conduisent à analyser, de manière similaire, l'influence de la perception de l'environnement sur le caractère choisi ou contraint des alliances stratégiques menées par un établissement de santé.

Selon certains auteurs, les formes de collaboration suivantes : la coalition, le partenariat, l'alliance et le consortium sont des termes interchangeables qui traduisent des approches importantes et novatrices pour s'attaquer aux questions communautaires (Schultz, Israel et Lantz, 2003; Wandersman, Goodman et Butterfoss, 1996; Abranson et Rosenthal, 1995; Florin, Mitchell et Stevenson, 1993). Les coalitions ont été définies comme des alliances interorganisationnelles concertées et synergiques (Brown, 1984; Feighery et Rogers, 1989) grâce auxquelles des individus et des groupes s'unissent pour l'atteinte d'un but commun (Feighery et Rogers, 1989).

Le fondement théorique de la recherche sur les coalitions repose principalement sur la sociologie des mouvements sociaux et des relations interorganisationnelles (Mizrahi et Rosenthal, 2001). En tant que forme de comportement politique, les coalitions peuvent être classées comme des organismes de mouvement social (McAdam, McCarthy et Zald, 1988). Elles sont en fait une forme d'arrangement collaboratif, structurées en réseaux d'organismes interdépendants visant un but particulier à caractère commun (Whetton, 1981) pouvant être créés pour le court ou le long terme (Marsden, 1992). Leurs fonctions peuvent se résumer au partage des informations de base ou revêtir un caractère complexe, comme l'intégration étroite des démarches de planification, de coordination et de défense d'une cause au nom de leur communauté (Lee et Jackson, 1997).

Pour Foster-Fishman et al. (2001), la formation d'un consortium local représente un autre moyen de mobiliser les ressources d'une communauté autour d'une mission commune. Ces auteurs stipulent que les consortiums locaux formés dans le secteur de la santé sont complexes car ils réunissent des acteurs appartenant à des secteurs d'activités variés et possédant des intérêts, des expertises et des pouvoirs différents au sein d'une même communauté (Berkowitz, 2000). Selon eux, le consortium constitue une façon de consolider les liens d'engagement entre les organisations. Pour un consortium efficace, on retrouve un ensemble de règles formelles de renouvellement et de formalisation des rôles et des responsabilités des membres (Berkowitz et Wolff, 2000). La cohésion entre les membres du consortium local autour d'une mission commune est associée au bon fonctionnement interne et à une meilleure collaboration (Butterfoss, Goodman et Wandersman, 1993).

Dans le secteur de la santé, les hôpitaux développent également des partnerships pour améliorer la prestation des soins (Weech-Maldonado et Merrill, 2000; Olden et Clement, 1998). La création de cette forme de coopération permet à ces organisations de résoudre des problèmes complexes quelles ne pourraient résoudre individuellement (Orlifkoss, 1995). Selon Orlifkoss (1995), chaque hôpital fait face à des problèmes communs et pour les résoudre, ceux-ci développent des relations collaboratives pour apporter une solution concrète à un problème spécifique.

L'intégration des services de santé constitue un des principaux thèmes abordés par la littérature sur l'organisation et la gestion des services et des soins de santé (Contandriopoulos et al., 2000; Shortell et al., 1996; Provan et Milward, 1995). L'intégration des services est d'ailleurs au cœur des réformes de santé et elle est perçue comme une stratégie porteuse de solutions aux dysfonctionnements des systèmes de santé. Elle réfère à un arrangement selon lequel des organisations indépendantes non reliées administrativement se regroupent en réseau dans un but commun d'assurer la prestation de services à une population donnée. Son déploiement repose sur la volonté

des individus et des organisations à travailler ensemble et à coopérer. Toutefois, même si la littérature sur l'intégration est abondante, le nombre de travaux sur l'évaluation des résultats des expériences d'intégration est encore limité (Leatt et al., 2000).

La création de réseaux de services intégrés s'avère un projet révolutionnaire en ce sens qu'il préconise une redéfinition du noyau de l'organisation des soins et des services de santé (Shortell et al., 1993). La stratégie d'intégration peut s'effectuer à trois niveaux : fonctionnel, clinique et professionnel (Fleury et Ouadahi, 2002 ; Lamothe 2002 ; Shortell et al. 1996, 1993). D'abord, la recherche de l'intégration fonctionnelle ou administrative vise à faciliter la coopération entre les fonctions de support (la gestion financière du système, l'allocation des ressources, le traitement de l'information, la gestion de la qualité, etc.) à travers les unités de l'organisation afin d'obtenir une plus grande valeur ajoutée au système. Ensuite, la recherche de l'intégration clinique est souvent abordée sous l'angle de l'intégration des médecins ; il est avancé que la création de nouveaux liens économiques entre les médecins et le système et de leur participation à la gouverne, qu'une intégration clinique devrait naturellement en découler (Shortell et al. 1996). Selon ces auteurs, ce niveau d'intégration équivaut à l'étendue avec laquelle les différents services et soins offerts se trouvent coordonnés à travers les personnes, les fonctions, les activités, les processus et l'ensemble des composantes du système. Enfin, l'intégration des professionnels ou des médecins se définit comme l'étendue avec laquelle ces derniers se trouvent économiquement reliés au système, utilisant les établissements puis les services et participent activement au processus de planification, de gestion et de régie du système. Mais, selon Champagne et al. (2001), l'intégration fonctionnelle des professionnels ne sera propice à une bonne intégration clinique que si elle parvient à produire parmi les membres du réseau une intégration des valeurs. D'après eux, ce niveau d'intégration repose essentiellement sur la volonté des acteurs et des organisations à coopérer sans intégration administrative. En général, le déploiement de réseaux de services intégrés représente un processus long et complexe car il requiert

la collaboration d'acteurs situés à différents paliers du système de soins (Shortell et al., 1996).

Plus précisément, un réseau intégré signifie un processus social entre des partenaires qui, en ayant des relations d'échanges, arrivent à une meilleure coordination des ressources et des activités (Contandriopoulos, 2001; Alter et Hage, 1993). En revanche, l'importance de la gestion du système de la santé et l'incertitude de l'environnement amènent les hôpitaux à reconsidérer les approches traditionnelles. Certains auteurs favorisent un système de santé intégré et coordonné pour améliorer la qualité des soins et des services (Zuckerman, Kaluzny et Ricketts, 1995). L'intégration des services suppose le rapprochement des hôpitaux de missions complémentaires (Leatt, Pink et Guerriere, 2000; Shortell et al., 1996). Les différentes structures d'intégration observées peuvent être régies par des ententes plus ou moins formelles créant ainsi autant de manières de développer des liens coopératifs à la fois entre les organisations et entre les professionnels (Conrad et Shortell, 1996; Zuckerman, Kaluzny et Ricketts, 1995).

Tjosvold et Tjosvold (1995) ont analysé les équipes de travail composées de divers professionnels dans le domaine de la santé. Ces derniers soulignent que leur travail est très fragmenté dû à la présence de plusieurs professions. Selon eux, les arrangements collaboratifs constituent une nécessité dus aux pressions du niveau des coûts et de la qualité des soins. Plusieurs auteurs ont proposé des définitions de la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de la santé. La collaboration permet le partage dans la planification, dans la prise de décision, dans la résolution de problèmes et dans la prise de responsabilités (Baggs et Schmitt, 1988). Le travail interprofessionnel repose sur des interactions et sur des relations d'interdépendance dans le but de maximiser les gains et de minimiser les pertes (McClelland et Sands, 1993). Selon D'Amours (1997), on a des collaborations interprofessionnelles entre des individus d'établissements et d'organisations distincts, puis des collaborations entre des professionnels d'un même établissement mais rattachés à différents services. On a aussi des gens rassemblés dans

un même service puis des professionnels intervenant auprès d'une clientèle commune, réunis au sein d'une même équipe et se retrouvant en interaction sur une base régulière. Dans les milieux de la santé, l'équipe interprofessionnelle utilise une approche centrée sur la clientèle. Le client et son entourage sont des intervenants privilégiés et l'environnement est pris en compte. Pour D'Amours (1997), il s'agit de

> « la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition met l'accent sur un processus, sur les acteurs, sur la formalisation des relations ainsi que sur les influences externes à l'aire du travail » (p.104).

Selon plusieurs auteurs, un des développements majeurs dans la production des services médicaux est l'intégration des médecins dans les hôpitaux (Burns, DeGraaff et Singh, 1999; Goes et Zhan, 1995). Les relations collaboratives entre les hôpitaux et les médecins fournissent aux parties l'occasion de partager des ressources ainsi que d'établir des positions concurrentielles avantageuses (Douglas et Ryman, 2003). Au niveau de l'hôpital, les échanges relationnels que l'organisation entretient avec les médecins lui permettent d'accéder aux patients. L'accès aux patients est essentiel dans un environnement où les efforts de contrôle des coûts se concentrent sur la réduction des hospitalisations et des services médicaux coûteux. Au niveau du médecin, la formation de liens avec les hôpitaux permet aux médecins d'accéder à une panoplie de services et de ressources. Shortell et al. (2000) évoquent que les médecins sont attirés vers des hôpitaux qui se concentrent sur l'innovation et la livraison de nouveaux services. Par ces relations, les médecins et les hôpitaux peuvent combiner les ressources complémentaires et offrir des soins efficaces qui se différencient de manière continue. De plus, les hôpitaux qui sont intégrés avec les médecins peuvent augmenter leurs compétences stratégiques dans le marché et avoir un avantage compétitif (Douglas et Ryman, 2003).

Alter et Hage (1993) ont formulé une théorie de la collaboration par opposition à la théorie des coûts de transactions de Williamson. Ces auteurs reconnaissent l'importance de l'efficience mais proposent une nouvelle formulation de ce concept. Selon eux, la réponse de Williamson aux échecs du marché à travers l'intégration verticale fonctionne bien lorsque le produit de l'organisation est standardisé, distribué à un grand volume et demeure inchangé, pendant une longue période de temps. Celle-ci constitue une situation non existante dans les organisations actuelles, assujetties aux changements très rapides de la technologie. Ces derniers proposent le terme d'efficience adaptative. Ainsi, une organisation démontre de l'efficience adaptative si, pour sa survie, elle réussit à s'ajuster rapidement aux changements technologiques, se rend capable d'innover et d'offrir des services et des soins de qualité. Pour Alter et Hage (1993), la relation de coopération entre les organisations se fonde sur quatre facteurs : la disposition à collaborer, le besoin d'expertise, de ressources et d'efficience adaptative. Selon la théorie de la collaboration proposée par ces auteurs, au fur et à mesure que le réseau évolue vers une technologie plus sophistiquée et une plus grande dépendance des ressources, les professionnels et les gestionnaires doivent s'orienter vers des méthodes d'accomplissement de tâches et de prise de décision plus collectives.

2.3.2 Déterminants du succès de la collaboration dans le secteur de la santé

Plusieurs études ont traité des déterminants essentiels au succès de la collaboration dans le secteur de la santé. Certains auteurs évoquent que l'émergence de la collaboration serait facilitée dans des milieux et des équipes de plus petite taille (Schoefield et Amodeo, 1999). Aussi, lorsque l'on retrouve les conditions suivantes : une expérience déjà vécue entre individus et organisations (Mitchell et Shortell, 2000), des gestionnaires compétents pour gérer le changement (Lamothe, 2002; Longest, 1998; Quinn, Anderson et Finkelstein, 1996), un climat de confiance et une cohésion entre les membres de l'équipe (D'Amours, Sicotte et Levy, 1999).

Dans leur étude, Mohr et Spekman (1994) proposent des déterminants qui ont un impact positif sur le succès des échanges relationnels. Ces auteurs indiquent que la confiance, l'engagement, la qualité de la communication et les techniques de résolution des conflits contribuent aux succès de la relation entre les partenaires. Selon Kaiser (1992), une communication adéquate est nécessaire dans les multi-hôpitaux car s'il y a peu de communication ceci entraîne un niveau de confiance bas. Il ajoute que la structure organisationnelle doit être flexible, dynamique et avoir un haut niveau de participation. De plus, il croit que des mécanismes de contrôle doivent être mis en place pour gérer les conflits qui peuvent surgir au sein de l'organisation.

McKay et al. (1991) examinant les communications entre les professionnels et ces derniers concluent qu'il y a très peu de difficultés au niveau de la communication avec les membres d'un même groupe car ils ont une formation, un langage similaire et se sentent appartenir à un « club ». Selon Trey (1996), la gestion des interdépendances entre les infirmiers, les médecins et les gestionnaires devient une nécessité car les interdépendances entre les groupes de professionnels demeurent problématiques. Dans la plupart des hôpitaux, la coopération signifie travailler « in parallel fashion at best, and at worst, in opposition » (Alpert et al., 1992, p.47). Selon ces derniers, les négociations entre les groupes de professionnels sont difficiles, car elles sont dues aux différences situées au niveau du statut et de la hiérarchie. L'impact de cette incapacité à gérer à travers les professionnels signifie souvent que les tâches sont effectuées en double (Gilmore, 1991).

Les liens de confiance a un effet direct entre les membres d'un groupe et ont un effet direct sur la qualité du climat de travail (Morin, 1996). Une interaction bien coordonnée entre les différents acteurs participant au processus de traitement est d'une grande importance afin de fournir des traitements de qualité aux patients (LeTourneau et Curry, 1998; Gerteis, 1993). Les hôpitaux doivent se doter de mécanismes pour traiter et négocier les problèmes de collaboration et de gérer les conflits qui surgissent dans

l'organisation (Skjorshammer, 2001). On retrouve certaines études qui donnent des recommandations sur la gestion des conflits. De nombreux auteurs soutiennent que le principal moyen est d'encourager les professionnels à négocier et à utiliser des techniques de résolution de conflits (Miller, 1998; Gupta et Labbett, 1994; Slaikeu, 1989; Preston, 1988). Mais ces études révèlent que pour renforcer la résolution de conflits, les établissements de la santé doivent améliorer les processus et les structures organisationnelles.

Selon Lamothe (2002), un enjeu central de l'engagement des professionnels à modifier leurs pratiques est la confiance qu'ils manifestent à l'endroit de leurs collègues dans les autres organisations. D'après Lascoumes (1996), les relations de confiance se tissent dans un processus évolutif d'apprentissage collectif qui est essentiel à l'acquisition de nouvelles connaissances. La collaboration entre les professionnels de la santé est liée positivement à la performance et à la satisfaction du travail (Yildirim et al., 2003). Aussi, Ohlinger et al. (2003) mentionnent certaines pratiques d'affaires afin d'améliorer la collaboration. Ces pratiques sont la clarté, le partage des buts, le respect entre les membres du groupe, la communication, la confiance et les techniques de résolution de conflits.

2.4 PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, même si la performance organisationnelle est une notion centrale dans la gestion des organisations, et que la littérature portant sur ce concept est large, il y a peu de consensus sur la manière de conceptualiser, de mesurer et d'expliquer la performance organisationnelle mais tous s'entendent sur la nécessité de rendre les organisations performantes.

Nous entamons cette quatrième section en introduisant la performance organisationnelle. Ensuite, nous enchaînons sur les effets de la collaboration sur la performance des établissements de santé.

2.4.1 Concept de performance organisationnelle

Certains auteurs soulignent que la performance est au cœur de la stratégie (Venkatraman et Ramanujam, 1986). De façon similaire, pour Kaplan et Norton (2001), la performance doit correspondre à la mise en œuvre de la stratégie. Il ressort que la performance et les indicateurs doivent être cohérents avec les objectifs stratégiques (Lorino, 2001). De plus, les indicateurs de performance se doivent de correspondre à ce qu'est la performance (Lorino, 2001). Il s'agit alors de comprendre de ce que l'on entend par performance organisationnelle.

L'ambiguïté dans la représentation de la performance au plan théorique devient ainsi une caractéristique des études portant sur ce concept. Cette confusion est due à la diversité des définitions du terme performance. Pour certains auteurs, la performance est liée à l'efficacité et l'efficience (Neely et al., 1995). La flexibilité et le coût sont également identifiés comme des critères de performance (Chan et Qi, 2003; Beaumon, 1999). Trois autres dimensions sont introduites dans l'évaluation de la performance soit la fiabilité, le temps et la disponibilité (Beaumon, 1999). De plus, un modèle de référence, le Supply Chain Operations Reference (SCOR) développé par le *Supply Chain Council* spécialisée dans le domaine de la chaîne logistique, fournit une terminologie et des indicateurs de performance standard des entreprises industrielles (2002). Ces dimensions sont les plus importantes tels que rapportés dans les travaux de recherche en gestion des opérations et de la production et en gestion des approvisionnements. L'Annexe A présente donc une synthèse des principales dimensions de la performance et les indicateurs de performance rattachés à chacune de ces dimensions. Mentionnons aussi qu'à priori, il n'existe pas à ma connaissance des indicateurs spécifiques à la gestion du réapprovisionnement dans le secteur hospitalier.

De nombreux chercheurs se sont penchés sur la définition de ce terme en lui attribuant des caractères spécifiques. D'après Simon et March (1958), la mesure de la performance représente une étape du processus de prise de décision. Pour d'autres, la performance

signifie l'atteinte de buts (Coutler, 1979) ou d'objectifs (Georgopoulous et Tannebaum, 1957). Cependant, les organisations sont des entités complexes où il est difficile de cerner des buts et des objectifs (Kirchoff, 1977). De plus, la définition de la performance se trouve dépendante des perceptions des membres de l'organisation. Dès lors, la performance devient un concept subjectif.

Selon Morin, Savoie et Beaudin (1994), le choix des critères de performance est lié au statut et aux rôles des individus dans l'organisation, à leurs valeurs, à leurs intérêts ainsi qu'à leurs croyances. D'après eux, mesurer la performance organisationnelle « c'est prononcer un jugement sur une organisation, fondé sur un certain nombre de critères, qui sont des résultats souhaités, désirables et recherchés ». Ces derniers poursuivent en ajoutant que « l'efficacité organisationnelle est un jugement que porte un individu ou un groupe sur l'organisation, et plus précisément sur les activités, les résultats ou les effets qu'il attend d'elle » (p.5). Pour Steers (1977), la performance organisationnelle est « la capacité pour une organisation d'acquérir et d'utiliser ses ressources rares et précieuses aussi promptement que possible dans la poursuite de ses buts actuels et de ses buts opérationnels » (p.5). Également, la définition de Steers met l'emphase sur les buts de l'organisation comme critère de performance. Chaque but précis requiert des mesures de performance spécifiques. En outre, ces mesures jouent un rôle important dans le cadre du processus de gestion et de la prise de décision en vue d'optimiser la performance organisationnelle.

Ce qui se dégage de cette revue sur la performance organisationnelle, c'est qu'il ne semble pas exister de définition du concept de performance couvrant plusieurs aspects de la performance d'une organisation. Ce concept est souvent évalué par la profitabilité mais la performance financière n'est pas un indicateur suffisant. De plus, les indicateurs de performance sont peu adaptés aux organisations publiques (Newman et Wallender, 1978). Selon Kaplan et Norton (2001), les stratégies liées et intégrées peuvent grâce à la

cohésion et à la convergence des membres de l'organisation amener une performance meilleure.

2.4.2 Impact de la collaboration sur la performance dans le secteur de la santé

Dans le secteur de la santé, plusieurs auteurs notent qu'il y a peu d'études qui examinent l'efficacité des relations interorganisationnelles (Bazzoli et al., 2003; Provan et Milward, 2001; Ring, 1996; Alter et Hage, 1993). De nombreux auteurs soulignent qu'il y a plusieurs études sur les hôpitaux à profit mais les études sur ceux à non-profit sont presque inexistantes (Mark, 1999; Chan, Feldman et Manning, 1999; Clement et al., 1997; Friedman et Shortell, 1988; Coyne, 1982). Selon Zinn, Proenca et Rosko (1997), les recherches futures doivent considérer les implications de ces relations sur la performance organisationnelle des hôpitaux à non-profit. Aussi, ces auteurs soulignent que les recherches jusqu'à présent fournissent un contexte organisationnel et environnemental pour prendre une décision concernant le choix de la relation mais ne s'adresse pas aux conséquences de ce choix. De plus, Alter et Hage (1993) soutiennent qu'il y a un besoin incessant de travaux conceptuels et empiriques sur les causes et les conséquences des relations interorganisationnelles dans ce secteur.

Certains auteurs ont évalué la relation entre la structure organisationnelle du réseau de la santé et la performance financière des hôpitaux (Bazzoli et al., 2000). Ces derniers suggèrent que la raison principale pour que ces établissements de santé se joignent au réseau est de sécuriser les besoins en ressources et d'avoir un pouvoir de négociation plus grand. Les résultats de l'étude démontrent que les hôpitaux affiliés au réseau ont une performance financière meilleure car ces derniers ont des coûts plus bas et un profit plus élevé. Selon D'Amours (1997), pour que les relations de collaboration s'enracinent et se maintiennent, il faut le développement d'une vision partagée et d'une compréhension mutuelle du projet (intégration normative), la création de conditions administratives incitant les individus à coopérer (intégration fonctionnelle), la constitution des équipes cliniques et l'articulation de ces équipes à la structure du réseau

(intégration clinique). Le degré de mise en œuvre des diverses dimensions devrait conduire à un rehaussement de la performance et à une satisfaction accrue des acteurs concernés (Provan et Milward, 1995; Hutchens, 1994).

Les auteurs reconnaissent certains effets positifs des réseaux intégrés de services sur l'amélioration de l'efficience des organisations, la qualité des services et la réponse aux besoins croissants de la clientèle (Mur-Veeman et al., 1999; Morrissey et al., 1997; Bolland et Wilson, 1994; Conrad, 1993 ; Gillies et al. 1993). Selon Thomas, Blossom et Allen (2002), la formation d'un réseau permet aux hôpitaux d'augmenter leur pouvoir de marché, leur position financière, leur rentabilité, d'améliorer la continuité des soins, les relations avec les consommateurs et la qualité de la santé.

La majorité des études précédentes tendent à s'orienter sur l'intégration structurelle d'un système. Il a été documenté que la consolidation des multiples organisations de la santé a permis d'augmenter leur efficience dû aux économies d'échelle au niveau des achats, des transactions et des activités de gestion. Certains auteurs notent que des stratégies diversifiées en santé peuvent améliorer la performance et les relations médecins-hôpital peuvent augmenter la coordination clinique (Burns, DeGraaff et Singh, 1999 ; Goes et Zhan, 1995). De plus, ces derniers soulignent que les liens entre les hôpitaux et les médecins offrent l'opportunité de mettre en commun leurs ressources afin d'établir un avantage compétitif. Par ailleurs, la taille de l'organisation est un prédicateur significatif sur la performance financière de l'hôpital (Graeff, 1980).

Markham et Lomas (1995) ont présenté une revue de littérature sur les arrangements multi-hôpitaux. Selon eux, les avantages attendus de ces arrangements comprennent la réduction des coûts, la capacité de mieux utiliser les ressources, une réponse aux besoins de la collectivité, l'intégralité des soins, une meilleure coordination des soins et la réduction des listes d'attente. Ces derniers concluent que les avantages varieront en fonction de l'étendue des arrangements institutionnels.

Basé sur le cadre d'analyse de Provan et Milward (2001), l'étude de Weech-Maldonado, Benson et Gamm (2003) évalue l'efficacité d'une forme de relation collaborative qui est « community health partnerships » ou « partenariat des communautés de la santé ». Selon ces auteurs, un réseau favoriserait une meilleure intégration des services à la population, contribuerait à la cohérence et à la flexibilité du système, améliorerait l'efficience, l'efficacité et par conséquent l'accessibilité. Selon Provan et Milward (2001), malgré la croissance de cette forme de relation collaborative, il y a un manque de compréhension de l'efficacité et des mesures d'efficacité. Les résultats de leur étude démontrent que les mesures de performance sont importantes pour la survie à long terme des partenariats. Également, l'étude de Weech-Maldonado, Benson et Gamm (2003) démontre que chaque niveau d'analyse possède des partenaires différents qui ont des besoins et des attentes spécifiques. Ces auteurs concluent que chaque niveau d'analyse se caractérise par des critères d'efficacité divergents. De plus, ces auteurs soutiennent que les réseaux qui entretiennent de bonnes relations coopératives sont susceptibles d'être plus efficaces et ce, à chacun des niveaux d'analyse.

Dans leur étude, Rotarius, Fottler et Blair (2003) ont observé les effets structuraux des relations collaboratives sur certaines dimensions de la performance organisationnelle. Ces auteurs ont examiné, tout particulièrement, les formes de collaboration utilisées par les groupes médicaux. Ces derniers ont étudié la performance relative de chacun des groupes médicaux et la forme de relation qu'ils utilisent pour coopérer. La pression accrue pour l'intégration et le travail coopératif, les hôpitaux et les groupes médicaux ont créé des réseaux avec différents niveaux d'intégration. Ces structures relationnelles ont été créés pour améliorer la qualité des soins, reconsidérer les services (réduire la liste d'attente), améliorer l'accessibilité, réduire les coûts d'unité, améliorer l'efficacité opérationnelle (réduire les soins non essentiels et augmenter les produits offerts). Lorsque les liens de collaboration sont réalisés, ces types de buts permettent de réaliser un avantage collaboratif. Dans leur étude empirique les mesures étudiées sont les suivantes : la qualité clinique, l'orientation du service, la part de marché local, la

rentabilité de l'organisation, l'efficacité économique, la survie organisationnelle et la réalisation des besoins des partenaires. Les résultats indiquent que l'efficacité médicale est augmentée par des liens de collaboration avec d'autres organisations. De fait, il apparaît que des liens étroits, dans un système intégré, sont associés positivement à la qualité clinique, la survie organisationnelle et la réalisation des besoins des différentes organisations partenaires. Une étude récente montre que des liens étroits est associé à un bon niveau d'innovation, de coopération et d'entrepreneurship (Payne et al., 2000). Les organisations ont donc besoin de mettre en place des structures et des processus pour améliorer leurs activités. Les résultats suggèrent aussi qu'il n'y a pas une option meilleure qu'une autre pour les groupes médicaux car toute collaboration est possible. De plus, Fottler et ses collaborateurs (2000) suggèrent que les caractéristiques structurelles et la performance du système de santé sont liées. Il a été démontré que les structures organisationnelles dans l'industrie de la santé a un impact sur une variété de mesures de performance incluant l'efficacité économique et la qualité clinique (Fottler, 1987). L'intégration des hôpitaux affecterait la performance organisationnelle (Blair, 1995; Rotarius, 1995).

Provan et Milward (1995) ont fait une étude de cas multiples comparative réalisée dans le domaine des organisations de la santé mentale et ont formulé une théorie sur l'efficacité des réseaux interorganisationnels. Ces derniers soutiennent que les théories classiques se centrent sur les résultats individuels des diverses organisations composant le réseau. Pour eux, ceci semble insuffisant parce que les résultats démontreraient uniquement la façon dont les membres dispensent individuellement les services que leurs clients demandent. Donc, les acteurs qui se trouvent dans la meilleure situation pour évaluer la performance du réseau seraient les propres clients du système. Ces auteurs ont montré empiriquement que la performance du réseau serait atteinte à travers l'intégration de l'ensemble des organisations partenaires. De plus, les mécanismes de contrôle externes, la stabilité des conditions générales du système et la disponibilité des ressources dans l'environnement constitueraient d'autres caractéristiques du réseau

collaboratif exerçant une influence sur sa performance. Jemison et Sitkin (1986), quant à eux, soutiennent que les opérations de prise de contrôle sont réputées pour ne pas être les plus performantes, et ce quel que soit l'indicateur retenu. Ces auteurs notent également que le fractionnement des processus de prise de contrôle est lié à l'intervention de multiples membres internes et externes. Ils spécifient que ces membres sont plus intéressés par leurs intérêts que de l'avenir de l'intégration des organisations partenaires.

Certains auteurs affirment que des structures d'intégration offrent une meilleure performance dans un environnement stable (Conrad et Shortell, 1996). Aussi, ces auteurs affirment que lorsque les conditions sont incertaines, les arrangements virtuels sont plutôt favorisés car ils offrent plus de flexibilité. D'autres auteurs ont démontré qu'une intégration clinique efficace est due à un alignement entre la culture d'une organisation, ses systèmes de gestion administratifs et cliniques et de l'engagement tant des organisations que des professionnels qui y travaillent (Gillies, Shortell et Young, 1997; Shortell et al., 1993). Ces auteurs soulignent que l'utilisation d'un système d'information adéquat a une influence positive sur l'intégration, et conséquemment sur la performance globale du système.

Selon Chaskin et al. (2001), la mise en réseau des ressources du système (échange des informations et collaboration entre celles-ci) apparaît essentielle à la réalisation des approches communautaires intégrées et comme soutien aux changements sociaux. Cette mise en réseau favoriserait une meilleure intégration des services à la population, contribuerait à la cohérence et à la flexibilité du système de services, et en bout de ligne, contribuerait au mieux-être des familles en répondant efficacement à leurs besoins (Anderson, 2000). L'article de Thomas et al. (1992) présente les liens entre le processus de développement des échanges relationnels et la performance des organisations de la santé. Ces auteurs notent que la performance est reliée au processus de développement des relations de collaboration entre les organisations. En fait, on dénote plusieurs raisons auxquelles les établissements de la santé font des arrangements

interorganisationnels. Ces diverses raisons sont de réaliser une efficacité opérationnelle et des économies d'échelle, puis d'augmenter le segment de marché (Erman et Gabel, 1984). Certains auteurs soutiennent aussi que l'intégration des services par un réseau de fournisseurs peu potentiellement réduire la fragmentation et augmenter la coordination des services résultant ainsi des prestations de soins plus rentables (Provan et Milward, 1995).

Lee et Alexander (1999) analysent les données empiriques sur les avantages attendus des arrangements institutionnels. À ce qui a trait aux fusions, les avantages possibles sont l'augmentation de la part du marché, des économies d'échelle, du volume des patients et de la profitabilité. Selon ces auteurs, les stratégies comme la fusion et l'affiliation impliquent des changements structurels formels et une certaine perte d'autonomie et de souplesse des partenaires. Une étude de cas réalisée par Briggs, Frommelt et Roth (1981) démontre que les fusions améliorent les programmes médicaux. Également, les fusions permettent de créer des économies d'échelle et de gérer la demande des services qui demeure souvent incertaine (Lynk, 1995). De plus, certains auteurs révèlent que les centres hospitaliers ont un meilleur accès aux ressources en étant affiliés avec d'autres organisations (Levitz et Brooke, 1985).

Clement et al. (1997) ont examiné les effets des relations d'alliances sur la performance des hôpitaux. Les résultats de leur étude démontrent que les alliances sont reliées positivement à un meilleur rendement. Selon Lee et Alexander (1999), les alliances et les ententes contractuelles ne nécessitent pas une restructuration majeure de l'organisation. Selon Longest (1990), les hôpitaux développement également des « joint ventures » et des « joint programs » pour améliorer les services et pour réduire les coûts. Malgré le nombre croissant d'hôpitaux formant des relations de collaboration, ces arrangements multi-hôpitaux n'ont pas produit les bénéfices escomptés (Shortell, 1988). En outre, il a été suggéré que l'échec de ces relations est dû, notamment au manque d'engagement entre les membres de l'organisation (Shortell, 1988).

Pour Bazzoli et al. (2003), les relations collaboratives permettent d'augmenter la disponibilité des ressources, d'améliorer la productivité et la qualité et les habiletés organisationnelles pour faire face aux environnements turbulents. Pour Van de Ven et Ferry (1980), les relations de coopération offrent une certaine stabilité au sein de l'organisation. Dans un processus de collaboration, les partenaires travaillent ensemble pour résoudre les divers problèmes, créer des solutions et de découvrir les opportunités relatives à un problème donné (Logsdon, 1991; Gray, 1989; Trist, 1983). En travaillant ensemble, les organisations arrivent souvent à trouver une solution à leurs problèmes plutôt qu'en travaillant isolément (Mohr et Spekman, 1994).

Snail et Robinson (1998) se sont penchés sur les motifs qui poussent les organisations de la santé à fusionner. Ces motifs sont la réduction de la concurrence, l'élargissement du réseau et la consolidation des services. De nombreux hôpitaux fusionnent en espérant de réaliser des économies d'échelle en réduisant les coûts administratifs et en partageant les fournitures, la main-d'œuvre et les installations (Andreopoulos, 1997). Selon Kassirer (1996), les fusions et les acquisitions sont essentiellement motivées par la volonté de compenser la diminution des recettes provenant des soins de la santé en réalisant des économies d'échelle. Les fusions, les acquisitions et les accords contractuels sont vus aussi comme trois formes de consolidation du marché. Le but est de gagner des parts de marché pour accroître le pouvoir de négociation (Magel, 1999). Shortell et al., (1996) soulignent que les hôpitaux développent des liens de coopération pour améliorer la prestation des soins et arriver à une viabilité financière. En particulier, Snail et Robinson (1998) notent qu'il y a peu d'études sur les causes et les conséquences des formes de collaboration.

2.5 SOMMAIRE

Ce second chapitre a exposé la problématique spécifique et les fondements théoriques de la présente recherche. Ainsi, nous avons retenu les dimensions reconnues comme étant essentielles à la collaboration soit la confiance, l'engagement, la communication, la gestion des divergences, les procédures, la coordination, la participation et l'adaptation. De plus, la revue de la littérature permet de cerner le concept de performance organisationnelle mais offre peu de pistes quant aux indicateurs de performance pour la fonction réapprovisionnement. Notre recherche tentera de palier à ce manque (i) en identifiant des indicateurs de performance pour la fonction réapprovisionnement et (ii) en explorant les liens entre les dimensions de la collaboration et de la performance.

Le prochain chapitre présente le cadre conceptuel proposé par la présente recherche.

CHAPITRE 3 : STRATÉGIES DE RECHERCHE

Ce troisième chapitre expose le cadre théorique et l'approche méthodologique retenus. La section 3.1 introduit le cadre conceptuel général tandis que la section 3.2 expose la stratégie générale de recherche. La section 3.3 couvre les stratégies de collecte des données, puis met en évidence l'opérationnalisation des variables de recherche et les justifications théoriques supportant le choix de ces variables. Finalement, la section 3.4 présente le cadre conceptuel détaillé et les propositions de recherche.

3.1 CADRE CONCEPTUEL GÉNÉRAL

Des deux chapitres précédents, nous retenons que la collaboration peut avoir un impact positif sur la performance. Nous examinons ainsi ce postulat strictement au niveau d'une fonction critique dans le milieu hospitalier, soit celle du réapprovisionnement.

Étant donné que plusieurs facteurs contextuels peuvent modifier cette relation, il s'agit de les contrôler. En effet, le type d'organisation (Foster-Fishman et al., 2001; Leatt, Pink et Guerriere, 2000; Shortell et al., 1996) et la taille de l'établissement (Schumaker, 2003; Schoefield et Amodéo, 1999; Graeff, 1980) peuvent avoir une influence sur les échanges relationnels. De plus, l'expérience détenue par les professionnels pourrait avoir aussi un effet sur cette relation (Mitchell et Shortell, 2000; Berkowitz, 2000). Étant donné que les hôpitaux reflètent les traits d'une bureaucratie professionnelle, ceux-ci sont composés de groupes de professionnels distincts différenciés par des activités, des mentalités et des modes d'organisation qui fonctionnent en vase clos (Glouberman et Mintzberg, 2001 a et b). Devant ce constat, la collaboration entre les groupes de professionnels peut être efficace et efficiente que s'ils adoptent une approche plus holistique (Nabelsi et Lefebvre, 2005; Nabelsi, Lefebvre et Lefebvre 2003).

Le cadre théorique général illustré à la Figure 3.1 présente le cœur du modèle conceptuel de la présente recherche.

Figure 3.1 : Cadre conceptuel général

Le cadre conceptuel général inclut quatre ensembles de variables : les variables reliées à la collaboration (variables indépendantes), les indicateurs de performance (variables dépendantes), les facteurs contextuels (variables de contrôle) et la perspective ou le point de vue des groupes de professionnels impliqués dans la fonction de réapprovisionnement (variable modératrice).

3.2 STRATÉGIE GÉNÉRALE DE RECHERCHE

La stratégie de recherche représente le fil conducteur qui relie le questionnement du chercheur sur un phénomène donné à la méthodologie de recherche adoptée pour aborder son étude, le processus de collecte de données nécessaires à l'investigation, et finalement, les résultats obtenus et les conclusions dégagées (Yin, 2003). Les méthodes de recherche reconnues dans l'étude de l'impact des relations de collaboration sur la performance des groupes de professionnels dans le secteur de la santé sont les enquêtes et les études de cas (Tableau 3.1).

Tableau 3.1 : Méthodes de recherche employées dans le secteur de la santé

Méthodes de recherche	Auteurs
Enquêtes	Yavas et Romanova (2005); Burns et al. (2005); Kim et al. (2004); McCusker et al. (2004); Weech-Maldonado, Benson et Gamm (2003); Rotarius, Fottler et Blair (2003); Douglas et Ryman (2003); Thomas, Blossom et Allen (2002); Bazzoli et al. (2002); Spang, Bazzoli et Arnould (2001); Wang, Halpern et Begun (2000); Wan, Clement et Begun (2000); Dranove (1998); Clement et al. (1997); Morrissey et al. (1997); Bogue et al. (1995)
Études de cas	Ledwith (1999); Wicks, Meyer et Carlyn (1998); Coddington, Fischer et Moore (1996); Robinson (1996)

L'étude de cas est une méthode de recherche permettant de découvrir et de comprendre la complexité d'un phénomène unique (McMillan et Schumacher, 1984), des processus qui les composent et des acteurs qui en sont les parties prenantes (Eisenhardt, 1989). L'étude de cas peut être unique ou multiple et impliquer plusieurs niveaux d'analyse (Yin, 2003). Ce type de méthode vise à rendre compte du caractère évolutif et complexe d'un phénomène concernant un système social (Yin, 2003). Yin (2003) précise que l'étude de cas est une méthode pertinente où « les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans lequel des sources d'information multiples sont utilisées ». Selon certains auteurs, l'étude de cas permet « d'étudier en profondeur et de manière intensive une ou plusieurs situations dans une ou plusieurs organisations » (Evrard, Pras et Roux, 1997). Pour Strauss et Corbin (1990), cette méthode permet au chercheur de découvrir des problématiques nouvelles et d'éclairer un phénomène, pour ensuite générer une nouvelle théorie (Eisenhardt, 1989). Pour Stake (2000), le cas représente un « bounded system », c'est-à-dire qu'il est doté d'un fonctionnement et possède un but.

Yin (2003) et Eisenhardt (1989) notent que les études de cas peuvent être descriptives, explicatives ou exploratoires. Les études descriptives ont souvent porté sur la description

des caractéristiques de l'objet étudié. Elles répondent aux questions de type qui, quoi, quand et comment d'un phénomène réel observé dans son milieu de réalisation (Yin, 2003; Eisenhardt, 1989). Les études de cas explicatives, quant à elles, visent à rendre intelligible le pourquoi des choses (Yin, 2003; Eisenhardt, 1989). Elles permettent d'examiner et de dégager des facteurs reliés entre eux visant ainsi à établir des relations de cause à effet entre les phénomènes. Finalement, les études de cas exploratoires ont pour but de poser un problème en vue d'analyser ou de formuler des hypothèses de recherche (Yin, 2003; Eisenhardt, 1989). La présente recherche consiste à décrire la fonction de réapprovisionnement du milieu hospitalier, à mettre en évidence les divergences et convergences des groupes de professionnels impliqués dans la fonction réapprovisionnement, et ce, au niveau de l'importance de la collaboration et de la performance, puis de comprendre les relations entre la collaboration et la performance. La nature de notre étude est à la fois descriptive et exploratoire.

La méthode de l'enquête est une méthode de collecte de données qui peut recouvrir la forme d'un questionnaire auto-administré ou d'entretien face à face ou par téléphone (Babbie, 2001). Cette méthode présente plusieurs avantages. D'abord, elle se prête bien à l'évaluation des caractéristiques d'un grand nombre de sujets dans une seule enquête. Ensuite, elle est une méthode adéquate pour faire un prélèvement quantitatif en vue de dégager des tendances et des relations. Elle peut être aussi utilisée dans la recherche exploratoire et pour tester la validité des hypothèses. De plus, elle peut être utilisée pour obtenir des renseignements sur un large éventail de sujets significatifs de façon directive, puisque la forme des réponses est prédéterminée à l'avance, c'est-à-dire qu'elle s'appuie sur un guide d'entretien et sur un questionnaire structuré. Enfin, les enquêtes sont un outil approprié lorsque l'on recueille des données pour les analyser de manière comparative afin de mesurer les similitudes et les différences entre les groupes lors de l'utilisation des méthodes statistiques multivariées. De façon générale, cette méthode est la plus pertinente pour rassembler des données empiriques qualitatives et quantitatives d'une large population (Fowler, 2002).

Les objectifs visés par la présente étude sont regroupés en deux principales phases. La première phase tente d'améliorer notre compréhension de la fonction réapprovisionnement dans le milieu hospitalier. Un certain nombre de questions émergent de ce premier objectif de recherche.

Q1 Quelles sont les activités de réapprovisionnement ?

Q2 Quels sont les principaux groupes de professionnels impliqués dans le processus de réapprovisionnement leurs rôles et responsabilités respectifs ?

Q3 Quels sont les principaux modes de réapprovisionnement ?

Q4 Le processus de réapprovisionnement diffère-t-il selon les groupes de professionnels impliqués dans ce processus ?

Q5 Quelles sont les mesures de performance privilégiées par les groupes de professionnels ?

La deuxième phase de cette recherche comporte trois objectifs. Premièrement, nous tentons de démontrer empiriquement l'existence de similitudes et de différences entre les groupes de professionnels impliqués dans le réapprovisionnement. Ce premier objectif soulève la question de recherche suivante :

Q6 Quelles sont les divergences et les convergences entre les groupes de professionnels au niveau de l'importance des dimensions de la collaboration et de la performance ?

Deuxièmement, la présente recherche tente de déterminer empiriquement le pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration sur les indicateurs de performance en commun entre les groupes de professionnels impliqués dans le processus de réapprovisionnement tout en contrôlant pour certains facteurs contextuels comme la taille des établissements, le type d'organisation, le champ professionnel et l'expérience détenue par ces derniers. Ce second objectif soulève la question de recherche suivante :

Q7 Quelle est l'influence relative des dimensions de collaboration et de la taille sur les indicateurs de performance en commun entre les groupes de professionnels ?

Troisièmement, cette étude tente d'analyser l'effet modérateur de l'appartenance à chaque groupe de professionnels. Ce dernier objectif soulève la question de recherche suivante :

Q8 Les variables explicatives ont-elles le même effet sur les variables dépendantes selon les groupes de professionnels ?

La Figure 3.2 présente les questions de recherche rattachées à chacune des phases de notre recherche.

Figure 3.2 : Questions de recherche rattachées aux différentes phases

3.3 STRATÉGIES DE COLLECTE DES DONNÉES

Afin de répondre aux questions de la Figure 3.2, cette section couvre la justification du choix du milieu, de la fonction et des participants.

3.3.1 Choix du milieu de recherche

La région de Montréal-Centre compte 94 établissements publics et privés de services de santé et de services sociaux. Dans le cadre de cette recherche, nous avons procédé à une étude de cas unique approfondie auprès de trois centres hospitaliers et une corporation d'achats. Nous avons centré notre recherche sur ces trois établissements et sur leurs relations dyadiques avec la corporation d'achat. Afin de répondre à notre problématique, nous avons considéré plusieurs niveaux pour déterminer le terrain d'étude et pour établir les critères de sélection de l'étude de cas.

Au niveau de la région. Le Québec comprend 18 régions sociosanitaires. Ces régions regroupent présentement 315 établissements publics et privés de services de santé et de services sociaux et 11 corporations d'achats. Les corporations sont des organisations à but non lucratif constitués en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Celles-ci sont responsables des achats en commun de biens et services de l'ensemble des établissements membres. Chaque corporation d'achats peut desservir plus d'une région. Étant donné le temps restreint et les ressources nécessaires limitées à notre disposition dans le cadre de cette thèse, nous avons privilégié la région de Montréal-Centre.

Au niveau du type d'établissement. Comme nous l'avons noté plus haut, la région de Montréal-Centre compte 94 établissements publics et privés de services de santé et de services sociaux. Chacun de ces établissements peut offrir plus d'une mission définie dans la loi : (i) Centre local de services communautaires (CLSC), (ii) Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), (iii) Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ ou CJ), (iv) Centre de réadaptation (CR) et (v) Centre hospitalier (CH).

Dans la région de Montréal-Centre, nous avons répertorié 13 CLSC publics, 68 CHSLD (35 privés et 33 publics), 2 CPEJ ou CJ publics, 19 CR (6 privés et 13 publics) et 31 CH (4 privés et 27 publics). Un seul type d'établissement est retenu dans cette recherche, soit le centre hospitalier public car ce type d'établissement représente une part non négligeable des dépenses en santé, soit 54,4 % (MSSS, 2005).

Au niveau de l'organisation. La sélection de cas représente une démarche essentielle afin de réussir à répondre aux questions de recherche formulées et de pouvoir ensuite généraliser les résultats. Parmi les 27 CH publics, trois d'entre eux sont retenus car ils possèdent une caractéristique commune, soit d'avoir implanté un système d'information SAP R/3 qui est opérationnel. De plus, nous avons retenu la corporation d'achats qui négocie les contrats d'approvisionnement de ces trois hôpitaux.

3.3.2 Choix de la fonction

Parmi les fonctions que l'on retrouve dans les hôpitaux, la fonction réapprovisionnement apparaît comme critique. En effet, le réapprovisionnement constitue plus de 30% des coûts annuels d'un centre hospitalier (Bourgeon et al., 2001; Landry et Beaulieu, 2001; Chow et Heaver, 1994; Colleti, 1994; Kowalski, 1993; Henning 1980).

3.3.3 Choix des participants

Dans cette recherche, nous désirions étudier les professionnels et autres responsables qui interviennent dans la fonction réapprovisionnement. Trois groupes de professionnels sont impliqués dans le processus de réapprovisionnement : le personnel soignant, celui du service des approvisionnements et celui de la corporation d'achats. Cette collecte de données à multiniveau va nous permettre d'explorer la relation et la variation dans et entre les différents niveaux de professionnels qui font l'objet de notre enquête.

Les répondants visés pour le personnel soignant sont les chefs de service, infirmiers-chefs, infirmiers-chefs assistants, assistants à la coordination, les chefs médicaux et les secrétaires médicales. Pour le service des approvisionnements, les répondants retenus sont les directeurs des approvisionnements, les chefs de service, les acheteurs, les commis seniors, les préposés et les magasiniers. Enfin, les répondants visés pour la corporation d'achats sont le directeur des opérations, les conseillers et les intermédiaires.

3.3.4 Méthodes de collecte des données

La collecte des données pour la présente recherche comporte deux phases séquentielles bien distinctes : une phase qualitative et une phase quantitative (Figure 3.2). Ces deux approches ont été nécessaires pour atteindre les objectifs visés et répondre aux questions de recherche. La collecte des données s'est échelonnée sur une période de près d'un an et demi.

Comme nous l'avons noté précédemment, l'intégration des méthodes est essentielle pour une compréhension des phénomènes complexes. Certains auteurs ont défini de nouveaux concepts méthodologiques pour rendre opérationnel ce pluralisme méthodologique. Certains auteurs proposent la triangulation des sources de données qui, par la mise en comparaison de données obtenues par deux ou plusieurs méthodes différentes (de type qualitatif et quantitatif) et indépendantes, permettent d'augmenter ainsi la puissance de l'interprétation (Creswell, 2003; Janesick, 1994). La triangulation des données, qu'elle soit parallèle ou séquentielle cherche, par l'utilisation de mesures et d'observations différentes, à réduire les biais inscrits dans chacune des méthodes (Creswell, 2003). Le but est d'exploiter le caractère complémentaire des cheminements méthodologiques afin d'atteindre le meilleur de chacun. La triangulation des données permet de confronter les données recueillies à partir de différentes méthodes. On s'est récemment intéressé à créer des recherches à méthodes mixtes ou des recherches utilisant à la fois des méthodes qualitatives et quantitatives (Creswell 2003; Long et Curry 1998; Greene et Caracelli 1997). Smith (1986) parle ainsi de « multi-méthodes » ou encore de « mixed-

methods studies ». La triangulation d'une étude ou la combinaison de plusieurs méthodes pour étudier le même phénomène présente l'avantage de tabler sur les forces et de combler les faiblesses des différentes méthodes. En fait, les résultats provenant d'une méthode peuvent servir d'input à l'autre méthode (Greene et Caracelli, 1997), ce qui est le cas de notre recherche.

Nous avons choisi ici de pratiquer une triangulation des méthodes de collecte des données en ayant recours à plusieurs sources de preuve. Cette diversification des sources de preuve permet l'enrichissement, la mise en question, le contrôle et la vérification des données (Denzin, 1978). Elle permet aussi la validation des construits (Yin, 2003). Le questionnaire et les entrevues semi-structurées sont les deux sources de données les plus importantes de notre étude.

L'analyse privilégiée est de nature exploratoire et comparative. Compte tenu du sujet de notre recherche, l'étude exploratoire permet de saisir un sujet de recherche nouveau ou difficile à discerner afin d'améliorer la compréhension (Kaplan, 1998). Cette étude vise à se familiariser avec un phénomène et d'identifier des perspectives nouvelles d'un sujet de recherche (Babbie, 2001). Notre démarche de recherche a débuté par une étude exploratoire qui fut un préalable à l'élaboration de la méthodologie. Cette démarche était importante pour différentes raisons. L'étude exploratoire va nous permettre de recueillir des informations sur les activités de réapprovisionnement (Q1), les groupes de professionnels impliqués dans le processus de réapprovisionnement ainsi que leurs rôles et leurs responsabilités respectifs (Q2), les modes de réapprovisionnement utilisés dans les hôpitaux (Q3), les processus qui en découlent (Q4) et les indicateurs de performance privilégiés par les groupes de professionnels (Q5). Par ailleurs, cette étude exploratoire inclut une phase de validation auprès des professionnels de la santé afin d'accroître la fiabilité externe de notre étude. Cette recherche exploratoire est importante étant donnée que le domaine à l'étude est toujours inexploré ou très peu à ce jour. À notre connaissance, aucune recherche à ce jour, n'a traduit cette notion de collaboration au

niveau de la fonction réapprovisionnement. De même, aucune recherche n'a mis en relation les groupes de professionnels de la santé dans un rapport d'échanges lors du réapprovisionnement. Nous voulions explorer les relations entre les dimensions de collaboration et de la performance entre les groupes de professionnels impliqués dans cette fonction.

Une étude comparative s'impose également dans notre recherche pour diverses raisons. Comme nous l'avons déjà noté plus haut, trois centres hospitaliers et une corporation d'achats ont été sélectionnés comme terrains d'étude, ce qui permet de comparer les perspectives et points de vue de ces établissements. De plus, trois niveaux de répondants ont été sélectionnés : personnel soignant, service des approvisionnements et corporation d'achats, ce qui permet de comparer à un ou plusieurs groupes de professionnels et d'analyser les divergences et les convergences.

3.3.4.1 Phase qualitative

Afin d'apporter des éléments de réponse à notre problématique, nous avions choisi d'utiliser la méthode de cas. La recherche qualitative est une technique exploratoire très répandue. En effet, elle donne un aperçu des comportements et des perceptions des gens. La recherche qualitative permet d'étudier leurs opinions sur un sujet particulier de façon plus approfondie que dans un questionnaire. De plus, elle génère des idées et des hypothèses lorsqu'on ne sait pas très bien comment une question est perçue par la population cible ou lorsque les options liées à cette question ne sont pas bien définies ou sont mal comprises. Les principales méthodes d'investigation en recherche qualitative sont l'observation, l'entrevue et l'analyse de documents (Creswell, 2003, Babbie, 2001), méthodes sur lesquelles reposent la première phase de notre recherche.

(i) Observations

L'observation est une technique de recherche qui se prête bien à l'étude de cas. L'une des décisions les plus importantes qui s'impose au chercheur avant qu'il ne s'engage

dans une recherche d'observation, porte sur la façon dont l'observateur va observer les sujets. On retrouve donc deux méthodes d'observation : observation participante et observation désengagée. D'abord, l'observation dite participante signifie que l'observateur s'insère dans la vie des personnes qu'il étudie. Ensuite, l'observation dite désengagée est une méthode très utile pour s'imprégner du contexte tout en gardant une certaine distance.

Les méthodes d'observation, sur le terrain, sont orientées vers la description et la compréhension du milieu étudié. L'observation est une technique qui permet de percevoir la réalité immédiate car le chercheur est sur les lieux de l'étude. Le chercheur peut voir et revoir agir les personnes avec son environnement, puis à noter et à renoter, ensuite à analyser et à réanalyser leurs comportements. Cette démarche permet de saisir certains éléments et de raffiner les informations déjà formulées.

Lors de l'étude de cas, nous avons joué un rôle passif, étant physiquement présente dans les établissements de services de santé quelques jours. Nous avons ainsi pu observer les unités de soins, le service des approvisionnements, les entrepôts et le magasin général. Cette observation désengagée nous a permis de nous immiscer dans le contexte de la recherche afin de mieux percevoir la réalité vécue par les professionnels de la santé et de mieux comprendre la problématique de notre recherche. Les données collectées lors des observations ont été consignées dans un premier temps dans des cahiers. Ensuite, toutes ces informations ont été retranscrites dans un journal de bord informatisé.

Les observations directes nous ont permis d'obtenir des renseignements sur les activités de réapprovisionnement (Q1), les principaux modes de réapprovisionnement (Q3) ainsi que les façons dont les groupes de professionnels entrent en relation les uns avec les autres, les caractéristiques de chacun et les évènements qui se produisent (Q4). C'est grâce à ces moments d'observation que nous avons pu d'abord se familiariser avec l'exercice d'observation en tant que tel, avec la prise de notes sur le terrain, avec le

contexte, pour ensuite commencer à étudier la situation. Ce type d'approche est tout à fait approprié dans notre cas puisque cette recherche est de nature exploratoire. De cette façon, des observations initiales peuvent mener à certaines conclusions, lesquelles peuvent guider certaines observations subséquentes, vérifiant les conclusions précédemment faites, impliquant peut-être une révision de ces dernières et ainsi de suite.

(ii) Entrevues semi-structurées

L'entrevue est une méthode qui permet d'élaborer une information détaillée sur les opinions et les attitudes des personnes rencontrées sur le phénomène de l'étude (Snow et Thomas, 1994). Les discussions en groupe et les entrevues individuelles représentent les techniques les plus fréquentes. Les entrevues peuvent être semi-structurées ou même non structurées dans lesquelles l'intervieweur travaille avec un guide d'entrevue. Comparativement aux questionnaires, les entrevues n'ont pas recours à un questionnaire établi et le chercheur dispose d'une certaine latitude pour adapter le guide d'entrevue selon les réponses et les expériences individuelles des sujets. Le chercheur peut ainsi éliminer des secteurs de questions qui ne génèrent pas beaucoup d'informations utiles et ajouter ceux qui sont plus prometteurs. L'entrevue est une technique flexible car l'interviewer n'est pas limité à un cadre rigide face à son interlocuteur (Babbie, 2001). Le chercheur peut reformuler une même question, réexprimer la pensée de l'autre afin de s'assurer qu'il a bien compris et permet de laisser du temps pour répondre à la question.

Nous avons privilégié l'entrevue semi-structurée car cette technique offre une qualité de rapports interpersonnels, donne des pistes de réflexion et met en lumière leur interprétation de la réalité. Cette approche offre plus de latitude permettant au chercheur d'approfondir certaines avenues développées par les répondants tout en étant conforme à la nature de l'étude (Selltiz et al., 1976). Cette technique permet de recueillir de façon plus précise et plus complète de l'information sur le vécu quotidien des professionnels, sur leur rôle, sur leur appréciation ou leur évaluation des relations qu'ils entretiennent

avec les autres professionnels. Les entrevues ont été peu structurées surtout lors des premiers entretiens afin de permettre aux personnes interrogées d'utiliser leur propre terminologie. Afin de conserver en mémoire les thèmes principaux qui devaient être couverts lors de l'entrevue, nous avions établi un guide d'entretien général (voir Annexe E). Par la suite, ce guide a été plus détaillé. Ce guide présentait des variantes selon la fonction exercée par les différentes personnes interrogées au sein de l'organisation. Ce guide a été constamment adapté au cours du processus d'évolution de notre recherche. Lors des entrevues, nous nous sommes toujours efforcés de maintenir une ambiance des plus conviviale possible afin de gagner la confiance de l'interlocuteur.

Dans cette recherche, les entrevues semi-structurées ont produit des informations plus détaillées sur les activités (Q1), les rôles et les responsabilités des principaux groupes de professionnels (Q2), les modes de réapprovisionnement utilisés dans les hôpitaux (Q3) et sur le processus de réapprovisionnement (Q4); c'est-à-dire que les entrevues, nous ont permis de déterminer et de définir la séquence et l'interaction des activités tout au long du cycle de réapprovisionnement. Les réponses obtenues ont permis aussi de recenser un ensemble d'indicateurs de performance reliés au processus de réapprovisionnement (Q5).

La durée des entrevues semi-structurées était de 20 à 30 minutes. Certaines entrevues ont été enregistrées avec la permission des participants. Le nombre de professionnels rencontrés étant nécessairement limité, le choix des personnes interrogées revêt une extrême importance dans les études qui utilisent des méthodes qualitatives (Seidler, 1974). Le choix des personnes interrogées fut guidé par le profil de l'individu et sur la base des recommandations d'autres personnes interrogées. Au total, 48 entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès des professionnels, autant des trois hôpitaux que de la corporation d'achats.

(iii) Analyse de documents

L'analyse de documents est une stratégie de recherche fondée sur la description objective, systématique et quantitative du contenu. Cette stratégie donne une perspective historique car elle permet une analyse longitudinale. L'analyse de documents s'appuie sur des informations déjà réunies et qui prennent la forme de documents. Les avantages de cette méthode sont l'économie (de temps, d'argent et d'énergie). Ceci permet de mettre en lumière un événement, une action individuelle ou collective pour lesquels des traces écrites existes.

Dans notre recherche, l'analyse documentaire a servi à corroborer certaines informations en regard aux modes de réapprovisionnement (Q2), nous pourrions dire que cette méthode en était une d'appui aux deux autres. Les types de documents utilisés dans l'analyse de contenu comprennent des informations disponibles publiquement sur Internet et dans la littérature. À chaque étape du processus des données qualitatives, nous avons épuré et codifié les données recueillies dans chaque cas pour faciliter l'analyse.

3.3.4.2 Phase quantitative

Suite aux études de cas, nous avons eu recours aux méthodes quantitatives de recherche, plus précisément l'enquête par questionnaire.

L'enquête par questionnaire est l'outil privilégié pour l'obtention des données. Selon Babbie (2001), le questionnaire est la meilleure méthode disponible pour la recherche sociale qui s'intéresse à collecter des données pour mesurer les attitudes et les orientations d'une large population. Par sa nature même, le questionnaire constitue une technique peu coûteuse et offre une rapidité d'exécution. Un questionnaire peut se remplir en un temps relativement court, contrairement à l'interview. Les questionnaires permettent de faire des comparaisons entre les variables et les hypothèses.

Nous avons utilisé les résultats de l'étude de cas pour élaborer des outils de collecte quantitative de données auprès d'un échantillonnage représentatif de la population. Ces résultats ont servi à élaborer trois questionnaires qui, après avoir été prétestés auprès de 11 répondants (3 chefs d'approvisionnement, 2 infirmiers-chefs, 2 infirmiers-chefs assistants, 1 magasinier, 1 préposé, 1 acheteur, 1 directeur général). Ce prétest a permis de valider et de préciser les variables de collaboration, les indicateurs de performance et la formulation des questions. Le contenu de ces questionnaires reposait sur des bases solides, ancrées dans la réalité des professionnels de la santé, bases qui ont été établies lors des études de cas. Ces questionnaires furent donc administrés à un échantillon de professionnels oeuvrant dans trois centres hospitaliers et dans la corporation d'achats impliqués dans la fonction réapprovisionnement. Le département de communication de chaque hôpital entrait en communication avec les professionnels préalablement identifié et sollicitait leur participation. Une lettre et un questionnaire du département leurs étaient envoyés. Cette lettre expliquait les buts et les termes de l'étude. Les critères de sélection des participants étaient les suivants : (i) faire partie de l'entité identifiée, (ii) être impliqué dans le processus de réapprovisionnement et (iii) accepter de participer à l'étude. Afin de s'assurer d'un taux de réponse satisfaisant, nous nous rendions sur les lieux pour rencontrer les professionnels et effectuer une entrevue en tête à tête. De plus, certains professionnels issus du personnel soignant ont été interrogés par téléphone car ces derniers étaient plus difficiles à rencontrer sur place. Au total, nous avons interviewé 163 personnes.

L'élaboration du questionnaire a été réalisée en plusieurs étapes :

Dans un premier temps, une revue de littérature a permis de proposer des mesures pour opérationnaliser les dimensions reliées à la collaboration (Tableau 3.2) dans le milieu hospitalier.

Dans un deuxième temps, les entrevues semi-structurées réalisées lors de la phase I auprès des groupes de professionnels de la santé issus de trois centres hospitaliers et d'une corporation d'achats ont permis d'identifier 147 indicateurs de performance (Tableau 3.3). À partir de cette liste à fort potentiel, nous avons éliminé les indicateurs redondants et ceux qui n'avaient aucun lien avec le processus de réapprovisionnement. À partir de cette nouvelle liste, nous avons rencontrés à quelques reprises les groupes de professionnels afin qu'il y ait un consensus sur les indicateurs privilégiés par ceux-ci. Après cette démarche, 53 indicateurs ont été retenus et regroupés en huit critères de performance : coût, disponibilité, fiabilité, flexibilité, qualité, quantité, satisfaction et temps.

Dans un troisième temps, parmi les 53 indicateurs de performance, nous avons identifié les indicateurs affiliés à chaque niveau de professionnels : personnel soignant, service des approvisionnements et corporation d'achats. Cette démarche a permis de faire une liste d'indicateurs de performance pour chacun des niveaux permettant d'élaborer trois questionnaires. Ainsi, chaque questionnaire comporte deux parties. Dans la première partie, les questionnaires affichent les mêmes questions au niveau de la collaboration. Toutefois, le questionnaire pour le service des approvisionnements est séparé en deux volets, c'est-à-dire que celui-ci doit évaluer le niveau de collaboration avec le personnel soignant (premier volet) et puis, avec la corporation d'achats (second volet) car le service a des relations d'échanges avec ces deux parties. Dans la deuxième partie, les questionnaires ont tous les mêmes critères de performance mais les indicateurs de performance associés à ces critères peuvent varier d'un niveau de professionnels à un autre.

Dans un quatrième temps, cette première version des questionnaires a été testée afin de valider les mesures utilisées. Ceux-ci ont été administrés auprès de 11 professionnels de la santé de professions différentes afin d'obtenir leurs commentaires et leurs suggestions. En considérant les propositions des professionnels, nous avons rédigé une

seconde version de chacun des questionnaires. La version finale du questionnaire pour chacune des vues est présenté à l'Annexe F.

3.3.5 Opérationnalisation des variables de recherche et justifications théoriques

Le cadre conceptuel général présenté précédemment comporte un ensemble de variables indépendantes, un ensemble de variables dépendantes, un ensemble de variables de contrôle et une variable modératrice. Les justifications théoriques des variables retenues seront présentées dans cet ordre.

3.3.5.1 Variables indépendantes

Le concept des dimensions de la collaboration, tel que défini dans le cadre conceptuel général (Figure 3.1), représente les variables indépendantes. Ce concept est décomposé en neuf dimensions. Chacune de ces dimensions regroupent plusieurs items dont les justifications théoriques sont présentées dans le Tableau 3.2.

Tableau 3.2 : Opérationnalisation et justification théorique des variables retenues

Variables indépendantes	Opérationnalisation	Mesures	Auteurs
Adaptation	Nous nous adaptons généralement aux besoins formulés par ce groupe.	2 échelles de Likert	Adaptée de Helfert, Ritter et Walter (2002)
	Nous adaptons nos activités de réapprovisionnement aux besoins de ce groupe.		
Communication	La communication avec ce groupe lors du réapprovisionnement est : pertinente, précise, adéquate, complète, crédible	2 échelles de Likert	Adaptée de Mohr et Spekman (1994); Anderson et Narus (1990)
	Nous communiquons aussitôt que possible les problèmes de réapprovisionnement auprès de ce groupe.		

Tableau 3.2 : Opérationnalisation et justification théorique des variables retenues (suite)

Variables indépendantes	Opérationnalisation	Mesures	Auteurs
Confiance	Ce groupe est un excellent partenaire avec qui on peut faire du réapprovisionnement.	6 échelles de Likert	Adaptée de Medina-Munoz, Garcia-Falcon et Medina-Munoz (2002)Helfert, Ritter et Walter (2002) Rindfleisch (2000); Jap (1999); Bensaou et Venkatraman (1995)
	Le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir notre relation avec ce groupe en vaut la peine.		
	Le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir notre relation avec ce groupe sont importants.		
	Nous comptons généralement sur l'appui de ce groupe pour des questions de réapprovisionnement.		
	Nous sommes ouverts aux demandes d'information supplémentaires de ce groupe.		
	Nous attendons à ce que les intérêts de ce groupe soient pris en considération quand un problème surgit.		
Coordination	Nos activités avec ce groupe sont bien coordonnées.	2 échelles de Likert	Adaptée de Medina-Munoz, Garcia-Falcon et Medina-Munoz (2002); Mohr et Spekman (1994)
	Dans cette relation, nous savons toujours ce que nous sommes supposés de faire pour ce groupe.		
Échanges d'informations	Nous partageons des informations avec ce groupe.	3 échelles de Likert	Adaptée de Mohr et Spekman (1994)
	Nous tenons informés ce groupe des évènements ou des changements susceptibles de l'affecter.		
	Nous échangeons des informations fréquemment et de façon informelle avec ce groupe.		
Engagement	Nous sommes très engagés à continuer avec ce groupe.	2 échelles de Likert	Adaptée de Helfert, Ritter et Walter (2002); Medina-Munoz, Garcia-Falcon et Medina-Munoz (2002)
	Nous désirons collaborer à long terme avec ce groupe.		
Gestion des divergences	Nous essayons d'arriver à un compromis acceptable pour ce groupe lors d'un désaccord.	3 échelles de Likert	Adaptée de Helfert, Ritter et Walter (2002); Bensaou et Venkatraman (1995)
	Au cours de la dernière année, les désaccords entre nous et ce groupe ont été résolus de manière collaborative.		
	Au cours de la dernière année, les désaccords entre nous et ce groupe ont été résolus de manière satisfaisante.		
Procédures	Les documents expliquent clairement et de façon détaillée les tâches pour ce groupe.	3 échelles de Likert	Adaptée de Medina-Munoz, Garcia-Falcon et Medina-Munoz (2002)
	Les documents expliquent clairement et de façon détaillée les activités pour ce groupe.		
	Les documents définissent clairement et de façon détaillée les fréquences de réapprovisionnement pour		
Participation	Nous participons à l'élaboration des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec ce groupe.	4 échelles de Likert	Adaptée de Mohr et Spekman (1994)
	Nos suggestions sont généralement retenues par ce groupe.		
	Nous cherchons des conseils auprès de ce groupe.		
	Ce groupe recherche nos conseils.		

Adaptation

Deux items mesurent l'adaptation des groupes de professionnels : nous nous adaptons généralement aux besoins formulés par chacun de ces groupes et nous adaptons nos activités de réapprovisionnement aux besoins de ces derniers. Ces items reflètent la capacité d'un groupe à mettre en œuvre des mesures appropriées pour répondre aux besoins spécifiques de leur partenaire afin qu'il puisse travailler au meilleur de leurs capacités. Cette dimension est reconnue comme un facteur essentiel d'efficacité pour les échanges économiques et sociaux (Helfert, Ritter et Walter, 2002).

Communication

En ce qui concerne la dimension communication, l'opérationnalisation des variables est basée sur les travaux de différents auteurs tels que Mohr et Spekman (1994), de même que Anderson et Narus (1990). La communication se définit comme un échange formel ou informel d'informations. Certains auteurs (Anderson et Narus, 1990) insistent sur l'importance de fournir des informations significatives au moment opportun. En outre, l'échange d'informations contribue à une meilleure coordination des actions du groupe leur permettant d'atteindre plus facilement les objectifs fixés. Selon Mohr et Spekman (1994), c'est la précision, la richesse et le caractère pertinent de l'information transmise qui va conditionner l'atteinte des objectifs du partenariat. Et la qualité de l'information échangée permet ainsi aux groupes de réaliser leurs tâches de manière plus efficace. De plus, la communication lorsqu'elle est complète permet d'assurer la synchronisation des opérations des groupes. Il importe donc de favoriser les échanges d'informations pour une meilleure collaboration entre les groupes de professionnels. Mais, il faut que les informations transmises soient précises, pertinentes, adéquates, crédibles et complètes.

Confiance

En ce qui concerne l'évaluation de la dimension confiance, nous avons opté pour une opérationnalisation similaire à ce que d'autres auteurs ont utilisé par le passé (Medina-

Munoz, Garcia-Falcon et Medina-Munoz, 2002; Helfert, Ritter et Walter, 2002; Rindfleisch, 2000; Jap, 1999; Bensaou et Venkatraman, 1995).

La confiance fait référence à plusieurs notions. En outre, certains auteurs insistent sur l'idée que la confiance est la capacité du partenaire à remplir ses obligations de manière fiable et efficace, et de se comporter de façon honnête (Medina-Munoz, Garcia-Falcon et Medina-Munoz, 2002; Rindfleisch, 2000; Jap, 1999). Dans leurs analyses, la confiance est considérée commune une clé de voûte du succès du partenariat. À partir du moment où le niveau de confiance des partenaires est élevé, ceux-ci seront plus enclins à réaliser des efforts supplémentaires (Medina-Munoz, Garcia-Falcon et Medina-Munoz, 2002). Certains auteurs mesurent le degré de confort à partager des informations (Bensaou et Venkatraman, 1995) et le niveau de soutien des partenaires lors de situations difficiles (Helfert, Ritter et Walter, 2002). Enfin, pour Jap (1999), la confiance correspond à la volonté des partenaires de tenir compte des intérêts de l'une ou l'autre des parties lorsqu'un problème surgit. Ainsi, elle génère un sentiment de sécurité chez les partenaires et leur permet une plus grande liberté de manœuvre.

Coordination

Le bon fonctionnement d'une relation requiert un certain niveau de coordination (Mohr et Spekman, 1994). Il est entendu que la coordination des tâches est nécessaire au bon déroulement des échanges et améliore l'efficacité des relations. Donc, deux items ont été utilisés dans cette recherche : nos activités avec ce groupe sont bien coordonnées et dans cette relation, nous savons toujours ce que nous sommes supposés faire pour ce groupe.

Échanges d'informations

Plusieurs études ont démontré que les échanges d'informations permettent d'améliorer sensiblement la performance et de compléter les tâches plus efficacement. Trois items mesurent la dimension des échanges d'informations : nous partageons des informations avec le groupe, nous tenons informés le groupe des évènements ou des changements

susceptibles de l'affecter et nous échangeons des informations fréquemment et de façon informelle avec le groupe. Il s'agit des mesures adaptées de Mohr et Spekman (1994), celles-ci permettent ainsi d'identifier dans quelle mesure les partenaires partagent des informations.

Engagement

L'engagement entre les partenaires fait référence à la volonté de voir la relation continuer à long terme, au désir de développer une relation stable, et de faire les sacrifices nécessaires pour y parvenir en investissant dans la relation (Medina-Munoz, Garcia-Falcon et Medina-Munoz, 2002; Helfert, Ritter et Walter, 2002).

Gestion des divergences

Plusieurs auteurs (Helfert, Ritter et Walter, 2002; Bensaou et Venkatraman, 1995) ont montré que l'existence d'un climat transactionnel favorable illustrant une situation de coopération est essentiel pour réduire les conflits. Le premier item évalue dans quelle mesure le partenaire tente d'arriver à un compromis acceptable pour son partenaire lors d'un désaccord. Le second item mesure jusqu'à quel point les désaccords entre les partenaires ont été résolus de manière collaborative alors que le troisième item, de manière satisfaisante. En fait, les conflits affectent la collaboration et aussi les échanges d'informations entre les parties (Bensaou et Venkatraman, 1995). Dans une structure dyadique, la collaboration diminue dans un contexte négatif ou conflictuel (Bensaou et Venkatraman, 1995)

Procédures

La formalité signifie détenir des documents spécifiant les procédures opérationnelles et définissent les responsabilités des parties prenantes (Medina-Munoz, Garcia-Falcon et Medina-Munoz, 2002). Selon ces auteurs, plus la relation est formelle entre les parties, plus ces dernières entretiennent des échanges relationnels.

Participation

La participation pour Mohr et Spekman (1994) réfère à l'interaction et à la contribution d'un groupe à la définition des objectifs et des moyens permettant de l'atteindre.

3.3.5.2 Variables dépendantes

Le concept de performance qui représente la variable dépendante est décomposé en huit dimensions (fiabilité, flexibilité, coût, temps, qualité, quantité, disponibilité et satisfaction). Chacune des ces dimensions regroupent des indicateurs de performance (IP). Le Tableau 3.3 illustre les 147 IP identifiés lors des entrevues semi-structurées.

Tableau 3.3 : Indicateurs de performance

Dimensions de la performance	Indicateurs de performance
Fiabilité	Taux de rotation des stocks
	Exactitude des bons de commande livrés
	Révision des quotas de fournitures stockées
	Exactitude des bons de livraison en fonction des bons de commande
	Respect des horaires de livraison des fournisseurs
	Respect des horaires de livraison des fournitures
	Respect des fréquences de livraison des fournitures
	Exactitude des demandes d'achats effectuées
	Exactitude des inventaires en fourniture
	Fréquence des demandes d'achats complétées
	Nombre de retours des fournitures aux fournisseurs
	Nombre des fournisseurs qui représentent 80% des dépenses d'achat
	Nombre de fournisseurs favoris par rapport au nombre total de fournisseurs
	Nombre de réservations faites en fonction des quantités à réapprovisionner
	Nombre de transactions faites en fonction des bons de commande
	Nombre de bons de commande émis sans intervention
	Nombre de fournitures réapprovisionnées
	Nombre de quantités à réapprovisionner
	Nombre de lignes factures litigieuses sur le nombre total de lignes commandes
	Nombre de lignes « back order » sur le nombre total de lignes commandes
	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit
	% des livraisons de fournitures aux bons endroits
	% de rangement de fournitures aux bons emplacements
	Fournitures les plus souvent utilisées
	Prélèvement en quantité suffisante des fournitures
	Nombre des étiquettes de code à barres scannées
	Maintien de la quantité maximale en stock

Tableau 3.3 : Indicateurs de performance (suite)

Dimensions de la performance	Indicateurs de performance
Fiabilité (suite)	% du processus des bons de commande complété
	Niveau de service du fournisseur
	Nombre de factures traitées sans erreur
	Nombre de fournisseurs rencontrant les conditions de qualité, de livraison, de flexibilité, de qualité et de coût
	Nombre de fournisseurs potentiels sélectionnés qui sont qualifiés
	Nombre de bons de commande négociés sans erreur
	Fréquence de conformité des procédurees de réapprovisionnement réalisées
	Taux de performance du fournisseur
	Nombre d'amendement sur le volume total de commandes
	Nombre de demandes d'achat convertis en des bons de commande
Flexibilité	Accès aux fournitures
	Temps de réponse du service des approvisionnements
	Temps de réponse de la corporation d'achats
	Flexibilité au niveau du traitement des bons de commande
	Habileté d'augmenter rapidement la capacité
	Réduction du temps et du coût au processus d'achat
	Réduction du temps et du coût au processus de négociation
	Réduction du temps et du coût au processus de commande
	Réduction du temps et du coût au processus de prélèvement
	Réduction du temps et du coût au processus de livraison
	Réduction du temps et du coût reliée à l'identification de la source d'approvisionnement
	Réduction du temps et du coût au processus de disposition
	Nombre de fournitures reçues sans vérification des quantités
Coût	Coût de gestion par ligne de fournitures
	Coût moyen des activités d'achat
	Coût moyen des activités de négociation
	Coût moyen des activités de commande
	Coût moyen des activités de prélèvement
	Coût moyen des activités de livraison
	Coût moyen des activités de disposition
	Économies dégagées sur les contrats signés
	Coût pour les fournitures à contrat
	Coût pour les fournitures en achat direct
	Coût pour les fournitures en inventaire
	Coût pour les fournitures one shot
	Valeur moyenne d'un bon de commande
	Épargnes en $ sur le prix du marché
	Bénéfices transférés du fournisseur
	Coût d'émission d'un bon de commande
	Nombre de comptes en souffrance
	Dernier prix payé en $ en comparaison au nouveau prix payé en $
	Coût d'utilisation/entretien des fournitures
	Coût total du réapprovisionnement
	Coût de gestion des engagements à long terme
	Coût de l'obsolescence de l'inventaire

Tableau 3.3 : Indicateurs de performance (suite)

Dimensions de la performance	Indicateurs de performance
Temps	Retard moyen sur le traitement des demandes d'achats
	Retard moyen de livraison d'une commande
	Temps passé aux activités de réapprovisionnement
	Délai de traitement des réquisitions
	Dernière utilisation des fournitures
	Temps moyen des activités d'achat
	Temps moyen des activités de négociation
	Temps moyen des activités de commande
	Temps moyen des activités de prélèvement
	Temps moyen des activités de livraison
	Temps moyen des activités de disposition
	Temps passé pour scanner les étiquettes de code à barres
	Temps par ligne de fournitures commandées
	Temps par ligne de fournitures placées
	Temps passé pour le système de double casier
	Temps passé pour faire une demande d'achats
	Temps passé pour placer une commande d'achat dans EBPro
	Temps pour créer une réservation des quantités à réapprovisionner
	Temps pour créer un panier dans EBPro
	Temps pour créer une demande d'achat
	Temps de cycle du processus de renégociation
	Temps de cycle de la gestion du bon de commande
	Temps de cycle de la conversion du bon de livraison en bon de commande
	Temps de cycle d'approbation d'un bon de commande
	Temps de cycle d'approbation d'une demande d'achat
	Temps de cyle pour évaluer et autoriser les projets
	Durée de validité du contrat
Qualité	Durabilité des fournitures
	Fiabilité des fournitures
	% de plaintes au niveau des fournitures
	% des fournitures conformes selon les standards établis
	Nombre de plaintes du personnel soignant quant aux fournitures
	Qualité générale des fournitures
	Amélioration de la qualité des fournitures
	Serviabilité des fournitures
Quantité	Nombre de contrat à renouveler
	Nombre de factures litigieuses
	Nombre de bons de commande en souffrance
	Nombre de réquisition en suspens
	Nombre de fournitures à réapprovisionner
	Nombre de fournitures prélevées en inventaire
	Nombre de fournitures conservées
	Nombre des articles actifs (utilisés dans les derniers 24 mois)
	Nombre d'articles par famille de produits
	Nombre des articles désactivés

Tableau 3.3 : Indicateurs de performance (suite)

Dimensions de la performance	Indicateurs de performance
Quantité (suite)	Nombre de fournitures à contrat
	Nombre de fournitures sans contrat
	Nombre de fournitures en inventaire
	Nombre de fournitures en achat direct
	Nombre de fournitures one shot
	Nombre de commandes par tranche de valeur
	Nombre de contrats à renégocier
	Nombre de volume transactionnel
	Nombre de requêtes papiers sur requêtes électroniques
	20 produits que l'on dépasse le plus en volume
	Nomre de réservations des quantités à réapprovisionner
	Nombre d'appels d'offres
	Nombre de demandes d'achat traitées par acheteur
	Nombre de nouvelles fournitures
	Nombre de demandes d'achats non traitées
	Nombre de demandes d'achats (projets pioritaires)
	Nombre de demandes d'achats acceptées et financées
	Nombre d'étiquettes sur le rail
	Nombre de soumissions soumis par les fournisseurs
Disponibilité	Nombre de fournitures en stocks
	% de fournitures disponibles
	Nombre de fournitures commandées
Satisfaction	Satisfaction générale envers le service des approvisionnements
	Satisfaction générale envers le personnel soignant
	Satisfaction générale envers la corporation d'achats
	% des bénéficiaires insatisfaits
	Nombre de plaintes au service
	Satisfaction générale des services

Le Tableau 3.3 permet de noter la présence de 38 IP de fiabilité, 13 IP de flexibilité, 22 IP de coût, 27 IP de temps, 8 IP de qualité, 30 IP de quantité, 3 IP de disponibilité et 6 IP de satisfaction. Cette liste de 147 indicateurs a été validée et raffinée auprès de plusieurs professionnels provenant des trois vues, puis réduite à 53 indicateurs.

3.3.5.3 Variables de contrôle

Les facteurs contextuels, tel que défini par le cadre conceptuel (Figure 3.1), constituent les variables de contrôle. Ces facteurs sont décomposés selon quatre variables : le type d'organisation, la taille de l'établissement, le champ professionnel et l'expérience.

Le type d'organisation

Les dynamiques de collaboration qui se développent entre les organisations de la santé semblent grandement être influencées par des rivalités entre des communautés culturelles et entre des institutions. Selon Lamarche et al. (2001), ces entités sentant leur autonomie menacée auraient tendance à se replier sur leur identité corporative et à élaborer des stratégies servant leurs propres intérêts au détriment du réseau. Selon ces auteurs, d'autres facteurs freinent la collaboration tels que la structuration des organisations de la santé et leurs modes de fonctionnement. Aussi, le développement de liens collaboratifs entre les organisations pose un défi sans précédent. Selon certains auteurs, il faut pour cela harmoniser les pratiques, ce qui fait appel à des processus de négociation et d'apprentissage (Shortell et al., 1996). Selon Shortell et al. (1996), une relation de confiance représente donc un élément fondamental de la collaboration entre les établissements. Finalement, la cohésion entre les organisations autour d'objectifs communs est associée à une meilleure coopération (Butterfoss et al., 1993).

La taille de l'organisation

L'effet de la taille est relativement reconnu dans le secteur de la santé (Schopler, 1993) et celle-ci est considérée comme un déterminant structural de la collaboration (Bettenhausen, 1991). Une grande taille est associée à une meilleure adaptabilité, mais un petit nombre de membres facilite la coordination et contraint la compétition (Aldrich, 1979). Selon certains auteurs, un accroissement de la taille est associée à une plus grande complexité et requiert une meilleure intensité administrative pour maintenir la coordination des activités (Freeman et Hannan, 1975). Également, l'émergence de la collaboration serait facilitée dans des milieux et des équipes de plus petite taille (Schoefield et Amodeo, 1999). Selon Schumaker (2003 et 2002), la taille représente le nombre de membres dans l'organisation. De plus, certains auteurs (Mullen et al., 1989) concluent que plus la taille du groupe est grand, plus les membres composant le groupe sont moins performants. Enfin, la taille est un prédicateur significatif sur la performance financière de l'hôpital (Graeff, 1980).

Le champ professionnel

Plusieurs recherches sur les groupes de travail dans le secteur de la santé font ressortir l'importance des éléments de la structure organisationnelle à savoir le cadre définissant les liens réciproques dans le fonctionnement des équipes (Goodman, Ravlin et Argote, 1986). Pour fonctionner en équipe, il faut une volonté et une orientation des divers acteurs mais aussi des mécanismes structurels soutenant l'équipe. Un des facteurs importants de succès est l'appui institutionnel (O'Toole, 1992) qui doit faire en sorte que se développent les structures appuyant le fonctionnement de l'équipe ainsi que d'autres facteurs dont la participation ou non aux processus de prise de décision touchant les aspects relationnels de l'équipe et le degré d'ouverture dans les communications (Weiss et Davies, 1985). Selon McKay et al. (1991), les groupes de professionnels qui ont une formation et un langage similaire ont plus de facilité à communiquer avec les membres d'un même groupe. Ces derniers révèlent que le manque de compréhension du rôle de chacun est un facteur atténuant la communication. Ceux-ci ajoutent que le développement de la coopération entre les professionnels issus de diverses professions exige un effort de sensibilisation des différents partenaires afin qu'ils comprennent bien leurs rôles et leurs responsabilités. Selon Bettenhausen (1991), l'hétérogénéité du groupe génère davantage de problèmes au niveau du consensus. Par ailleurs, les relations de confiance ont un impact positif entre les membres d'un groupe et sur la qualité du climat de travail (Morin, 1996). Certains auteurs spécifient qu'un climat de confiance et une cohésion entre les professionnels augmentent la performance (D'Amours, Sicotte et Levy, 1999). De plus, le milieu de la santé est très fragmenté dû aux différentes professions qui cohabitent au sein de l'organisation et les professionnels accomplissent des tâches complexes où il est difficile de rendre leur travail efficace et efficient (Tjosvold et Tjosvold, 1995). Pour d'autres, le concept de collaboration est au cœur du travail interprofessionnel et repose sur des relations d'interdépendances (McClelland et Sands, 1993).

L'expérience

Selon certains auteurs, l'expérience des professionnels de la santé permettrait d'accéder aux savoirs et d'acquérir d'autres connaissances permettant de développer de nouvelles habiletés et des pratiques plus efficientes (Mitchell et Shortell, 2000; Berkowitz, 2000). De plus, les liens de collaboration seraient facilités par des professionnels compétents et expérimentés pour gérer le changement (Lamothe, 2002; Longest, 1998).

3.3.5.4 Variable modératrice

Le cadre conceptuel étudié dans cette recherche comprend une variable modératrice identifiée comme étant la vue. En fait, les groupes de professionnels sont scindés en trois vues distinctes : le personnel soignant, le service des approvisionnements et la corporation d'achats. Cette variable est pertinente au contexte de la présente thèse car ces vues sont impliquées dans la fonction réapprovisionnement (Nabelsi et Lefebvre, 2005).

3.4 CADRE CONCEPTUEL ET PROPOSITIONS DE RECHERCHE

Le cadre conceptuel (Figure 3.1) a été élaboré à partir de la littérature et raffiné d'après les résultats obtenus à partir de la phase I de notre recherche. De cette première phase, nous avons pu non seulement obtenir une meilleure compréhension de la fonction réapprovisionnement mais nous avons pu valider certaines variables de recherche. Le cadre conceptuel retenu après cette première phase sera testé sous forme de propositions de recherche durant la phase II (Figure 3.3).

Figure 3.3 : Propositions de recherche

Proposition générale de recherche P1 : Les vues ne priorisent pas de la même façon les dimensions de collaboration ainsi que les dimension de la performance, et ce, en tenant compte des variables de contrôle.

Proposition générale de recherche P2 : Les dimensions de la collaboration ont une influence sur chacun des indicateurs de

performance, et ce, en tenant compte des variables de contrôle.

Proposition générale de recherche P3 : Le point de vue de chacun des groupes de professionnels impliqués modère la force de la relation entre la collaboration et la performance.

Chaque proposition (P1, P2 et P3) pourrait être décomposée en sous-propositions de recherche correspondant au lien spécifique entre une variable indépendante et une variable dépendante. Mais l'énumération de telles sous-propositions apparaît redondante.

Les prochains chapitres porteront sur les résultats qualitatifs de la phase I (chapitre 4) et quantitatifs de la phase II (chapitre 5) de la présente recherche.

CHAPITRE 4 : ANALYSE DES RÉSULTATS QUALITATIFS OBTENUS LORS DE LA PHASE I

Ce quatrième chapitre de cette recherche présente l'analyse ainsi que l'interprétation des résultats obtenus sur le terrain.

4.1 PROFIL DES ORGANISATIONS ET DES PARTICIPANTS

La présente section traite du profil des organisations et des participants faisant partie de l'échantillon analysé. La présente recherche se concentre sur l'analyse de trois hôpitaux et une corporation d'achats. Le Tableau 4.1 présente les caractéristiques de ces quatre organisations.

Tableau 4.1 : Description des organisations

Organisation	Nombre de professionnels	Budget	Type de soins	Spécialisation	Hôpital universitaire
Hôpital A	4 050	230. 5 millions de $	Soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés	Traumatologie, orthopédie, maladies cardiovasculaires, maladies du systèmes respiratoire et santé mentale	Université de Montréal
Hôpital B	1 600	79.4 millions de $	Soins généraux et spécialisés	Services de courte durée et obstétrique	Université de Montréal
Hôpital C	708	39.2 millions de $	Soins généraux et spécialisés	Médecine familiale et gériatrie	Université de Montréal
Corporation d'achats	24	387.8 millions de $	-	Gère l'approvisionnement en commun pour les établissements	-

Les trois hôpitaux qui desservent la région de Montréal offrent des soins généraux et spécialisés, d'enseignement et de recherche affilié à l'Université de Montréal. Aussi, l'hôpital A offre également des soins ultraspécialisés. En fait, l'hôpital A qui figure parmi les plus grands hôpitaux du Québec se spécialise dans quatre axes stratégiques : (i) la traumatologie et l'orthopédie, (ii) les maladies cardiovasculaires, (ii) les maladies du système respiratoire et (iii) de la santé mentale. Pour l'hôpital B, son expertise est reconnue notamment en gériatrie et en médecine familiale. L'hôpital C, quant à lui, offre principalement des services de courte durée mais l'obstétrique constitue un pôle majeur de cet établissement. Comme l'illustre le Tableau 4.1, pour l'année 2004-2005,

l'hôpital A regroupait le plus grand nombre de professionnels soit 4 050, l'hôpital B comptait près de 1 600 professionnels tandis que 708 employés travaillait dans l'hôpital C tandis que la corporation d'achats regroupait 24 employés durant cette période, ce qui est représentatif de la réalité. Avec un budget annuel de 230,5 M$ (2004-2005), l'hôpital A exploitait plus de 500 lits. Pour leur part, les hôpitaux B et C exploitaient 258 et 233 lits respectivement. Pour 2004-2005, le budget de fonctionnement de l'hôpital B s'élevait à 79,4 M$ et à 39,2 M$ pour l'hôpital C. Par ailleurs, la corporation d'achats, qui est une organisation à but non lucratif, gère l'approvisionnement en commun pour les établissements de santé des régions de Montréal-Centre et de Laval. Le financement du regroupement est généralement réalisé à même une cotisation des établissements de santé. L'objectif de cette organisation est d'accroître le pouvoir de négociation vis-à-vis des fournisseurs en centralisant la négociation de besoins communs aux établissements de santé. La cotisation des membres actifs demeure à 1,4 M$ pour l'année 2004. Aussi, cette dernière a réalisé un surplus de 103 134$ durant cette même période. De plus, ce regroupement d'achats dessert plus de 140 établissements. Finalement, les achats de ces quatre organisations se répartis selon dix familles de produits : médicaments; aliments; matériel médical; matériel administratif et de bureau; matériel d'entretien ménager; matériel de cuisine; entretien, réparation, installation matérielle; fonctionnement installation matérielle; et matériel de buanderie et de lingerie.

Les méthodes privilégiées pour recueillir des informations durant cette recherche ont été une analyse de documents, des observations directes et des entrevues semi-structurées. À partir de ces multiples sources, des thèmes précis ont été traités auprès de plusieurs professionnels de la santé impliqués directement dans le cycle de réapprovisionnement, le Tableau 4.2 présente donc un résumé.

Tableau 4.2 : Description des points abordés en fonction de chaque vue

	Vue personnel soignant	Vue service des approvisionnements	Vue corporation d'achats
Activités	√	√	√
Modes		√	
Processus	√	√	√
Indicateurs de performance	√	√	√
Dimensions de la collaboration	√	√	√

La présentation des résultats de chacun des thèmes sera traitée dans les prochaines sections.

Les participants aux entrevues semi-structurées proviennent des trois hôpitaux et de la corporation d'achats. Le Tableau 4.3 présente le nombre d'entrevues pour chacun des points abordés en fonction de chacune des vues.

Tableau 4.3 : Nombre de participants pour chacun des points abordés en fonction de la vue

Points abordés	Vue personnel soignant	Vue service des approvisionnements	Vue corporation d'achats
Activités	- 3 chefs de service	- 3 chefs d'approvisionnement	- 1 directeur des opérations
Modes	-	- 3 chefs d'approvisionnement	-
Processus	- 3 chefs de service - 6 infirmiers-chefs - 6 infirmiers-chefs assistants - 3 commis - 3 secrétaires médicales	- 3 chefs d'approvisionnement - 6 acheteurs - 3 commis seniors - 5 magasiniers - 5 préposés	- 1 directeur des opérations - 2 conseillers - 2 commis intermédiaires
Indicateurs de performance	- 3 chefs de service - 6 infirmiers-chefs - 6 infirmiers-chefs assistants - 3 commis - 3 secrétaires médicales	- 3 chefs d'approvisionnement - 6 acheteurs - 3 commis seniors - 5 magasiniers - 5 préposés	- 1 directeur des opérations - 2 conseillers - 2 commis intermédiaires
Dimensions de la collaboration	- 3 chefs de service	- 3 chefs d'approvisionnement	- 1 directeur des opérations

Au total, 48 entrevues semi-structurées ont été réalisées au cours de l'étude de terrain. Nous avons cherché à obtenir une diversité de répondants issus des quatre organisations.

Ainsi, notre échantillon comprend plusieurs professionnels de chacune des vues. En fait, nous avons mené 21 entrevues auprès des professionnels provenant de la vue personnel soignant, 22 et 5 professionnels issus de la vue service des approvisionnements ainsi que de la vue corporation d'achats respectivement ont participé aux entrevues. La plupart des vues ont participé à chacun des thèmes sauf le personnel soignant et la corporation d'achats pour les modes. Ainsi, ce sont les chefs d'approvisionnement de chaque hôpital qui nous ont décrit et présenté les principaux modes de réapprovisionnement utilisés au sein de leur organisation. Par ailleurs, il est important de souligner que ces trois chefs d'approvisionnement du service des approvisionnements ont été interviewés sur les cinq thèmes. Aussi, les trois chefs de service du personnel soignant ainsi que le directeur des opérations de la corporation d'achats ont été contactés pour les activités, les processus, les indicateurs de performance de la fonction réapprovisionnement et les dimensions de la collaboration. De plus, les professionnels qui ont été approchés pour les deux thèmes suivants : processus et indicateurs de performance sont les mêmes répondants. De plus, des cadres d'une firme en TI (CGI) ont participé à cette première phase de collecte des données en ce qui concerne les processus et les indicateurs de performance.

4.2 DESCRIPTION DES ACTIVITÉS DE RÉAPPROVISIONNEMENT

Le réapprovisionnement est un processus complexe où l'offre des soins s'appuie sur une multitude de produits et de services qui sont déployés dans un établissement de santé. La Figure 4.1 présente le processus découpé en six activités et tel que validé sur le terrain.

Figure 4.1 : Processus général de réapprovisionnement

Les définitions des activités de réapprovisionnement (Tableau 4.4) ont fait l'objet d'un consensus auprès des participants de cette étude.

Tableau 4.4 : Définition des activités de réapprovisionnement

Activités	Définition
Achat	Acquisition des biens et services.
Négociation	Mise en œuvre du processus d'appel d'offres pour les biens et les services.
Commande	Dénombrement des quantités, identification et transmission des besoins au service des approvisionnements ou au magasin général.
Prélèvement	Assemblage des fournitures médicales au magasin général.
Livraison	Distribution des fournitures médicales jusqu'aux unités de soins.
Rangement	Disposition prédéterminée des fournitures médicales aux unités soins.

Selon nos observations, les activités de réapprovisionnement sont fragmentées entre de multiples services ainsi qu'entre trois groupes de professionnels. On distingue trois vues qui interviennent tout au long du cycle de réapprovisionnement. Le premier groupe, le personnel soignant, se compose de différentes professions : infirmier-chef, infirmier-chef assistant, commis, chef de service, assistant à la coordination, assistant chef médical et secrétaire médicale. Le second groupe, du service des approvisionnements, est constitué d'acheteurs, de commis seniors, de magasiniers, de préposés et de cadres à l'approvisionnement. Le troisième groupe, corporation d'achats, compte des conseillers, des commis intermédiaires et d'un directeur des opérations. D'après notre analyse sur le terrain, ces trois groupes diffèrent profondément quant à leurs perceptions de la fonction réapprovisionnement : leurs points de vue étant différents, nous y référons pour alléger le texte comme la vue personnel soignant, la vue service des approvisionnement et la vue corporation d'achats.

Certaines vues ont des tâches communes tandis que d'autres accomplissent des tâches différentes lors du réapprovisionnement. Par exemple, les tâches liées à la commande

qui sont exécutées par le département d'approvisionnement se retrouvent sur la liste des tâches du personnel soignant. Pour ce qui est du service des approvisionnements, quant à lui, il gère principalement deux unités administratives : (i) le magasin et (ii) les achats. Ainsi, les manutentionnaires s'occupent de l'inventaire des produits pharmaceutiques, des fournitures médicales et de bureau afin d'identifier celles qui nécessitent un réapprovisionnement (activité de commande) et prélèvent au magasin général les produits et les fournitures nécessaires. Ces derniers sont ensuite acheminés et placés aux unités de soins. En ce qui concerne les acheteurs et les commis seniors, ils ont la responsabilité d'acheter et de négocier des biens et des services. Il est important de noter que le service des approvisionnements et la corporation d'achats sont impliqués dans les tâches relatives à la négociation. Enfin, la corporation d'achats s'implique dans une seule activité, soit la négociation. Plus précisément, cette dernière négocie des contrats d'approvisionnement confiés par les établissements.

4.3 DESCRIPTION DES MODES DE RÉAPPROVISIONNEMENT

Le réapprovisionnement des unités de soins en fournitures médicales peut s'effectuer selon différents modes. Cinq principaux modes ont été identifiés lors de notre étude sur le terrain et pour mieux saisir les distinctions entre ces modes, une description du fonctionnement est présentée.

(i) **Demande d'achats par réquisition :** dans ce mode, les professionnels effectuent un décompte des fournitures médicales et une évaluation de la consommation. Les produits pour lesquels un besoin a été identifié font l'objet d'une réquisition écrite qui sera acheminée au magasin général ou au département d'approvisionnement.

(ii) **Système de réquisition électronique EBPro (Enterprise Buyer Professional) :** ce mode est un système d'achat électronique où les professionnels accèdent à un catalogue de produits. Ce système permet ainsi de visualiser et de créer un panier

d'achat qui générera automatiquement une demande d'achats dans SAP R/3. La demande d'achats créée est ensuite traitée par le service des approvisionnements.

(iii) **Système de double casier :** le double casier est un mode de gestion des fournitures médicales. Chaque fourniture est rangée à l'unité de soins dans un emplacement contenant deux casiers. Dans chaque casier, on retrouve une quantité équivalente de produits et ceux-ci sont consommés que d'un seul casier à la fois. Ainsi, lorsque le premier casier dédié à un produit est vide, les professionnels retirent l'étiquette de code à barres et le fixent à un rail. À ce moment, ces derniers peuvent puiser dans le second casier.

(iv) **En cas de rupture de stocks :** dans ce mode, les fournitures médicales peuvent être prélevées dans une autre unité de soins lors de rupture de stocks.

(v) **Système double chariot :** dans ce mode, les produits peuvent être placés dans un chariot posté dans une unité de soins. Ce chariot, à partir duquel les produits sont puisés, est remplacé, selon un horaire fixe, par un second chariot identique, mais complet. Dès lors, le premier chariot vide est ensuite acheminé au magasin général pour y être réapprovisionné. Le chariot complet pourra à nouveau remplacer celui qui est vide.

4.4 DESCRIPTION DES PROCESSUS DE RÉAPPROVISIONNEMENT

La troisième partie de la recherche sur le terrain était de modéliser les processus liés aux activités de réapprovisionnement pour chacune des vues afin de mieux comprendre cette fonction dans le milieu hospitalier. Plus spécifiquement, l'outil ARIS (architecture des systèmes d'informations intégrés) de IDS SCHEER a été utilisé pour la modélisation des processus. La famille de produits ARIS constitue la base pour la mise en œuvre, la planification et la gestion des processus. ARIS dispose également d'une offre intégrée

permettant le développement, l'implémentation et l'évaluation de la performance. Cet outil peut être supporté par des applications spécifiques ou des progiciels de type ERP.

Pour la représentation des processus de réapprovisionnement du secteur hospitalier, nous avons utilisé l'outil ARIS Toolset 6.2 qui s'avère être un outil très performant pour la modélisation de processus. À cet effet, le méta modèle de processus comporte diverses catégories (les données concernant l'environnement du processus, les événements déclenchant et résultant, les messages, les fonctions, les tâches, les activités, les unités organisationnelles, les ressources matérielles et réseaux, les objectifs de l'entreprise, etc.) qui peuvent être en relation les unes avec les autres. Afin de réduire cette complexité, celles-ci font l'objet de regroupement en vues dans ARIS vues des prestations, d'organisation, des fonctions, des données et de contrôle ou de gestion des processus. La Figure 4.2 ci-dessous montre les différentes vues.

Figure 4.2 : Vues de la maison d'ARIS

(i) **La vue des prestations** incorpore les différents types de prestations matérielles et immatérielles d'entrées et de sorties.

(ii) **La vue d'organisation** regroupe les entités d'organisation telles que le poste de travail, les moyens de production ainsi que le hardware. Ces entités constituent la structure d'organisation hiérarchique.

(iii) **La vue des fonctions** représente l'ensemble des processus qui permettent de transformer les entrées en sorties.

(iv) **La vue des données** comporte les données concernant l'environnement du processus ainsi que les messages qui déclenchent les fonctions ou qui sont déclenchées par elles.

(v) **La vue de contrôle ou de gestion des processus**, en fait, les quatre vues qui viennent d'être décrites regroupent les catégories respectives et leurs relations à l'intérieur d'une vue. Donc les relations entre les différentes vues sont traitées dans la vue de contrôle ou de gestion des processus.

Pour la formalisation de l'ensemble des processus, nous nous sommes tourné vers le formalisme « eEPC » ou « extended Event-driven Process Chain ».

Selon SAP (2006), « eEPC » c'est une

> *« description of the sequential and logical relationships between R/3 System functions that are controlled by events. In the SAP Reference Structure, business processes and scenarios that are carried out using the R/3 System are portrayed using extended event-driven process chains ».*

Un processus est représenté sous la forme d'un enchaînement d'événements engendrant des actions. Sur un diagramme, on a la possibilité de représenter les organisations, les systèmes ou les données en entrée et sortie qui concourent au déroulement du processus. On disposera de représentations séquentielles, en colonne, en arbre de fonction, en office process.

La modélisation des processus permet donc de visualiser les modes ainsi que les façons dont les professionnels entrent en relation les uns avec les autres, les caractéristiques de chacun et les évènements qui se produisent. La modélisation des processus permet aussi de rattacher les indicateurs de performance en commun entre les vues et spécifiques à chacune des vues. Ainsi, les informations recueillies auprès des hôpitaux et de la corporation d'achats vont nous permettre de déceler les divergences et les convergences entre les organisations.

Avant de présenter les descriptions des processus de réapprovisionnement pour les trois vues, vous trouverez ci-dessous la légende afin de mieux comprendre les diagrammes.

Figure 4.3 : Légende

4.4.1 Vue personnel soignant

La Figure 4.4 présente le processus de commande pour l'hôpital A alors que la Figure 4.5 celui des hôpitaux B et C.

Figure 4.4 : Hôpital A – Vue personnel soignant

Figure 4.5 : Hôpitaux B et C - Vue personnel soignant

Une première observation des deux figures permet de constater que les hôpitaux B et C emploient des modes de réapprovisionnement identiques. Deuxièmement, lorsque l'on observe chaque figure, on peut remarquer que l'hôpital A utilise un système de double casier alors que les autres hôpitaux utilisent un système de double chariot. De plus, ces derniers effectuent des réquisitions de manière électronique et manuelle contrairement à l'hôpital A qui ne le fait que manuellement. Une troisième observation effectuée à partir des Figures 4.4 et 4.5 permet de souligner que les professionnels de tous les établissements puisent des fournitures médicales dans une autre unité de soins lors de rupture de stocks.

4.4.2 Vue service des approvisionnements

Tel que mentionné à la section 4.2, le service des approvisionnements se divise en deux unités administratives, soit le magasin et les achats. Nous allons donc décrire le fonctionnement de chaque unité.

(i) Magasin

Pour réaliser leurs tâches, le personnel soignant a besoin d'une variété de fournitures médicales qui peuvent être communes d'une unité de soins à l'autre et être stockées dans un seul lieu ou à proximité ou non d'un poste de soins, ou être situées dans des réserves dans l'unité de soins. En général, le personnel soignant puise dans ces endroits pour les besoins ponctuels. Le réapprovisionnement des fournitures est effectué à intervalle fixe par des magasiniers et des préposés du magasin général.

Dans l'hôpital A (voir Figure 4.6), les responsables de la manutention font la tournée des unités de soins selon un horaire prédéterminé pour y scanner les étiquettes de code à barres fixées sur le rail. Suite à la lecture de ces étiquettes le réapprovisionnement est déclenché. Ainsi, les informations contenues dans le lecteur de code à barres sont par la suite téléchargées dans le système d'information qui génère automatiquement un numéro de réservation des quantités à réapprovisionner pour chacune des unités de soins. Mais, dans les hôpitaux B et C (voir Figure 4.7), les manutentionnaires acheminent un chariot complet provenant du magasin et prend le chariot vide posé à l'unité de soins afin de le réapprovisionner. Lorsque l'on observe les figures, dans les deux cas, à chaque fois que le stock local des autres emplacements atteint un niveau donné, les manutentionnaires doivent faire une réquisition manuelle. Ensuite, ils doivent créer dans le système EBPro, un panier où les articles et les quantités comptées sont enregistrés dans le système. Au même moment, le système d'information compare les quantités comptées avec les quotas établis. Dès la mise à jour des données, cette réquisition génère automatiquement une réservation des quantités à réapprovisionner aux unités de soins.

Figure 4.6 : Hôpital A - Magasin

Figure 4.7 : Hôpitaux B et C - Magasin

Lorsque la réservation des quantités à réapprovisionner est terminée, les magasiniers et les préposés peuvent générer une liste de prélèvement. Au même moment, ils vérifient les stocks à leur disposition au magasin général. Ainsi, si les stocks demandés sont en inventaire, les manutentionnaires peuvent les disposer dans un chariot de soins, les livrer et les placer aux endroits prévus à cet effet dans les unités de soins. Par contre, si les stocks ne sont pas en inventaire, les magasiniers et les préposés de l'hôpital A doivent se rendre à l'unité de soins et retirer les étiquettes de code à barres sur le rail et les disposer dans une autre section sur le dispositif (section en souffrance B/O magasin) et/ou ces derniers doivent créer un panier dans le système EBPro qui génère automatiquement une demande d'achats dans le système d'information. Les hôpitaux B et C, quant à eux, doivent uniquement faire une demande d'achats dans le système SAP R/3. Enfin, pour les trois établissements, le cycle est complété quand les articles commandés sont reçus et entreposés au magasin général.

(ii) Achats

Le département d'approvisionnement a la responsabilité d'acquérir et de gérer les biens et les services entourant la prestation de l'acte médical. Pour chacun de ces hôpitaux, les stocks qui soutiennent les activités cliniques sont regroupés en dix familles de produits : fonctionnement et installation matérielle; entretien et réparation de matériel; aliments; médicaments; matériel de buanderie et de lingerie; administratif et de bureau; de cuisine de laboratoire; d'entretien ménager; et médical. De plus, les produits sont catégorisées en trois types de produits : codés, non codés et immobilisations lors de la réception des demandes d'achats. Donc, pour mieux saisir la distinction entre les types de produits, nous allons présenter le processus de chacun.

Produits codés

Pour chaque produit codé, sa fiche technique indique son nom, sa catégorie, sa marque son fournisseur et d'autres informations complémentaires. Ces produits sont répertoriés

dans le système d'information de SAP R/3. Chaque acheteur et commis est dédié à une famille de produits. Ces derniers, sur une base fixe, doivent saisir les demandes d'achats électroniques et manuelles. Lorsque l'on observe les différentes fonctions au niveau de la réquisition manuelle de l'hôpital A (Figure 4.8) et des hôpitaux B et C (Figure 4.9), le département d'approvisionnement doit compléter la demande d'achats en effectuant une requête du fournisseur dans le système d'information qui génère ensuite le répertoire des sources d'approvisionnement. De plus, les hôpitaux B et C font une troisième démarche pour les produits codés, soit de créer un panier dans EBPro contrairement à l'hôpital A.

Figure 4.8 : Hôpital A – Produits codés

Figure 4.9 : Hôpitaux B et C – Produits codés

Une fois les demandes d'achats complétées, le service des approvisionnements peut les convertir en bon de commande. À partir de ce bon de commande, celui-ci peut créer un appel d'offres permettant de transmettre directement le bon de commande au fournisseur par l'entremise du télécopieur ou par Global Healthcare Exchange (GHX). Le GHX est une plate-forme Internet fournissant un point d'entrée à tous les partenaires commerciaux des soins de santé et supporte l'échange électronique avec les fournisseurs membres. En fait, cette plate-forme permet l'émission et la consultation de bons de commande. En réponse à un bon de commande, le fournisseur doit le confirmer par télécopieur ou par GHX. Comme on peut le remarquer à la Figure 4.9, les hôpitaux B et C ne font pas affaires avec ce fournisseur de solutions et de services de chaîne d'approvisionnement.

Produits non codés

Contrairement aux produits codés, les produits non codés ne sont pas répertoriés dans le système SAP R/3. Dans ce cas, il est possible de faire une commande pour les produits n'affichant aucun code. À cet effet, le département d'approvisionnement peut effectuer une recherche de marché en se connectant au système d'information afin de vérifier les bons de commande antérieurs ou en contactant par téléphone le fournisseur concerné. À cette étape, on peut noter deux démarches, lorsque l'on observe les Figures 4.10 et 4.11.

Premièrement, si le fournisseur en question n'apparaît pas dans le système, les acheteurs et les commis doivent effectuer une recherche de fournisseurs et puis, les analyser. Par la suite, ces derniers doivent soumettre au comité d'évaluation du besoin du département les fournisseurs potentiels pour le produit en question et les créer temporairement dans le système. Une fois que l'un des fournisseurs est approuvé par le chef du service, ceux-ci doivent supprimer dans le système SAP R/3 le produit qui sera remplacé par le produit substitut. C'est à ce moment que l'on peut donc assigner un fournisseur à une demande d'achats. Deuxièmement, si le fournisseur se retrouve dans le répertoire du système, le département peut assigner un fournisseur.

Enfin, les acheteurs et les commis peuvent commencer à saisir et étudier la soumission émise par le fournisseur. Ensuite, de la convertir en un bon de commande permettant de créer un appel d'offre. Comme pour les produits codés, le département d'approvisionnement peut transmettre le bon de commande au fournisseur par téléphone ou par GHX. Tel que mentionné précédemment, les hôpitaux B et C ne font pas affaires avec l'organisation GHX. Enfin, le fournisseur doit confirmer le bon de commande auprès de l'hôpital.

Figure 4.10 : Hôpital A – Produits non codés

Figure 4.11 : Hôpitaux B et C – Produits non codés

Produits d'immobilisations

Au niveau de l'immobilisation, les trois hôpitaux ont les mêmes procédures (voir Figure 4.12). Certains établissements de santé s'engagent à défrayer en entier ou en partie les dépenses associées aux produits d'immobilisations. Ceci est notamment possible par des réaménagements budgétaires ou par la participation de fondations. Les autorisations d'emprunt pour ces dépenses en immobilisation sont sous la responsabilité des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Le financement des immobilisations des hôpitaux est réalisé via le plan triennal autorisé annuellement par le Conseil du Trésor, soit pour des projets majeurs de construction ou d'équipements médicaux de haute technologie autorisés et financés par le Ministère. En fonction des enveloppes forfaitaires de l'Agence, l'hôpital doit assembler les demandes d'achats et les recommander à l'interne. Ensuite, le processus d'autorisation est réalisé par le comité d'immobilisation et le conseil d'administration de l'hôpital. Ainsi, lorsque le service des approvisionnements reçoit l'autorisation d'amorcer les projets prioritaires, il peut procéder à l'avis d'appel d'offres.

Pour ce qui est des projets de maintien d'actifs, ils pourront aussi être déposés une fois l'an à l'Agence. De plus, en fonction du financement des régies régionales, l'Agence peut recommander des projets majeurs et établir des priorités. L'Agence peut donc répartir les enveloppes d'immobilisations entre les hôpitaux en fonction des besoins prioritaires et autoriser les projets. Dès la réception de l'enveloppe d'immobilisations, l'hôpital peut autoriser les projets prioritaires à l'interne. Une fois les priorités établies, l'hôpital doit effectuer un devis technique qui est réalisé par le département de génie bio-médical. Par la suite, l'hôpital peut procéder à l'avis d'appel d'offres.

Comme l'illustre la Figure 4.12, on retrouve deux types d'appel d'offres : sur invitation (contrats de 100 000$ et moins) et public (contrats de 100 000$ et plus).

Figure 4.12 : Hôpitaux A, B et C – Produits d'immobilisations

(i) **L'appel d'offres sur invitation** est un avis écrit ou verbal qui invite des fournisseurs à soumissionner pour l'achat de biens et de services. Selon la réglementation, l'établissement doit obtenir d'au moins trois fournisseurs des soumissions. Par ailleurs, le responsable des achats doit prendre connaissance des soumissions reçues et attribuer le contrat au plus bas soumissionnaire; il peut toutefois, pour des motifs sérieux, l'accorder à un soumissionnaire dont l'offre est plus élevée.

(ii) **L'appel d'offres public** est un avis électronique publié sur le site des appels d'offres du gouvernement du Québec appelé système électronique d'appel d'offres (SÉAO). Selon les accords de libéralisation des marchés publics, les établissements doivent publier leurs avis d'appel d'offres pour les contrats d'approvisionnement et de services de 100 000$ et plus sur SÉAO. Ce site invite donc les fournisseurs intéressés à soumissionner. De plus, SÉAO a la particularité de rejoindre un grand nombre d'acheteurs potentiels. Selon, les enveloppes des immobilisations, le responsable des achats évalue et autorise les demandes d'achats, crée ensuite un bon de commande et puis, le transmet au fournisseur.

4.4.3 Vue corporation d'achats

Le rôle de la corporation d'achats est de consolider des achats de divers établissements de santé où ils transfèrent leurs activités d'appel d'offres, d'évaluation des fournisseurs, de négociation ainsi que de rédaction des contrats pour l'ensemble de leurs biens et de leurs services. Le financement de la corporation d'achats est donc réalisé à même une cotisation de ces établissements. La Figure 4.13 montre les procédures de négociation de la corporation d'achats.

Figure 4.13 : Corporation d'achats

Avant de créer un appel d'offres, les établissements de santé doivent faire certaines démarches. Dans un premier temps, ils doivent consulter, sur le site électronique de la corporation d'achats, les mandats d'achats (en mode global) des établissements de leur territoire. Ce site électronique nommé commerce santé permet à ces derniers de consulter les ententes négociées et les mandats d'achats. Dans un deuxième temps, ils doivent préparer leurs mandats en établissant les prévisions de consommation, pour les aider à compléter leurs mandats, un catalogue est mis en leur disposition. Une fois le mandat global complété, ils peuvent le transmettre via le site commerce santé. Dans un troisième temps, la corporation d'achats accède aux mandats d'achats de tous les établissements et peut les colliger afin de créer et de publier les appels d'offres.

Plus précisément, un appel d'offre comprend notamment, la description des besoins, les différents critères et la grille d'évaluation, les instructions aux soumissionnaires et les conditions générales. Une fois les appels d'offres sur le site électronique SÉAO, les fournisseurs les consultent et présentent une soumission en vue d'obtention d'un contrat. Ensuite, la corporation d'achats saisit et étudie au moins trois soumissions. Selon la réglementation, celle-ci doit prendre le contrat du plus bas soumissionnaire. Par ailleurs, pour les trois soumissions, le comité d'utilisateur et d'approvisionneur doivent faire un devis technique de la liste de tous les produits sélectionnés.

En fait, dans le comité d'utilisateur, on retrouve des experts tels que des médecins, des infirmiers et des pharmaciens qui interviennent sur une base volontaire. Ces experts se réunissent pour vérifier, tester et choisir les produits inscrits sur la liste. Tandis que le comité d'approvisionneur se compose de professionnels qui sont élus par leurs pairs. Il y a donc un représentant de tous les hôpitaux pour faire valoir ses droits.

Lorsque le devis technique est finalisé, la corporation d'achats doit sélectionner les soumissions sur le site SÉAO et confirmer l'intention d'accorder des contrats à des fournisseurs avant d'envoyer les ententes aux hôpitaux. Enfin, ces derniers reçoivent un

avis de l'entente personnalisée qu'ils peuvent consulter et imprimer à partir du site commerce santé.

4.5 VALIDATION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DE RÉAPPROVISIONNEMENT

Le quatrième objectif de l'étude de terrain consistait à recenser et valider pour chacune des vues une série de mesures de performance. Des 147 indicateurs de performance retenus au départ, l'étude sur le terrain a permis de réduire drastiquement leur nombre. Le Tableau 4.5 présente 53 indicateurs de performance privilégiés pour l'ensemble des vues. De plus, ces indicateurs ont été regroupés en huit dimensions. Ainsi, on retrouve 18 IP de fiabilité, 7 IP de flexibilité, 9 IP de coût, 5 IP de temps, 3 IP de qualité, 6 IP de quantité, 2 IP de disponibilité et 3 IP de satisfaction.

Tableau 4.5 : Ensemble d'indicateurs de performance

# IP	Dimensions de la performance
	Fiabilité
FB1	Taux mensuel de rotation des stocks dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.
FB2	Retard de livraison des fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.
FB3	% de la fréquence de livraison des fournitures respectée dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.
FB4	% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.
FB5	% de demandes d'achat (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres émis sans intervention.
FB6	Nombre de lignes factures litigieuses sur le nombre total de lignes commandes.
FB7	Nombre de lignes « back order » sur le nombre total de lignes commandes.
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.
FB9	% des livraisons de fournitures aux bons endroits.
FB10	% de rangement de fournitures aux bons emplacements.
FB11	% de prélèvement des fournitures selon les quantités demandées.
FB12	Niveau de service du fournisseur.
FB13	% de soumissions, de mandats et d'appels d'offres négociés sans erreur.
FB14	% des fournisseurs rencontrant les conditions de qualité.
FB15	% des fournisseurs rencontrant les conditions de livraison.
FB16	% des fournisseurs rencontrant les conditions de flexibilité.
FB17	% des fournisseurs rencontrant les conditions de fiabilité.
FB18	% des fournisseurs rencontrant les conditions de coût.

Tableau 4.5 : Ensemble d'indicateurs de performance (suite)

# IP	Dimensions de la performance
	Flexibilité
FX1	Accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.
FX2	Temps de réponse du service des approvisionnements.
FX3	Temps de réponse de la corporation d'achats.
FX4	Temps de réponse du personnel soignant.
FX5	Flexibilité au niveau du traitement des demandes d'achats (réquisition, EBPro)
FX6	Flexibilité au niveau du traitement des bons de commande.
FX7	Flexibilité au niveau du traitement des soumissions, des mandats et d'appels d'offres.
	Coût
C1	Économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés.
C2	Coût pour les fournitures à contrat, en achat direct, en inventaire et « one shot ».
C3	Épargnes en $ sur le prix du marché.
C4	Coût d'émission d'une demande d'achats (réquisition, EBPro).
C5	Coût d'émission d'un bon de commande.
C6	Coût d'émission d'une soumission, d'un mandat et d'un appel d'offres.
C7	Dernier prix payé en $ en comparaison au nouveau prix payé en $.
C8	Coût des achats en commun par famille de produit.
C9	Revenus en $.
	Temps
T1	Délais de traitement des demandes d'achats (réquisition, EBPro).
T2	Délais de traitement des bons de commande.
T3	Délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres.
T4	Temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.
T5	Temps de cycle du processus de renégociation des fournitures.
	Qualité
QL1	% de plaintes au niveau des fournitures.
QL2	% des fournitures conformes selon les standards établis
QL3	Qualité générale des fournitures
	Quantité
QT1	Nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier.
QT2	Nombre de fournitures à réapprovisionner dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.
QT3	% des requêtes papiers par rapport au nombre de requêtes électroniques.
QT4	Nombre total de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres.
QT5	Nombre de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités.
QT6	% de nouvelles fournitures qui doivent être approuvées formellement.
	Disponibilité
D1	% de fournitures en stock dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.
D2	% de fournitures disponibles dans une autre unité de soins, une réserve, un double casier, un chariot et autres lors de rupture des stocks.
	Satisfaction
S1	Satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement.
S2	Satisfaction générale envers le personnel soignant lors des activités de réapprovisionnement.
S3	Satisfaction générale envers la corporation d'achats lors des activités de réapprovisionnement.

La Figure 4.14 montre les indicateurs de performance (IP) communs à l'ensemble des vues et spécifiques à chacune des vues. De plus, chaque indicateur représenté dans cette figure détient une fiche indicateur (voir Annexe G).

Figure 4.14 : Indicateurs de performance communs entre les vues, entre deux vues regroupées, puis pour chaque vue

Une première observation de cette figure permet de souligner que cinq IP issus des dimensions fiabilité (FB5, FB8) et qualité (QL1, QL2 et QL3) sont communs entre les trois vues. Ensuite, lorsque l'on observe les vues regroupées, on peut noter que la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements ont 16 IP communs (sept IP

de fiabilité, trois de qualité, deux de flexibilité, du temps et de disponibilité). Toutefois, ces dernières ne partagent aucun indicateur de coût, de quantité et de satisfaction. La vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats, quant à elles, comptent 22 IP communs provenant de presque toutes les dimensions de la performance sauf deux, soit un de disponibilité et un de satisfaction. Par la suite, lorsque l'on observe la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats,celles-ci ont partagé un nombre restreint d'IP, soit deux de fiabilité, trois de qualité, un de flexibilité et un de satisfaction.

Enfin, lorsque l'on observe les résultats pour les indicateurs de performance spécifiques à chacune des vues, on note que la vue personnel soignant n'affiche aucun IP. Par contre, la vue service des approvisionnements possède 16 IP spécifiques à ce service provenant de six dimensions (fiabilité, flexibilité, coût, temps, quantité et satisfaction). Quant à la vue corporation d'achats, celle-ci détient deux IP spécifiques reliés au coût.

4.6 VALIDATION DES DIMENSIONS DE LA COLLABORATION

Le dernier thème abordé lors de notre étude de terrain visait à valider auprès de certains professionnels impliqués dans la fonction de réapprovisionnement les neuf dimensions qui sous-tendent la collaboration identifiées lors de notre revue de littérature (confiance, engagement, procédures, échanges d'informations, coordination, adaptation, gestion des divergences, participation et communication) ainsi que les questions s'y rattachant (voir chapitre 3) afin d'obtenir leurs commentaires et leurs suggestions. Plus précisément, nous avons validé cette partie auprès de trois chefs de service (vue personnel soignant), trois chefs d'approvisionnement (vue service des approvisionnements) et un directeur des opérations (vue corporation d'achats).

4.7 SOMMAIRE

De cette première phase, nous retenons que :

(i) la fonction réapprovisionnement est structurée et formelle ;

(ii) cette fonction est fortement tributaire des systèmes d'information suivants : SAP R/3, EBPro, commerce santé et de plates-formes d'achats publics tels que GHX et SÉAO ;

(iii) les modes de réapprovisionnement diffèrent au niveau des réquisitions et de la gestion des fournitures médicales. Plus précisément, le personnel soignant des hôpitaux B et C effectuent des réquisitions de manière électronique et manuelle contrairement à l'hôpital A qui ne le fait que manuellement. Également, l'hôpital A utilise pour le réapprovisionnement des unités de soins le double casier et les deux autres hôpitaux emploient le double chariot. Par contre, le personnel soignant de ces trois établissements peut prélevées des fournitures médicales dans une autre unité de soins lors de rupture de stocks ;

(iv) les processus détaillés pour les trois hôpitaux montrent que la vue personnel soignant des établissements B et C ont un processus de commande identique tandis que celui de l'organisation A diffère légèrement. Pour la vue service des approvisionnements, les activités relatifs à la manutention sont identiques pour les hôpitaux B et C mais diffèrent un peu par rapport à l'hôpital A. Par contre, les activités d'achat et de négociation des produits d'immobilisations sont similaires pour l'ensemble des établissements de la santé. Toutefois, les processus pour les produits codés et non codés sont identiques pour les hôpitaux B et C mais similaires à l'hôpital A. Enfin, la corporation d'achats

a un processus complètement distinct des autres organisations concernant les procédures de négociation d'appels d'offres ;

(v) l'ensemble des vues (personnel soignant, service des approvisionnements et corporation d'achats) partage un nombre restreint d'indicateurs. Par contre, les vues regroupées ont plusieurs indicateurs en commun et, enfin, certaines vues détiennent des indicateurs spécifiques.

La première phase indique plusieurs points de divergences, tout particulièrement au niveau des indicateurs de performance, ce qui nous porte à tester l'effet modérateur des vues (personnel soignant, service des approvisionnements et corporation d'achats) sur la relation entre les dimensions de la collaboration et les dimensions de la performance.

CHAPITRE 5 : ANALYSE DES RÉSULTATS QUANTITATIFS OBTENUS LORS DE LA PHASE II

Ce chapitre présente l'analyse ainsi que l'interprétation des résultats obtenus auprès de 163 répondants oeuvrant dans trois hôpitaux et dans la corporation d'achats. La section 5.1 évalue la fiabilité interne des construits. La section 5.2 décrit les caractéristiques de l'échantillon et présente les statistiques descriptives des variables étudiées. La section 5.3 analyse les effets de la variable modératrice et des variables de contrôle sur les autres variables de recherche. Finalement, la section 5.4 se consacre à la vérification de nos propositions de recherche.

5.1 FIABILITÉ DES MESURES

Le cadre théorique de notre recherche introduit plusieurs concepts capturés par certaines variables perceptuelles qui ont été cernées par des construits (c'est-à-dire plusieurs items ou une série de questions). Afin de s'assurer de la fiabilité interne de ces construits, le coefficient alpha de Cronbach est calculé. Ce coefficient est le plus utilisé pour mesurer l'homogénéité entre les items censés refléter un concept donné (Hair et al., 1998).

La Figure 5.1 présente l'ensemble des variables de recherche et les coefficients alpha de Cronbach de chaque construit introduit dans le cadre théorique. Cette figure démontre que pour la très forte majorité des construits mesurés, la valeur du coefficient alpha est supérieure à 0,70 (Robinson et al., 1991). Seuls trois construits affichent une mesure de fiabilité interne inférieure à ce seuil ; il s'agit de deux construits issus des dimensions de la performance dont *COÛT1* (α = 0,59) de la corporation d'achats, *FIAB2* (α = 0,65) du personnel soignant et d'un construit provenant des dimensions de la collaboration dont *échanges d'informations* (α = 0,62) du service des approvisionnements. Ces valeurs respectent la limite inférieure de 0,50 permise compte tenu de la nature exploratoire de la présente recherche (Nunally, 1994).

Dimensions de la collaboration

Variables	PS[1] α	SA[2] α	CA[3] α
Confiance	0.86	0.80	0.79
Engagement	0.96	0.96	0.95
Communication	0.88	0.87	0.85
Procédures	0.79	0.98	0.95
Échanges d'informations	0.75	0.62	0.91
Coordination	0.66	0.82	0.86
Participation	0.78	0.78	0.74
Gestion des divergences	0.65	0.87	0.84
Adaptation	0.87	0.92	0.94

Dimensions de la performance

Variables	PS[1] α	SA[2] α	CA[3] α
Fiabilité			
FIAB1	0.97	0.98	-
FIAB2	0.65	0.88	-
FIAB3	-	0.95	0.85
FIAB4	-	0.98	-
FIAB5	-	0.87	0.90
FB1	-	s.o	-
FB4	s.o	s.o	-
FB8	s.o	s.o	s.o
FB11	-	s.o	-
Flexibilité			
FLEX1	-	0.94	-
FX1	s.o	s.o	-
FX2	s.o	-	s.o
FX3	-	s.o	-
FX4	-	s.o	-
Coût			
COÛT1	-	0.98	0.59
COÛT2	-	0.98	-
C1	-	s.o	s.o
C2	-	s.o	-
C8	-	-	s.o
C9	-	-	s.o
Temps			
TEMPS1	-	0.89	-
TEMPS2	-	0.84	1.00
T4	s.o	s.o	-
Qualité			
QUAL1	0.88	0.81	0.75
Quantité			
QUAN1	-	0.95	1.00
QT1	-	s.o	s.o
QT2	-	s.o	-
QT3	-	s.o	-
QT6	-	s.o	-
Disponibilité			
DISP1	0.73	0.96	-
Satisfaction			
S1	s.o	-	s.o
S2	-	s.o	-
S3	-	s.o	-

Caractéristiques des répondants

Variables	α
Organisation	s.o
Taille	s.o
Profession	s.o
Expérience au poste	s.o

Vue personnel soignant | **Vue service des approvisionnements** | **Vue corporation d'achats**

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) Vue corporation d'achats
s.o Signifie sans objet car mesuré par un seul item pour une vue ou des vues
\- Signifie inexistant car non utilisé par une vue ou des vues

Figure 5.1 : Variables de recherche et fiabilité interne des construits

Précisons également que les mesures de fiabilité interne des concepts *dimensions de la collaboration* et *de la performance* démontrent une excellente fiabilité interne pour chacune des vues. De façon générale, les résultats de l'analyse de cohérence interne ont montré que les construits paraissent très satisfaisants (Venkatraman, 1989). Finalement, il est important de souligner que vingt indicateurs de performance sont composés par un seul item.

La prochaine section présente les statistiques descriptives qui permettent de comprendre les caractéristiques des répondants faisant partie de l'échantillon analysé dans le cadre de notre recherche.

5.2 STATISTIQUES DESCRIPTIVES

Deux sections composent cette partie de l'étude. La première section décrit la répartition des 163 répondants en fonction de la vue à laquelle ils appartiennent et examine l'échantillon du point vue de l'organisation, de la taille, du champ professionnel et du nombre moyen d'années d'expérience au poste occupé. La deuxième section présente l'ensemble des variables de recherche.

5.2.1 L'échantillon

La présente recherche se concentre sur l'analyse des professionnels qui sont concernés par les activités de réapprovisionnement. Comme l'illustre la Figure 5.2, l'ensemble des répondants (n = 163) est segmenté en trois vues.

Figure 5.2 : Répartition des répondants par vue

La grande majorité des répondants (63,80%) se retrouve dans la vue personnel soignant, puis un peu plus du quart (28,22%) dans la vue service des approvisionnements et dans une très faible proportion dans la vue corporation d'achats (4,91%), ce qui est représentatif de la réalité.

Répartition des répondants selon le type et la taille des organisations retenues

Les répondants oeuvrent au sein de quatre organisations ; il s'agit de trois hôpitaux et une corporation d'achats. Il est possible de constater à partir du Tableau 5.1 que la majorité des répondants est issue de l'hôpital A avec un total de 80 répondants, 53 font partie de la vue personnel soignant et 27 de la vue service des approvisionnements. Quant à l'hôpital B et à l'hôpital C, ces derniers comptent respectivement 32 et 19 répondants au niveau de la vue personnel soignant puis 14 et 10 répondants au niveau de la vue service des approvisionnements. Ainsi, 46 d'entre eux proviennent de l'hôpital B alors que 29 sont issus de l'hôpital C. Finalement, la corporation d'achats ne comprend bien entendu que des répondants concernés par le réapprovisionnement (n = 8).

Tableau 5.1 : Répartition des répondants selon l'organisation

Vues	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	Corporation d'achats
Vue personnel soignant	53	32	19	-
Vue service des approvisionnements	27	14	10	-
Vue corporation d'achats	-	-	-	8
Total	**80**	**46**	**29**	**8**

Notons que les 155 répondants issus des trois hôpitaux analysés dans le cadre de cette recherche correspondent à deux vues : le personnel soignant (n_1 = 104) et le service des approvisionnements (n_2 = 51).

Tableau 5.2 : Répartition des répondants en fonction de la taille des hôpitaux

	Hôpitaux de petite taille		Hôpital de grande taille	
Vues	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
Personnel soignant	51	68,00%	53	66,25%
Service des approvisionnements	24	32,00%	27	33,75%
Total	**75**	**100%**	**80**	**100%**

Comme l'illustre le Tableau 5.2, l'échantillon est relativement bien équilibré pour les hôpitaux de différentes tailles. La proportion des répondants du personnel soignant est de 68,00% pour les hôpitaux de petite taille et de 66,25% pour l'hôpital de grande taille. Ce type de répondants est nettement plus présent que les répondants oeuvrant au niveau du service des approvisionnements (32,00% et 33,75% respectivement), ce qui reflète assez fidèlement la réalité dans les organisations concernées.

Répartition des répondants selon les champs professionnels

La Figure 5.3 identifie les champs professionnels des répondants pour chacune des vues.

Tel que présenté dans la Figure 5.3, les répondants de la vue personnel soignant (n_1 = 104) ont été regroupés selon trois champs professionnels : la grande majorité des répondants se classent au niveau du corps médical (68 répondants ou 65,39%) alors que le deuxième champ, commis administratif (20 répondants) représente 31,29%; le dernier champ professionnel, secrétaire médicale rassemble 16 répondants représentant 15,38% de cette vue. Il est important de préciser que les commis administratifs et les secrétaires médicales se retrouvent au niveau de la vue personnel soignant car ces derniers réalisent les mêmes tâches que le corps médical lors du réapprovisionnement en fournitures.

Pour la vue service des approvisionnements, les répondants sont répartis en cinq champs professionnels. Au premier coup d'œil, il semble que plus de la moitié d'entre eux sont responsables de la manutention (54,90%). Les 28 manutentionnaires exercent un poste de magasinier ou de préposé. Le premier champ (7,85%) et le second champ (5,88%), 4 répondants sont responsables de la fonction d'approvisionnement et 3 de la gérance du service. De plus, les 11 répondants du troisième champ (21,57%) occupent la charge des

achats. Enfin, le cinquième champ regroupe les autres professions (9,80%) dont celui de documentaliste, de technicien en approvisionnement et de conseiller (n = 5).

Enfin, pour la vue corporation d'achats, les 8 répondants sont répartis en trois champs professionnels. Le premier champ professionnel compte un directeur des opérations. Par la suite, le second champ regroupe 5 conseillers alors que le troisième, 2 commis intermédiaires. Chacun de ces champs correspondant respectivement à 12,50%, 62,50% et 25,00% des répondants issus de la corporation d'achats. Notons enfin que le nombre assez restreint de répondants pour cette vue est représentatif de l'organisation puisque cette dernière compte 11 employés.

Répartition des répondants selon leur expérience

La Figure 5.4 présente le nombre moyen d'années d'expérience au poste occupé au sein de l'organisation pour chacune des trois vues.

Figure 5.4 : Répartition des répondants des trois vues selon le nombre moyen d'années d'expérience

Les répondants de la vue corporation d'achats ($n_3 = 8$) ont acquis en moyenne au sein de l'organisation un peu plus d'années d'expérience (7,75 ans) que les répondants de la vue personnel soignant (6,60 ans) et de la vue service des approvisionnements (6,90 ans).

Le Tableau 5.3 présente la distribution de l'échantillon en fonction du nombre d'années d'expérience acquise au sein du poste pour chacune des vues.

Tableau 5.3 : Répartition des vues en fonction du nombre d'années d'expérience au poste occupé

Vues	Moins de 2 ans	2 à 5 ans	5 à 10 ans	10 à 15 ans	15 ans et plus
Personnel soignant	21	34	22	12	15
Service des approvisionnements	9	13	14	6	9
Corporation d'achats	-	3	2	2	1
Total	**30**	**50**	**38**	**20**	**25**

Lorsque l'on observe le Tableau 5.3, on peut noter qu'une grande partie de l'échantillon possède 2 à 5 ans d'expérience (50 individus ou 30,68%). On peut remarquer également que l'échantillon ne comporte qu'une faible proportion d'individus (30 répondants ou 18,40%) peu expérimentés (moins de deux ans d'expérience).

5.2.2 L'ensemble des variables de recherche

Cette troisième section du chapitre présente respectivement les variables indépendantes, dépendantes et les autres variables utilisées dans le cadre de cette étude. Pour chacun des trois types de variables, nous réaliserons une analyse descriptive basée sur les données collectées auprès de 163 répondants de cette recherche.

5.2.2.1 Variables indépendantes

La Figure 5.5 démontre les divers liens de collaboration entre les vues. Dans un premier temps, le personnel soignant (n_1 = 104) entretient des relations directes avec le service des approvisionnements (n_2 = 51) et vice versa (n_4 = 155). Dans un deuxième temps, certains professionnels provenant du service des approvisionnements (n = 23) ont des relations d'échanges avec la corporation d'achats (n_3 = 8) et vice versa (n_5 = 31).

Figure 5.5 : Liens de collaboration entre les vues

Les Tableaux 5.4 et 5.5 indiquent les rangs, les moyennes ainsi que les écarts-types obtenus pour les variables considérées dans l'évaluation du niveau de collaboration entre les vues. Ainsi, la collaboration est cernée en neuf dimensions : confiance, engagement, communication, procédures, échanges d'informations, coordination, participation, gestion des divergences et adaptation.

Tableau 5.4 : Analyse descriptive sur les dimensions de la collaboration pour la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements

	Niveau de collaboration avec le SA[2] tel que perçu par le PS[1] (n_1 = 104)		**Niveau de collaboration avec le PS[1] tel que perçu par le SA[2] (n_2 = 51)**	
Dimensions de la collaboration[3]	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ
Confiance	5,79	0,63	5,64	0,92
Engagement	6,11	0,75	5,96	1,11
Communication	5,37	0,75	4,86	1,07
Procédures	3,64	1,05	3,91	1,34
Échanges d'informations	5,35	0,84	5,24	1,07
Coordination	5,03	0,84	4,88	1,07
Participation	4,38	0,98	4,32	1,2
Gestion des divergences	5,63	0,76	5,53	0,69
Adaptation	5,47	0,85	5,77	0,78

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord

En examinant chacune des dimensions de collaboration entre le personnel soignant et le service des approvisionnements, nous pouvons faire les constats suivants :

(i) Parmi les neuf dimensions, sept d'entre elles affichent une moyenne plus élevée pour la vue personnel soignant (n_1 = 104), soit la confiance, l'engagement, la communication, les échanges d'informations, la coordination, la participation et la gestion des divergences alors que les dimensions procédures et adaptation détiennent un score plus faible par rapport à la vue service des approvisionnements (n_2 = 51).

(ii) Le personnel soignant (n_1 = 104) et le service des approvisionnements (n_2 = 51) évaluent plus adéquatement la dimension engagement comparativement aux autres dimensions avec des écarts-types respectifs de 0,75 et 1,11.

(iii) La dimension communication semble beaucoup plus forte pour le premier groupe (5,37) que pour le second groupe (4,86).

(iv) Les deux vues affichent une moyenne inférieure à 4,00 concernant la dimension procédures. En fait, cette dernière se situe au dernier rang. Cela permet d'affirmer qu'elles sont d'avis que les documents relatifs au réapprovisionnement ne sont pas clairs ou détaillés.

(v) Le personnel soignant et le service des approvisionnements évaluent faiblement leur niveau de participation respectif. Chacune de ces vues perçoivent donc qu'elles participent peu à l'élaboration des objectifs et des prévisions, puis à la mise en œuvre des moyens avec leurs partenaires lors du réapprovisionnement.

Le Tableau 5.5 met en perspective le niveau de collaboration avec la corporation d'achats (n_3 = 8) tel que perçu par le service des approvisionnements (n_2 = 23) et vice versa.

Tableau 5.5 : Analyse descriptive sur les dimensions de la collaboration pour la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats

	Niveau de collaboration avec le CA[2] tel que perçu par le SA[1] ($n_1 = 23$)		Niveau de collaboration avec le SA[1] tel que perçu par le CA[2] ($n_2 = 8$)	
Dimensions de la collaboration[3]	$\bar{x}$	σ	$\bar{x}$	σ
Confiance	4,97	0,77	5,83	0,66
Engagement	5,09	1,20	6,13	0,99
Communication	4,99	0,85	5,48	0,83
Procédures	4,59	0,98	5,56	0,98
Échanges d'informations	4,68	1,17	5,88	0,85
Coordination	4,35	1,28	5,38	0,92
Participation	3,97	0,85	5,66	0,82
Gestion des divergences	4,67	1,01	5,67	0,44
Adaptation	4,78	1,01	6,00	0,53

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord

Une première observation du Tableau 5.5 permet de noter que toutes les dimensions de collaboration obtiennent un score plus élevé pour la vue corporation d'achats ($n_2 = 8$) que pour la vue service des approvisionnements ($n_1 = 23$) présentant ainsi un écart qui se situe de 0,59 à 1,22 points. Deuxièmement, les deux vues affichent une moyenne plus élevée pour la dimension engagement. Troisièmement, le service perçoit la participation de façon plus faible que leur partenaire avec une moyenne respective de 3,97 et de 5,66. Finalement, la vue service des approvisionnements ($n_1 = 23$) trouve que leur partenaire s'adapte moins bien à leurs besoins (4,78) contrairement à la vue corporation d'achats (6,00).

Les résultats des Tableaux 5.4 et 5.5 tendent à confirmer que chaque vue a la volonté de développer et de maintenir une relation durable avec leur partenaire (engagement) lors du réapprovisionnement mais dans l'ensemble les dimensions de la collaboration ne sont pas perçues de façon identique selon chacune des vues.

En particulier, les relations qu'entretient le service des approvisionnements avec le personnel soignant sont fortement fondées sur la confiance mais le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir des liens avec la corporation d'achats sont moins importants. Cependant, le niveau de confiance tel que perçu par la corporation d'achats est très favorable vis-à-vis le service des approvisionnements car selon cette dernière, il demeure un bon partenaire avec qui on peut faire du réapprovisionnement. En d'autres termes, plusieurs individus, groupes et organisations sont loyaux ou honnêtes envers leur partenaire mais ce n'est pas pour autant que les relations qui les unissent sont basées sur une confiance mutuelle.

Nous remarquons également que les échanges relationnels du personnel soignant et de la corporation d'achats avec le service des approvisionnements diffèrent au niveau de la participation et de la coordination. D'abord, la corporation d'achats participe davantage à l'élaboration des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec le service des approvisionnements que le personnel soignant. En fait, le niveau de participation est en général lié à la cohésion affective du groupe. Ceci peut être justifié par le fait qu'il y a une interaction dynamique entre ces vues et qu'une part des responsabilités est confiée à l'autre partenaire en l'associant aux divers projets ainsi qu'à la prise de décision. Puis, les activités de la corporation d'achats sont mieux coordonnées avec leur partenaire par rapport au personnel soignant. Ceci est dû au fait qu'entre ces vues le déroulement des opérations successives concorde.

5.2.2.2 Variables dépendantes

Les indicateurs de performance

L'étude qualitative a indiqué que les indicateurs de performance utilisés diffèrent pour chacune des vues. Il est donc nécessaire d'identifier les indicateurs de performance (IP) communs pour l'ensemble des vues et pour deux vues regroupées (voir Tableau 5.6).

Tableau 5.6 : Indicateurs de performance en commun et variables de performance correspondantes

Dimensions de la performance (4)	Indicateurs communs entre les trois vues (n_1 = 163)	Indicateurs communs entre le PS[1] et le SA[2] (n_2 = 155)	Indicateurs communs entre le SA[2] et la CA[3] (n_3 = 31)	Indicateurs communs entre le PS[1] et la CA[3] (n_4 = 112)
Fiabilité	FB8	FIAB1 ; FIAB2 ; FB4 ; FB8	FIAB3 ; FIAB5 ; FB8	FB8
Flexibilité	s.o	FX1	s.o	FX2
Coût	s.o	s.o	COÛT1 ; C1	s.o
Temps	s.o	T4	TEMPS2	s.o
Qualité	QUAL1	QUAL1	QUAL1	QUAL1
Quantité	s.o	s.o	QUANT1 ; QT1	s.o
Disponibilité	s.o	DIPS1	s.o	s.o
Satisfaction	s.o	s.o	s.o	S1

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) Vue corporation d'achats
(4) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) pas important, à (7) très important

Dans un premier temps, on peut noter que les trois vues (n_1 = 163) partagent deux IP, dont un est issu de la fiabilité et l'autre de la qualité. Lorsque l'on observe chacune des moyennes (voir Tableau 5.7), la *qualité des fournitures* (QUAL1) demeure un IP plus important que la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8).

Tableau 5.7 : Indicateurs de performance communs entre les trois vues (n_1 = 163)

IP	Dimensions de la performance	Rang	$\bar{x}$	σ
	Fiabilité			
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	2	5,37	1,88
	Qualité			
QUAL1	Qualité des fournitures.	1	6,01	0,74

Ensuite, lorsque l'on observe les résultats des IP communs pour deux vues regroupées, la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements (n_2 = 155) disposent de huit IP communs dont quatre de fiabilité, un de flexibilité, un de temps, un de qualité et un de disponibilité (voir Tableau 5.6).

Tableau 5.8 : Indicateurs de performance communs pour la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements (n_2 = 155)

IP	Dimensions de la performance	Rang	$\bar{x}$	σ
	Fiabilité			
FIAB1	Fournitures aux bons endroits et emplacements.	1	6,05	1,23
FIAB2	Conformité au niveau de la livraison des fournitures.	3	5,68	1,17
FB4	% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	5	5,52	1,35
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	7	5,33	1,91
	Flexibilité			
FX1	Accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	6	5,36	1,49
	Temps			
T4	Temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	8	4,33	1,58
	Qualité			
QUAL1	Qualité des fournitures.	2	6,02	0,75
	Disponibilité			
DISP1	Disponibilité des fournitures.	4	5,89	1,45

Selon le Tableau 5.8, l'IP le plus important pour ces deux vues est les *fournitures aux bons endroits et emplacements* (FIAB1) avec une moyenne de 6,05 et au second rang, on retrouve la *qualité des fournitures* (QUAL1) avec une valeur de 6,02. De plus, l'IP se situant au dernier rang affiche une moyenne de 4,33, soit le *temps passé pour faire l'inventaire des besoins* (T4).

Par la suite, lorsque l'on observe le Tableau 5.6, le service des approvisionnements et la corporation d'achats (n_3 = 31) ont neuf IP communs répartis dans cinq dimensions de la performance. Selon le Tableau 5.9, les *fournisseurs rencontrant les conditions de service* (FIAB3) se situe au premier rang avec une moyenne de 5,98, suivi de près de la *qualité des fournitures* (QUAL1) avec un score de 5,90 se classant au 2e rang. Au dernier rang, on retrouve deux indicateurs de performance, soit FIAB5 et TEMPS2 affichant un score de 5,27 chacun.

Tableau 5.9 : Indicateurs de performance communs pour la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats ($n_3 = 31$)

IP	Dimensions de la performance	Rang	$\bar{x}$	σ
	Fiabilité			
FIAB3	Fournisseurs rencontrant les conditions de service.	1	5,98	0,78
FIAB5	% demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, mandats et d'appels d'offres non traités et sans erreurs.	8	5,27	1,59
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	5	5,65	1,38
	Coût			
COÛT1	Épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé.	3	5,84	0,89
C1	Économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés.	4	5,77	1,26
	Temps			
TEMPS2	Délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres lors du processus de renégociation.	8	5,27	1,54
	Qualité			
QUAL1	Qualité des fournitures.	2	5,90	0,86
	Quantité			
QUANT1	Nombre total de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités.	6	5,48	1,48
QT1	Nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier.	6	5,48	1,31

Enfin, en ce qui concerne le personnel soignant et la corporation d'achats ($n_4 = 112$), ces vues ont quatre IP en commun (voir Tableau 5.6). D'après le Tableau 5.10, l'IP qui se retrouve au premier rang est la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) et au second rang la *qualité des fournitures* (QUAL1) avec une valeur respective de 6,13 et de 6,07. De plus, la *satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnements* (S1) est l'IP le moins important pour ces deux vues avec une moyenne de 5,66.

Tableau 5.10 : Indicateurs de performance communs pour la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats (n_4 = 112)

IP	Dimensions de la performance	Rang	$\bar{x}$	σ
	Fiabilité			
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	1	6,13	0,92
	Flexibilité			
FX2	Temps de réponse du service des approvisionnements.	3	5,97	0,84
	Qualité			
QUAL1	Qualité des fournitures.	2	6,07	0,73
	Satisfaction			
S1	Satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement.	4	5,66	0,77

Le Tableau 5.11 illustre les indicateurs de performance spécifiques à chacune des vues.

Tableau 5.11 : Indicateurs de performance spécifiques à chaque vue et variables de performance correspondantes

Dimensions de la performance (4)	Indicateurs pour le PS[1] (n_1 = 104)	Indicateurs pour le SA[2] (n_2 = 51)	Indicateurs pour la CA[3] (n_3 = 8)
Fiabilité	s.o	FIAB4 ; FB 1 ; FB11	s.o
Flexibilité	s.o	FLEX1 ; FX3 ; FX4	s.o
Coût	s.o	COÛT2 ; C2	C8 ; C9
Temps	s.o	TEMPS1	s.o
Qualité	s.o	s.o	s.o
Quantité	s.o	QT2 ; QT3 ; QT6	s.o
Disponibilité	s.o	s.o	s.o
Satisfaction	s.o	S2 ; S3	s.o

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) Vue corporation d'achats
(4) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) pas important, à (7) très important

Le service des approvisionnements (n_2 = 53) possède 14 IP provenant de six dimensions (fiabilité, flexibilité, coût, temps, quantité et satisfaction). Parmi ces IP, celui de la fiabilité au niveau du *% de prélèvement des fournitures selon les quantités demandées* (FB11) est le plus important IP avec un score de 5,69 (voir Tableau 5.12).

Tableau 5.12 : Indicateurs de performance pour la vue service des approvisionnements (n_2 = 51)

IP	Dimensions de la performance	Rang	$\bar{x}$	σ
	Fiabilité			
FIAB4	Nombre de lignes litigieuses et back order.	8	3,90	2,24
FB1	Taux mensuel de rotation des stocks dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	3	5,51	1,89
FB11	% de prélèvement des fournitures selon les quantités demandées.	1	5,69	1,89
	Flexibilité			
FLEX1	Flexibilité au niveau du traitement de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, mandats et d'appels d'offres.	9	3,89	2,22
FX3	Temps de réponse de la corporation d'achats.	10	3,55	2,42
FX4	Temps de réponse du personnel soignant.	5	5,20	1,18
	Coût			
COÛT2	Coût d'émission de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, mandats et d'appels d'offres.	13	3,18	2,32
C2	Coût pour les fournitures à contrat, en achat direct, en inventaire et « one shot ».	12	3,43	2,48
	Temps			
TEMPS1	Délais de traitement des demandes d'achats et des bons de commande.	7	4,08	2,27
	Quantité			
QT2	Nombre de fournitures à réapprovisionner dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	6	4,63	2,39
QT3	% des requêtes papiers par rapport au nombre de requêtes électroniques.	4	5,25	1,67
QT6	% de nouvelles fournitures qui doivent être approuvées formellement.	11	3,55	2,22
	Satisfaction			
S2	Satisfaction générale envers le personnel soignant lors des activités de réapprovisionnement.	2	5,57	1,02
S3	Satisfaction générale envers la corporation d'achats lors des activités de réapprovisionnement.	14	2,65	2,11

Deux autres IP demeurent importants pour cette vue, soit la *satisfaction envers le personnel soignant lors des activités de réapprovisionnement* (S2) et le *taux mensuel de rotation des stocks dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FB1) avec une moyenne respective de 5,57 (rang 2) et de 5,51 (rang 3). L'IP affichant la moyenne la plus faible est la *satisfaction envers la corporation d'achats lors des activités de réapprovisionnement* (S3) avec 2,65. Enfin, la vue corporation d'achats ($n_3 = 8$) détient deux IP reliés au coût (voir Tableau 5.11). Le premier IP est le *coût des achats en commun par famille de produit* (C8) avec une moyenne de 6,38 alors que le second, les *revenus en $* (C9) affiche un score inférieur de 1,50 points (voir Tableau 5.13).

Tableau 5.13 : Indicateurs de performance pour la vue corporation d'achats ($n_3 = 8$)

IP	Dimension de la performance	Rang	$\bar{x}$	σ
	Coût			
C8	Coût des achats en commun par famille de produit.	1	6,38	0,52
C9	Revenus en $.	2	4,88	1,36

En général, les Tableaux 5.6 et 5.11 confirment les résultats qualitatifs : les trois vues partagent plusieurs indicateurs communs (Tableau 5.6), certaines vues détiennent des indicateurs spécifiques (Tableau 5.11) et l'importance relative de ces indicateurs diffèrent selon les vues.

5.3 EFFET DE LA VARIABLE MODÉRATRICE ET DES VARIABLES DE CONTRÔLE

La troisième section de ce chapitre examine les effets de la variable modératrice (vue) ainsi que des variables de contrôle retenues (organisation, taille, champ professionnel et expérience) sur l'ensemble des variables indépendantes afin de confirmer notre choix initial de ces variables. Pour chacune de ces variables, nous réaliserons donc une

analyse bivariée basée sur les données collectées auprès des 163 répondants de cette recherche.

5.3.1 Effet de la variable modératrice

5.3.1.1 La vue

Tel que souligné précédemment, la variable modératrice représente trois vues : le personnel soignant, le service des approvisionnements et la corporation d'achats. Cette section examine l'effet de la vue sur les autres variables de recherche, soit les variables indépendantes et dépendantes.

Effet sur les variables indépendantes

Les Tableaux 5.14 et 5.15 comparent les dimensions de la collaboration pour deux vues regroupées, soit le niveau de collaboration avec la vue service des approvisionnements tel que perçu par la vue personnel soignant et vice versa, puis le niveau de collaboration avec la vue corporation d'achats tel que perçu par la vue service des approvisionnements et vice versa. D'après le Tableau 5.14, ces deux vues s'entendent relativement sur les dimensions de la collaboration. Toutefois, nous pouvons souligner certaines différences concernant les moyennes. D'abord, le personnel soignant (n_1 = 104) évalue de manière plus forte le niveau de communication (5,37) que le service des approvisionnements (4,86) et ce, de manière significative (p = 0,005). Ce résultat est tout à fait logique car dans un hôpital, les infirmiers et les manutentionnaires peuvent travailler dans le même espace physique tel que les unités de soins et effectuer des tâches similaires mais les exécuter de manière différente. Dans ce contexte, la communication entre ces professionnels est de nature plus formelle et définie mais elle peut devenir problématique par le manque de compréhension du rôle de chacun. De plus, ces derniers ont une formation et un langage divergents. Ces caractéristiques peuvent expliquer que les professionnels du service des approvisionnements perçoivent les

informations qu'ils reçoivent comme imprécises, négligées, non pertinentes et incomplètes.

Tableau 5.14 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par le PS et vice versa

	Niveau de collaboration avec le SA[2] tel que perçu par le PS[1] (n_1 = 104)		Niveau de collaboration avec le PS[1] tel que perçu par le SA[2] (n_2 = 51)		p[4]
Dimensions de la collaboration[3]	**Rang[5]**	$\bar{x}$	**Rang[5]**	$\bar{x}$	
Confiance	2	5,79	3	5,64	0,667
Engagement	1	6,11	1	5,96	0,715
Communication	5	5,37	7	4,86	0,005***
Procédures	9	3,64	9	3,91	0,120
Échanges d'informations	6	5,35	5	5,24	0,418
Coordination	7	5,03	6	4,88	0,469
Participation	8	4,38	8	4,32	0,653
Gestion des divergences	3	5,63	4	5,53	0,176
Adaptation	4	5,47	2	5,77	0,042**

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(4) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; **$p < 0,05$; ***$p < 0,01$; ****$p < 0,001$
(5) Test de concordance de Kendall, w = 0,950 ; p = 0,055*

De plus, on constate dans le tableau que la vue service des approvisionnements ($n_2 = 51$) semble s'adapter plus que la vue personnel soignant avec un score respectif de 5,77 et de 5,47. Ainsi, la vue service des approvisionnements adapte davantage leurs activités de réapprovisionnement aux besoins formulés par leur partenaire. D'ailleurs, on constate que ces vues s'entendent sur l'importance de la dimension engagement en le classant au premier rang. Ce constat est intéressant, puisqu'il confirme que ces vues sont engagées à continuer à collaborer ensemble lors du réapprovisionnement. Notons par ailleurs que ces deux vues répertorient la participation au 8e rang et les procédures au 9e rang.

D'après le Tableau 5.15, nous pouvons remarquer plusieurs différences significatives entre la vue corporation d'achats et la vue service des approvisionnements. Notons que la confiance, l'engagement, les procédures, les échanges d'informations, la coordination, la participation, la gestion des divergences et l'adaptation affichent des moyennes plus élevées du côté de la corporation d'achats (n_2 = 8). Ces résultats soulèvent certaines interrogations par rapport au niveau de collaboration entre ces vues, à savoir : est-ce que le service des approvisionnements interagit avec la corporation d'achats pour rencontrer les procédures réglementaires ou est-ce que le service des approvisionnements ne voit aucun avantage à avoir des liens avec cette dernière ou, bien encore, est-ce que la perte d'autonomie joue un rôle lors de la formation des relations coopératives ?

Tableau 5.15 : Niveau de collaboration avec la CA tel que perçu par le SA et vice versa

	Niveau de collaboration avec la CA[2] tel que perçu par le SA[1] (n_1 = 23)		Niveau de collaboration avec le SA[1] tel que perçu par la CA[2] (n_2 = 8)		p[4]
Dimensions de la collaboration[3]	**Rang[5]**	**$\bar{x}$**	**Rang[5]**	**$\bar{x}$**	
Confiance	3	4,97	4	5,83	0,016**
Engagement	1	5,09	1	6,13	0,034**
Communication	2	4,99	8	5,48	0,204
Procédures	7	4,59	7	5,56	0,016**
Échanges d'informations	5	4,68	3	5,88	0,036**
Coordination	8	4,35	9	5,38	0,041**
Participation	9	3,97	6	5,66	0,000****
Gestion des divergences	6	4,67	5	5,67	0,016**
Adaptation	4	4,78	2	6,00	0,003***

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(4) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001
(5) Test de concordance de Kendall, w = 0,762 ; p = 0,140

Les répondants du service des approvisionnements des trois hôpitaux ont souligné que la corporation d'achats négocie des mandats selon les divers besoins formulés par les établissements de santé et ces derniers décident soit d'acheter par le biais de la corporation d'achats, soit de passer la commande directement auprès du fournisseur.

Cela permet d'affirmer que le service des approvisionnements a une grande latitude lors du réapprovisionnement. Ainsi, l'autonomie des hôpitaux permet des comportements opportunistes de certains hôpitaux qui n'adhèrent pas complètement à la corporation d'achats diminuant ainsi leur pouvoir de négociation. La question que l'on peut donc soulever est la suivante : est-ce que la corporation d'achats a effectué un travail adéquat pour présenter à leurs membres les bénéfices des achats en commun ?
Enfin, ces vues priorisent la dimension engagement (rang 1). On peut donc déduire que celles-ci ont la volonté d'investir dans la relation afin de réaliser des économies et des gains en terme d'efficacité lors de la négociation des biens et des services.

Effet sur les variables dépendantes

Les Tableaux 5.16, 5.17 et 5.18 montrent l'effet de la vue sur les variables dépendantes. D'après les résultats du Tableau 5.16, trois différences significatives ($p = 0,001$) existent entre le personnel soignant et le service des approvisionnements.

Premièrement, la *disponibilité des fournitures* (DISP1) et la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) constituent des indicateurs plus importants pour le personnel soignant ($n_1 = 104$). Deuxièmement, la vue service des approvisionnements ($n_2 = 51$) affiche un score supérieur à propos du *temps passé pour faire l'inventaire des besoins* (T4) par rapport à l'autre vue avec un écart relativement restreint de 0,64 points qui est toutefois significatif. Notons par ailleurs que ces deux vues mettent au second rang les *fournitures aux bons endroits et emplacements* (FIAB1) avec une moyenne de 6,23 ($n_1 = 104$) et de 5,71 ($n_2 = 51$).

Tableau 5.16 : Indicateurs de performance en commun entre le PS et le SA

		Vue personnel soignant (n_1 = 104)		Vue service des approvisionnements (n_2 = 51)		p^2
IP	**Dimensions de la performance[1]**	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
	Fiabilité					
FIAB1	Fournitures aux bons endroits et emplacements.	2	6,23	2	5,71	0,854
FIAB2	Conformité au niveau de la livraison des fournitures.	5	5,85	4	5,32	0,586
FB4	% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	6	5,61	3	5,35	0,428
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	3	6,13	8	3,71	0,000****
	Flexibilité					
FX1	Accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	7	5,54	5	5,00	0,960
	Temps					
T4	Temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	8	4,12	7	4,76	0,001****
	Qualité					
QUAL1	Qualité des fournitures.	4	6,08	1	5,89	0,125
	Disponibilité					
DISP1	Disponibilité des fournitures.	1	6,34	6	4,95	0,000****

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) pas important, à (7) très important
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

Le Tableau 5.17 présente les indicateurs de performance en commun entre le personnel soignant (n_1 = 104) et la corporation d'achats (n_2 = 8). Un seul indicateur présente un écart significatif en faveur du personnel soignant, soit le *temps de réponse du service des approvisionnements* (FX2). En ce qui concerne les moyennes des indicateurs suivants : FB8 et QUAL1, il y a convergence entre les vues (n = 112).

Tableau 5.17 : Indicateurs de performance en commun entre le PS et la CA

		Vue personnel soignant (n_1 = 104)		Vue corporation d'achats (n_2 = 8)		p^2
IP	**Dimensions de la performance[1]**	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
	Fiabilité					
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	1	6,13	1	6,25	0,875
	Flexibilité					
FX2	Temps de réponse du service des approvisionnements.	3	6,04	4	5,13	0,061*
	Qualité					
QUAL1	Qualité des fournitures.	2	6,08	2	6,00	0,913
	Satisfaction					
S1	Satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement.	4	5,65	3	5,75	0,670

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) pas important, à (7) très important
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Le Tableau 5.18 présente les indicateurs de performance en commun entre la vue service des approvisionnements (n_1 = 23) et la vue corporation d'achats (n_2 = 8). Parmi les neuf indicateurs communs, un seul d'entre eux présente un écart significatif en faveur de la corporation d'achats, soit le *nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier* (QT1) avec un écart de 0,87 points.

Lorsque l'on observe l'ensemble des indicateurs de performance communs, celui le plus important pour la vue corporation d'achats est la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) contrairement pour la vue service des approvisionnements, les *fournisseurs rencontrant les conditions de service* (FIAB3) est essentiel.

Tableau 5.18 : Indicateurs de performance en commun entre le SA et la CA

		Vue service des approvisionnements ($n_1 = 23$)		Vue corporation d'achats ($n_2 = 8$)		p^2
IP	**Dimensions de la performance[1]**	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
	Fiabilité					
FIAB3	Fournisseurs rencontrant les conditions de service.	1	6,09	7	5,65	0,171
FIAB5	% demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres non traités et sans erreur.	8	5,24	9	5,38	0,945
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	6	5,43	1	6,25	0,175
	Coût					
COÛT1	Épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé.	3	5,76	4	6,06	0,434
C1	Économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés.	4	5,65	2	6,13	0,462
	Temps					
TEMPS2	Délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres lors du processus de renégociation.	9	5,07	6	5,88	0,299
	Qualité					
QUAL1	Qualité des fournitures.	2	5,87	5	6,00	0,774
	Quantité					
QUANT1	Nombre total de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités.	5	5,48	8	5,50	0,835
QT1	Nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier.	7	5,26	2	6,13	0,084*

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) pas important, à (7) très important
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

En conclusion, ces résultats permettent de souligner que chacune des vues n'accorde pas le même degré d'importance au niveau des indicateurs de performance. Par exemple, la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) demeure un indicateur plus important, et ce de façon significative (p = 0,000) pour le personnel soignant que pour le service des approvisionnements. De manière évidente, les fiches techniques constituent un outil de référence essentiel pour le corps médical qui va lui permettre de

s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité soient réunies lors de l'utilisation du produit. De plus, cet indicateur est évaluée fortement pour la corporation d'achats par rapport au service des approvisionnements (p = 0,003). Ceci s'explique par le fait que la corporation d'achats effectue des fiches techniques avec des médecins, des infirmiers et autres professionnels de la santé. Chaque fiche technique comprend une description du produit, du domaine d'application, les règles proprement dites, les contre indications ainsi que les procédures de la préparation jusqu'à la réalisation du soins.

Finalement, les Tableaux 5.14 à 5.18 inclusivement permettent donc de déceler plusieurs différences significatives entre les vues, ce qui justifie notre choix initial de retenir la vue comme variable modératrice.

5.3.2 Effet des variables de contrôle

Nous examinons maintenant l'effet des variables de contrôle sur les autres variables de recherche.

Le Tableau 5.19 présente une synthèse de l'effet des variables de contrôle sur les neuf dimensions de la collaboration. Les résultats sont répartis selon quatre niveaux :

(i) Le niveau de collaboration avec le service des approvisionnements tel que perçu par le personnel soignant (n = 104) ;

(ii) Le niveau de collaboration avec le personnel soignant tel que perçu par le service des approvisionnements (n = 51) ;

(iii) Le niveau de collaboration avec la corporation d'achats tel que perçu par le service des approvisionnements (n = 23) et enfin,

(iv) Le niveau de collaboration avec le service des approvisionnements tel que perçu par la corporation d'achats (n = 8).

Nous pouvons noter que les quatre variables de contrôle ont une influence significative sur plusieurs variables indépendantes considérées par l'étude ce qui justifie le choix de ces variables. Cependant, l'effet de la taille est le plus marqué. Le type de l'organisation, le champ professionnel et l'expérience ont aussi une influence mais à un degré moindre donc ces trois variables de contrôle ne seront pas incluses dans les régressions (Tableau 5.19).

Tableau 5.19 : Résumé de l'effet des variables de contrôle sur les variables indépendantes

Variables de contrôle	Groupe de variables	Niveau de collaboration avec le SA[2] tel que perçu par le PS[1]	Niveau de collaboration avec le PS[1] tel que perçu par le SA[2]	Niveau de collaboration avec la CA[3] tel que perçu par le SA[2]	Niveau de collaboration avec le SA[2] tel que perçu par le CA[3]	Total
Type de l'organisation	Variables indépendantes	2 sur 9	3 sur 9	2 sur 9	0 sur 9	7
Taille de l'organisation	Variables indépendantes	3 sur 9	3 sur 9	5 sur 9	s.o	11
Champs professionnel	Variables indépendantes	0 sur 9	5 sur 9	0 sur 9	1 sur 9	6
Expérience	Variables indépendantes	1sur 9	1 sur 9	0 sur 9	0 sur 9	2

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) Vue corporation d'achats

Cependant, des informations complémentaires relatives à l'effet de ces trois variables de contrôle sont présentées à l'Annexe B. Le Tableau 5.20 ci-dessous a pour but de guider le lecteur dans la consultation de cette annexe.

Tableau 5.20 : Informations complémentaires présentées en annexe pour l'effet des trois variables de contrôle

Variables de contrôle	Vue	Description	Tableau
Type de taille	Personnel soignant	Niveau de collaboration avec le service des approvisionnements tel que perçu par le personnel soignant selon les trois hôpitaux	Tableau B.1
	Service des approvisionnements	Niveau de collaboration avec le personnel soignant tel que perçu par le service des approvisionnements selon les trois hôpitaux	Tableau B.2
	Service des approvisionnements	Niveau de collaboration avec la corporation d'achats tel que perçu par le service des approvisionnements selon les trois hôpitaux	Tableau B.3
	Corporation d'achats	Niveau de collaboration avec le service des approvisionnements tel que perçu par la corporation d'achats selon les trois hôpitaux	Tableau B.4
Champ professionnel	Personnel soignant	Niveau de collaboration avec le service des approvisionnements tel que perçu par le personnel soignant selon les champs professionnels des répondants	Tableau B.5
	Service des approvisionnements	Niveau de collaboration avec le personnel soignant tel que perçu par le service des approvisionnements selon les champs professionnels des répondants	Tableau B.6
	Service des approvisionnements	Niveau de collaboration avec la corporation d'achats tel que perçu par le service des approvisionnements selon les champs professionnels des répondants	Tableau B.7
	Corporation d'achats	Niveau de collaboration avec le service des approvisionnements tel que perçu par la corporation d'achats selon les champs professionnels des répondants	Tableau B.8
Expérience	Personnel soignant	Niveau de collaboration avec le service des approvisionnements tel que perçu par le personnel soignant selon le niveau d'expérience des répondants	Tableau B.9
	Service des approvisionnements	Niveau de collaboration avec le personnel soignant tel que perçu par le service des approvisionnements selon le niveau d'expérience des répondants	Tableau B.10
	Service des approvisionnements	Niveau de collaboration avec la corporation d'achats tel que perçu par le service des approvisionnements selon le niveau d'expérience des répondants	Tableau B.11
	Corporation d'achats	Niveau de collaboration avec le service des approvisionnements tel que perçu par la corporation d'achats selon le niveau d'expérience des répondants	Tableau B.12

5.3.2.1 La taille de l'organisation

Tel que mentionné précédemment les répondants du personnel soignant (n_1 = 104) et le service des approvisionnements (n_2 = 51) sont issus de trois hôpitaux dont deux de petite et une de grande taille. Il s'agit donc de comparer les établissements de petite taille avec l'établissement de grande taille afin de constater s'il existe des différences significatives entre eux par rapport à l'ensemble des variables indépendantes.

Effet sur les variables indépendantes

Vue personnel soignant

En ce qui concerne la vue personnel soignant, cet effet de taille sur les dimensions de collaboration est significatif pour trois d'entre elles, comme le fait entrevoir le Tableau 5.21. D'abord, la communication, les échanges d'informations et la participation ont des moyennes plus élevées pour l'hôpital de grande taille (n_2 = 53) que les hôpitaux de petite taille (n_1 = 51) lors des relations d'échanges avec la vue service des approvisionnements. Au niveau de la communication, les organisations de grande taille ont probablement plus d'outils d'aide à la prise de décision permettant au service des approvisionnements d'agir plus rapidement lors des problèmes. Au niveau des échanges d'informations, le service des approvisionnements de l'hôpital de grande taille rend plus disponible les informations permettant au personnel soignant d'exécuter leurs tâches plus efficacement. Au niveau de la participation, il est plausible de supposer que les organisations de grande taille de par leurs ressources humaines nombreuses sont plus disposées à donner des conseils sur les interventions possibles lors du réapprovisionnement en fournitures pour le personnel soignant.

Tableau 5.21 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par le PS selon la taille des hôpitaux

	Hôpitaux de petite taille ($n_1 = 51$)		Hôpital de grande taille ($n_2 = 53$)		p^2
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
Confiance	2	5,76	2	5,82	0,382
Engagement	1	6,21	1	6,02	0,136
Communication	5	5,25	5	5,49	0,048**
Procédures	9	3,61	9	3,67	0,619
Échanges d'informations	6	5,18	4	5,52	0,018**
Coordination	7	5,03	7	5,03	0,971
Participation	8	4,20	8	4,54	0,071*
Gestion des divergences	3	5,65	3	5,60	0,743
Adaptation	4	5,57	6	5,38	0,376

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

Nous constatons également que le personnel soignant des hôpitaux de petite et de grande taille semble engagé à collaborer à long terme avec leur partenaire (rang 1). Enfin, cette vue classe la dimension procédures au dernier rang. Cela permet d'affirmer que les documents ne sont pas si clairs et détaillés.

Vue service des approvisionnements

Le Tableau 5.22 présente le niveau de collaboration avec la vue personnel soignant tel que perçu par la vue service des approvisionnements.

Tableau 5.22 : Niveau de collaboration avec le PS tel que perçu par le SA selon la taille des hôpitaux

	Hôpitaux de petite taille ($n_1 = 24$)		Hôpital de grande taille ($n_2 = 27$)		p^2
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
Confiance	2	6,02	4	5,30	0,013**
Engagement	1	6,27	1	5,69	0,127
Communication	8	5,01	6	4,73	0,416
Procédures	9	4,27	9	3,59	0,197
Échanges d'informations	5	5,46	5	5,04	0,115
Coordination	7	5,25	7	4,56	0,031**
Participation	6	4,43	8	4,22	0,532
Gestion des divergences	4	5,58	3	5,48	0,782
Adaptation	2	6,02	2	5,56	0,047**

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; **$p < 0,05$; ***$p < 0,01$; ****$p < 0,001$

Trois différences significatives semblent exister entre les hôpitaux de petite et de grande taille. Premièrement, le service des approvisionnements des hôpitaux de petite taille a plus confiance envers le personnel soignant. Ce constat pourrait s'expliquer par deux phénomènes. D'une part, il est possible que lors des activités de commande, les professionnels de chacune des vues ont des valeurs partagées (croyances communes en terme de comportements et d'objectifs). D'autre part, il est possible que les échanges avec leur partenaire soient plus sincères, fiables et que celui-ci accomplit ses obligations.

La seconde différence importante entre ces deux types de taille concerne la dimension coordination. Comparativement aux hôpitaux de petite taille, l'hôpital de grande taille présente une moyenne inférieure. Cet état de fait n'est pas surprenant dans la mesure où nous pouvons avancer, comme explication, qu'une organisation de petite taille facilite la coordination des activités. On peut aussi soulever le fait que lorsque la taille s'accroît, il faut mettre en place des mécanismes structurels pour assurer la coordination efficace des opérations.

La troisième et dernière différence entre les organisations de grande et de petite taille se situe au niveau de l'adaptation. Les hôpitaux de petite taille évaluent cette dimension de façon plus forte. Ceci pourrait signifier qu'une organisation de petite taille favoriserait l'adaptabilité aux divers besoins du personnel soignant.

Nous constatons également que le service des approvisionnements des établissements de santé de petite et de grande taille s'entendent au niveau de l'engagement (rang 1). Enfin, le premier et le second groupe positionnent la dimension procédures au 9e rang avec une moyenne respective de 4,27 et de 3,59.

Le Tableau 5.23 présente le niveau de collaboration, cette fois si, avec la vue corporation d'achats tel que perçu par la vue service des approvisionnements. D'abord, la confiance, la communication, les échanges d'informations, la coordination et l'adaptation sont plus fortes pour les établissements de petite taille (n_1 = 11).

Tableau 5.23 : Niveau de collaboration avec la CA tel que perçu par le SA selon la taille des hôpitaux

	Hôpitaux de petite taille (n_1 = 11)		**Hôpital de grande taille (n_2= 12)**		**p[2]**
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	**$\bar{x}$**	**Rang**	**$\bar{x}$**	
Confiance	5	5,35	2	4,63	0,023**
Engagement	4	5,36	1	4,83	0,260
Communication	3	5,38	2	4,63	0,027**
Procédures	7	5,00	5	4,21	0,169
Échanges d'informations	1	5,42	7	4,00	0,006***
Coordination	6	5,05	8	3,71	0,019**
Participation	9	4,32	9	3,65	0,151
Gestion des divergences	8	4,91	4	4,44	0,288
Adaptation	2	5,41	5	4,21	0,004***

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Les résultats permettent d'affirmer que la corporation d'achats effectue une partie des activités de négociation que les hôpitaux de petite taille pourraient difficilement réaliser car ils ne possèdent pas autant de ressources pour gérer ces activités que l'hôpital de grande taille. Ainsi, les hôpitaux de petite taille adhèrent plus à l'approvisionnement en commun tandis que l'organisation de grande taille possède généralement un service des approvisionnements bien structuré; ainsi, la corporation d'achats peut être vue comme une menace à leur autorité et leur pouvoir. Nous pouvons aussi noter que la collaboration avec la corporation d'achats devient plus difficile pour l'établissement de grande taille, ceci peut être attribuable à la multiplication des niveaux de décisions.

Ensuite, les quatre autres dimensions de collaboration ne présentent aucune différence significative mais les moyennes sont supérieures pour les hôpitaux de petite taille. Ceci pourrait signifier que l'hôpital de grande taille serait moins propice à développer et à maintenir des échanges relationnels avec la corporation d'achats car celui-ci dispose plus de ressources financières et humaines lors du réapprovisionnement.

Également, les deux groupes classent la dimension participation au 9e rang. Cela permet d'affirmer que le service des approvisionnements participe peu à l'élaboration des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec la corporation d'achats et que leurs suggestions sont généralement moins retenues par leur partenaire.

Nous pouvons conclure que les petits hôpitaux perçoivent la corporation d'achats comme un lieu de référence car ils ont peu de ressources en gestion des approvisionnements. De plus, la taille de l'hôpital est un enjeu important car elle doit être assez grande pour avoir un pouvoir de négociation et obtenir les ressources suffisantes. Par ailleurs, les hôpitaux de petite taille sont les principaux bénéficiaires de la structure actuelle car la consolidation des volumes leur permet d'avoir des prix plus avantageux.

Ainsi, les résultats des Tableaux 5.21 à 5.23 démontrent que la taille de l'organisation a une influence significative sur certaines dimensions de la collaboration. Cette variable sera donc retenue comme variable de contrôle dans les analyses subséquentes.

5.4 VÉRIFICATION DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE

Cette section présente les différentes analyses statistiques réalisées afin de tester les propositions de recherche P1, P2 et P3 qui sous-tendent notre cadre conceptuel. Dans un premier temps, nous présentons les résultats des analyses du test de Kendall afin de démontrer la congruence des dimensions de la collaboration et de la performance. Dans un deuxième temps, nous examinons les résultats des régressions de type hiérarchique et stepwise menées dans le but d'observer l'influence de la variable de contrôle (taille) et des variables indépendantes sur chacune des variables dépendantes. Dans un troisième temps, nous traitons les résultats des corrélations afin de vérifier si les variables explicatives ont un effet modérateur sur la performance.

5.4.1 Résultats du test de Kendall

Nous avons tenté ici de cerner les liens entre les vues sur l'ensemble des variables de recherche. Le coefficient de corrélation des rangs de Kendall, un test non paramétrique, a été utilisé pour estimer la concordance des ordres des dimensions de la collaboration et de la performance.

Variables indépendantes

Les mesures de résultats obtenus au niveau de la collaboration pour la vue personnel soignant (n_1 = 104) et la vue service des approvisionnements (n_2 = 51) sont présentées dans le Tableau 5.24. Les coefficients de corrélation des rangs de Kendall montrent que ces vues ne priorisent pas de la même façon les dimensions de collaboration.

Tableau 5.24: Concordance entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements au niveau des dimensions de la collaboration

	Niveau de collaboration avec le SA[2] tel que perçu par le PS[1] (n_1 = 104)		Niveau de collaboration avec le PS[1] tel que perçu par le SA[2] (n_2 = 51)		w[4]	p[5]
Dimensions de la collaboration[3]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$		
Confiance	1	5,79	1	5,64	0,943	0,093*
Communication	3	5,37	4	4,86	0,971	0,084*
Procédures	6	3,64	6	3,91	0,750	0,223
Échanges d'informations	4	5,35	2	5,24	0,750	0,223
Participation	5	4,38	5	4,32	0,900	0,145
Gestion des divergences	2	5,63	2	5,53	0,750	0,223

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(4) Taux de signification du coefficient de Kendall
(5) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$
w = 0,949 ; p = 0,091

D'abord, on peut voir dans le tableau ci-dessus qu'il y a une faible concordance au niveau de la confiance (0,093*) et au niveau de la communication (0,084*) mais réelle entre les vues. Par la suite, nous constatons que la première vue (n_1 = 104) et la seconde vue (n_2 = 51) classifient au 1re rang la confiance, au 5e rang la participation et au 6e rang les procédures.

Le Tableau 5.25 nous renseigne sur les liens de collaboration entre la vue service des approvisionnements (n_1 = 23) et la vue corporation d'achats (n_2 = 8). Nous observons que ces deux vues sont en désaccord sur la priorisation des dimensions de collaboration. Nous remarquons en effet que les rangs de chaque vue sont clairement en opposition. Par exemple, la première vue (n_1 = 23) priorise la communication alors que la seconde vue (n_2 = 8) privilégie les échanges d'informations. Notons enfin que la participation détient le plus grand degré de désaccord entre ces vues (p = 0, 861).

Tableau 5.25 : Concordance entre la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats au niveau des dimensions de la collaboration

	Niveau de collaboration avec la CA[2] tel que perçu par le SA[1] ($n_1 = 23$)		Niveau de collaboration avec le SA[1] tel que perçu par la CA[2] ($n_2 = 8$)		w[4]	p[5]
Dimensions de la collaboration[3]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$		
Confiance	2	4,97	2	5,83	0,853	0,129
Communication	1	4,99	6	5,48	0,743	0,191
Procédures	5	4,59	5	5,56	0,929	0,156
Échanges d'informations	3	4,68	1	5,88	0,750	0,223
Participation	6	3,97	4	5,66	0,125	0,861
Gestion des divergences	4	4,67	3	5,67	0,500	0,368

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(4) Taux de signification du coefficient de Kendall
(5) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$
$w = 0,514$; $p = 0,399$

Variables dépendantes

Le Tableau 5.26 montre les résultats des huit indicateurs de performance communs pour la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements. Ce tableau révèle que ces vues n'accordent pas le même degré d'importance pour chacun des indicateurs de performance ($p = 0,348$). Par exemple, le personnel soignant priorise la *disponibilité des fournitures* (DISP1) alors que le service des approvisionnements donne la priorité à la *qualité des fournitures* (QUAL1).

Tableau 5.26 : Concordance entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements au niveau des dimensions de la performance

		Vue personnel soignant (n_1 = 104)		Vue service des approvisionnements (n_2 = 51)	
IP	**Dimensions de la performance[1]**	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$
	Fiabilité				
FIAB1	Fournitures aux bons endroits et emplacements.	2	6,23	2	5,71
FIAB2	Conformité au niveau de la livraison des fournitures.	5	5,85	4	5,32
FB4	% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	6	5,61	3	5,35
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	3	6,13	8	3,71
	Flexibilité				
FX1	Accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	7	5,54	5	5,00
	Temps				
T4	Temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	8	4,12	7	4,76
	Qualité				
QUAL1	Qualité des fournitures.	4	6,08	1	5,89
	Disponibilité				
DISP1	Disponibilité des fournitures.	1	6,34	6	4,95

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) pas important, à (7) très important
w = 0,560 ; p = 0,348

Le Tableau 5.27 présente les données des neuf indicateurs de performance en commun du service des approvisionnements et de la corporation d'achats. Nous constatons que l'ordre de priorité n'est pas le même entre ces vues (p = 0,389). En effet, le premier groupe privilégie les *fournisseurs rencontrant les conditions de service* (FIAB3) alors que le second, la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8).

Tableau 5.27 : Concordance entre la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats au niveau des dimensions de la performance

		Vue service des approvisionnements ($n_1 = 23$)		Vue corporation d'achats ($n_2 = 8$)	
IP	**Dimensions de la performance[1]**	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$
	Fiabilité				
FIAB3	Fournisseurs rencontrant les conditions de service.	1	6,09	7	5,65
FIAB5	% demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres non traités et sans erreur.	8	5,24	9	5,38
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	6	5,43	1	6,25
	Coût				
COÛT1	Épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé.	3	5,76	4	6,06
C1	Économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés.	4	5,65	2	6,13
	Temps				
TEMPS2	Délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres lors du processus de renégociation.	9	5,07	6	5,88
	Qualité				
QUAL1	Qualité des fournitures.	2	5,87	5	6,00
	Quantité				
QUANT1	Nombre total de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités.	5	5,48	8	5,50
QT1	Nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier.	7	5,26	2	6,13

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) pas important, à (7) très important
w = 0,529 ; p = 0,389

Le Tableau 5.28 présente les résultats des quatre indicateurs de performance en commun de la vue personnel soignant et de la vue corporation d'achats. Les résultats du tableau permettent d'établir que des indicateurs présentent une faible concordance (p = 0,145) mais il n'existe aucune relation significative. En fait, les classements de la *qualité du*

devis technique qui reflète la fiabilité du produit (FB8) et de la *qualité des fournitures* (QUAL1) se situent au premier et second rang respectivement pour chacune des vues. Cependant, en ce qui concerne le *temps de réponse du service des approvisionnements* (FX2) et la *satisfaction envers le service des approvisionnements* (S1), la première vue (n_1 = 104) classifie ces indicateurs au 3e rang et au 4e rang alors que la seconde vue (n_2 = 8) les met au 4e et 3e rang.

Tableau 5.28 : Concordance entre la vue personnel soignant et la vue corporation des achats au niveau des dimensions de la performance

		Vue personnel soignant (n_1 = 104)		Vue corporation d'achats (n_2 = 8)	
IP	**Dimensions de la performance[1]**	**Rang**	**$\bar{x}$**	**Rang**	**$\bar{x}$**
	Fiabilité				
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	1	6,13	1	6,25
	Flexibilité				
FX2	Temps de réponse du service des approvisionnements.	3	6,04	4	5,13
	Qualité				
QUAL1	Qualité des fournitures.	2	6,08	2	6,00
	Satisfaction				
S1	Satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement.	4	5,65	3	5,75

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) pas important, à (7) très important
w = 0,900 ; p = 0,145

En guise de conclusion en ce qui concerne la proposition de recherche P1, les vues ne priorisent pas de la même façon les dimensions de la collaboration et les dimensions de la performance. La proposition P1 reçoit donc un soutien empirique.

5.4.2 Résultats des régressions multiples

Cette section présente les différents résultats obtenus des régressions multiples de types hiérarchique et stepwise effectuées dans le but de tester la proposition de recherche P2,

qui vise à déterminer l'influence des variables explicatives sur chacun des indicateurs de performance en commun entre deux vues regroupées. À noter que la présentation des analyses statistiques est répartie en trois volets. Les résultats entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements (n = 155) seront d'abord présentés. L'analyse des résultats de la vue service des approvisionnements et de la vue corporation d'achats (n = 31) sera ensuite effectuée, suivi de la vue personnel soignant et de la vue corporation d'achats (n = 112).

Avant de passer aux résultats des régressions multiples, il convient de décrire les deux techniques utilisées dans le cadre de cette étude pour tester la proposition de recherche P2. La technique de la régression hiérarchique consiste à inclure des blocs de variables au sein de l'équation afin de vérifier le pouvoir explicatif de chacun des blocs. Cette forme de régression est composée de deux modèles. Le premier introduit la variable de contrôle (i.e. taille) et nous observons le pourcentage de variance de la variable dépendante (i.e. dimensions de la performance) expliquée par cette variable (modèle 1). Ensuite, le second modèle incorpore le bloc de variables indépendantes (i.e. dimensions de la collaboration) dans la régression (modèle 2). À cette étape, nous observons la différence de variance expliquée (ΔR^2) entre le modèle 2 et le modèle 1.

La technique de la régression stepwise permet d'observer parmi la variable de contrôle et les variables indépendantes, celles qui contribuent de façon significative au modèle de régression. Selon cette forme de régression, la variable ayant le coefficient le plus élevé par rapport à la variable dépendante est la première à être introduite dans le modèle. Les autres variables sont ensuite introduites une à une en fonction de la contribution qu'elles apportent au modèle. La procédure se poursuit jusqu'à ce qu'aucune variable restante ne puisse être entrée dans l'équation selon le critère établi.

5.4.2.1 Vue personnel soignant et vue service des approvisionnements

La Figure 5.6 contient les valeurs de ΔR^2 de chaque régression multiple hiérarchique effectuée pour les huit indicateurs de performance communs entre le personnel soignant et le service des approvisionnements.

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Figure 5.6 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration : valeurs de ΔR^2 pour les indicateurs de performance communs entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements

Une première analyse des résultats présentés à la Figure 5.6 permet de soulever que la différence de variance expliquée (ΔR^2) entre le modèle 2 et le modèle 1 pour la *qualité des fournitures* (QUAL1) et le *temps passé pour faire l'inventaire des besoins* (T4) demeure faible et non significative. En revanche, la différence de capacité explicative

entre le modèle 2 et le modèle 1 pour les six autres indicateurs de performance est plus forte et significative.

L'analyse des résultats des régressions pour chacun de ces six indicateurs est présentée dans l'Annexe C. Nous offrons donc dans le Tableau 5.29 un résumé de cette analyse.

Tableau 5.29 : Coefficients bêtas standardisés pour les six indicateurs de performance communs entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements

	FIAB1	FIAB2	FB4	FB8	DISP1	FX1
	β (1)	β (1)	β (1)	β (1)	β (1)	β (1)
Variable de contrôle						
Taille	-	-0,11*	-	-	-	-
Variables indépendantes						
Confiance	0,19**	0,21**	0,18*	0,17*	-	0,15*
Engagement	0,16*	-	-	-0,14*	-	-
Communication	-	-	-0,15*	0,17*	-	-
Procédures	0,28*****	0,29****	0,16**	0,25***	0,42****	0,31****
Échanges d'informations	-	0,17**	-	-	-	-
Coordination	-0,21**	-0,28***	-	-0,16*	-0,24**	-
Participation	-	-	0,20**	0,20**	-	0,25***
Gestion des divergences	-	-	-	0,14*	-	-
Adaptation	-	-	-	-0,28****	-	-
R^2 ajusté	15,60%****	14,80%****	7,40%**	18,50%****	14,00%****	8,30%**

(1) Niveau de signification de β standardisés et de la fonction de régression (F Value)

* $p < 0,10$; **$p < 0,05$; ***$p < 0,01$; ****$p < 0,001$

D'après les résultats des régressions hiérarchiques de la vue personnel soignant et de la vue service des approvisionnements sur les indicateurs de performance en commun, la taille (variable de contrôle) n'a aucun pouvoir significatif sur les indicateurs suivants : FIAB1, FB4, FB8, DISP1 et FX1. Notons toutefois que cette variable est légèrement significative (valeur négative), concernant la *conformité au niveau de la livraison des fournitures* (FIAB2), suggérant ainsi que les professionnels de la santé qui performent ne se trouvent pas forcément chez les hôpitaux de grande taille.

Les résultats du Tableau 5.29 font ressortir les faits additionnels suivants :

(i) Les coefficients bêtas standardisés permettent d'affirmer que la dimension procédures est reliée significativement (valeur positive) aux six indicateurs de performance. Au niveau des *fournitures aux bons endroits et emplacements* (FIAB1), les procédures s'avèrent le déterminant le plus fort (β = 0,28****). Ce résultat semble indiquer que lorsque les professionnels effectuent adéquatement, sur une base régulière, le dénombrement des quantités à réapprovisionner aux unités de soins, plus le document généré par le système SAP R/3 devient plus fiable pour le rangement des fournitures aux endroits et emplacements prévus aux unités de soins. Également, pour la *conformité au niveau de la livraison des fournitures* (FIAB2), cette variable indépendante est la plus significative (β = 0,29****). De fait, si les professionnels respectent les intervalles de fréquences au niveau de la livraison des fournitures à réapprovisionner dans les unités de soins ou autres emplacements, cela contribue à augmenter la fiabilité. Parmi les variables indépendantes, c'est la dimension *procédures* qui est le déterminant le plus fort (β = 0,42****) au niveau de la *disponibilité des fournitures* (DISP1). Ceci semble indiquer que lorsque les stocks sont mis à jour quotidiennement dans le système d'information, plus la liste des fournitures disponibles générée est fiable. Ensuite, cette dimension obtient un β significatif (0,25***) pour la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8). Cela démontre l'importance des professionnels à suivre les différentes procédures d'évaluation des produits afin d'augmenter la qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit. Finalement, la dimension procédures est également significatif pour deux autres indicateurs dont le *% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* ou FB4 (β = 0,16**) et

l'*accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* ou FX1 ($\beta = 0{,}31$****).

(ii) Dans une moindre mesure, la confiance semble aussi jouer un rôle positif et significatif sur la performance. Les résultats nous portent à croire que lorsque le partenaire d'échange avec qui on fait du réapprovisionnement est bon, plus la fiabilité concernant les *fournitures aux bons endroits et emplacements* ou FIAB1 ($\beta = 0{,}187$**) tend à croître. Nous pouvons également présumer que le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir une relation d'échanges avec son partenaire sont importants, plus le processus *au niveau de la livraison des fournitures* ou FIAB2 est fiable ($\beta = 0{,}21$**). Enfin, un niveau élevé de confiance accroît la performance de ces trois indicateurs : FB4 ($\beta = 0{,}18$*), FB8 ($\beta = 0{,}17$*) et FX1 ($\beta = 0{,}15$*).

(iii) Enfin, la coordination affiche un coefficient négatif et significatif pour quatre indicateurs de performance : FIAB1 ($\beta = -0{,}21$**), FIAB2 ($\beta = -0{,}28$***), FB8 ($\beta = -0{,}16$*) et DISP1 ($\beta = -0{,}24$**). Le fait que les β sont négatifs indique que la fiabilité n'est pas forcément due à une coordination conjointe des activités avec son partenaire.

5.4.2.2 Vue service des approvisionnements et vue corporation d'achats

Rappelons que le service des approvisionnements et la corporation d'achats partagent neuf indicateurs de performance. À partir des régressions multiples de type stepwise, la Figure 5.7 présente les valeurs de ΔR^2 pour chacun de ces indicateurs.

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Figure 5.7 : Valeurs de ΔR^2 pour les indicateurs de performance communs entre la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats

Les résultats de la Figure 5.7 permettent de soulever que la valeur de ΔR^2 la plus élevée et significative est *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* ou FB8 (33,30%****), suivie de près de *délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres lors du processus de renégociation* ou TEMPS2 (29,40%****). La proportion de la variance expliquée pour les six autres indicateurs de performance se situe de 9,90% à 27,00%. Mais, la régression pour les *fournisseurs rencontrant les conditions de service* (FIAB3) montre qu'aucun déterminant ne semble jouer un rôle significatif.

Le Tableau 5.30 présente les résultats des régressions stepwise réalisées pour le service des approvisionnements et la corporation d'achats pour les indicateurs de performance en commun.

Tableau 5.30 : Résultats des régressions multiples de type stepwise pour les indicateurs communs entre la vue service des approvisionnements et la vue corporation d'achats

		Régression stepwise	
Indicateurs de performance	**Variables**	**β**	**p**
FIAB5	Échanges d'informations	0,732	0,001****
	Gestion des divergences	-0,429	0,022**
	R^2 ajusté et ΔR2	27,00%	0,005***
FB8	Confiance	0,839	0,000****
	Communication	-0,560	0,005***
	R^2 ajusté et ΔR2	33,30%	0,001****
COUT1	Confiance	0,415	0,010***
	R^2 ajusté et ΔR2	14,40%	0,020**
C1	Confiance	0,440	0,007***
	R^2 ajusté et ΔR2	16,50%	0,013**
QT1	Confiance	0,536	0,001****
	R^2 ajusté et ΔR2	26,30%	0,002***
TEMPS2	Confiance	0,563	0,001****
	R^2 ajusté et ΔR2	29,40%	0,001****
QUAL1	Taille	-0,432	0,008***
	R^2 ajusté et ΔR2	15,90%	0,015**
QUANT1	Échanges d'informations	0,360	0,024**
	R^2 ajusté et ΔR2	9,90%	0,047**

* $p < 0,10$; **$p < 0,05$; ***$p < 0,01$; ****$p < 0,001$

Une première observation de ce tableau fait ressortir que la dimension confiance est positivement et significativement reliée à la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* ou FB8 (β = 0,839****), les *épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé* ou COÛT1 (β = 0,415***), les *économies en $*

négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés ou C1 (β = 0,440***), le *nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier* ou QT1 (β = 0,536****) et les *délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres lors du processus de renégociation* ou TEMPS2 (β = 0,563****). Nous pouvons donc présumer de façon très probable que la confiance semble jouer un rôle important sur chacune de ces variables dépendantes. Il est donc logique de constater que les professionnels se fient à son partenaire d'échange. Ainsi, la confiance réduit les risques de comportement opportuniste et permet la mise en place d'investissements spécifiques visant à améliorer l'efficacité de la relation et à augmenter la performance.

De plus, la dimension échanges d'informations s'avère positif et significatif lorsque l'on observe le *% demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres non traités et sans erreur* ou FIAB5 (β = 0,732****) et le *nombre total de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités* ou QUANT1 (β = 0,360**). Ces résultats montrent que des échanges d'informations fréquents et de façon informelle augmentent la performance. Également, la qualité des informations échangées permet aux partenaires de réaliser leurs tâches de manière plus efficace.

Nous remarquons aussi que trois déterminants influencent négativement la performance. D'abord, la taille (variable de contrôle) constitue le plus fort déterminant de la *qualité des fournitures* ou QUAL1. Ce résultat démontre que les produits qui performent ne se retrouvent pas forcément chez les hôpitaux de grande taille. Ensuite, au niveau de la communication, c'est la précision, la richesse et le caractère pertinent des informations qui va conditionner l'atteinte de la *qualité des devis techniques* ou FB8 des produits dans le cas contraire, la fiabilité des fiches techniques est moins fiable. Enfin, la gestion des divergences se présente comme un déterminant lié significativement à FIAB5. Ce résultat suggère que même si les désaccords avec le partenaire d'échange ont été résolus

de manière moins collaborative, ce dernier est conscient de sa position et est à même d'évaluer les *demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres non traités et sans erreur*.

D'après les résultats des régressions stepwise de la vue service des approvisionnements et de la vue corporation d'achats (voir Figure 5.7), certaines variables jouent un rôle déterminant sur les indicateurs de performance communs sauf FIAB3 où aucune variable n'a un effet significatif sur cet indicateur.

5.4.2.3 Vue personnel soignant et vue corporation d'achats

Tel que mentionné précédemment, le personnel soignant et la corporation d'achats ont quatre indicateurs de performance en commun. Sur la base des analyses de régressions multiples hiérarchiques réalisées, la Figure 5.8 présente les valeurs de ΔR^2 pour chacun de ces indicateurs.

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Figure 5.8 : Valeurs de ΔR^2 pour les indicateurs de performance communs entre la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats

Les résultats permettent d'abord de remarquer que la valeur de ΔR^2 la plus élevée et la plus fortement significative consiste à la *satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement* ou S1 (ΔR^2 = 28,80%****). Aussi, il est à noter que deux autres indicateurs affichent des valeurs significatives quoique de moindre importance, soit le *temps de réponse du service des approvisionnements* ou FX2 (ΔR^2 = 7,20%**) et la *qualité des fournitures* ou QUAL1 (ΔR^2 = 7,70%**). Par contre, il est possible d'observer que la proportion de la variance expliquée pour la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) est faible et non significative (ΔR^2 = 4,60%).

L'analyse des résultats des régressions pour chacun de ces trois indicateurs est présentée dans l'Annexe C. Le Tableau 5.31 présente un résumé de cette analyse.

Tableau 5.31 : Coefficients bêtas standardisés pour les trois indicateurs de performance communs entre la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats

	FX2	QUAL1	S1
	β (1)	β (1)	β (1)
Variable de contrôle			
Taille	0,25***	-	0,22***
Variables indépendantes			
Confiance	-	-	-
Engagement	-	-	-
Communication	0,25**	-	0,19**
Procédures	-	0,26***	0,18**
Échanges d'informations	-	-	-0,14*
Coordination	-	-	0,25**
Participation	-	0,35****	0,34****
Gestion des divergences	-0,29***	-	-0,27***
Adaptation	-	-0,17*	-
R^2 ajusté	15,80%***	8,40%**	34,60%****

(1) Niveau de signification de β standardisés et de la fonction de régression (F Value)

* $p < 0,10$; **$p < 0,05$; ***$p < 0,01$; ****$p < 0,001$

D'après les résultats des régressions pour la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats, la taille (variable de contrôle) semble jouer un rôle significatif (valeur positive) sur deux indicateurs de performance (FX2 et S1). De plus, certaines dimensions de la collaboration ont un effet positif et négatif sur les indicateurs communs entre ces vues.

Les résultats du Tableau 5.31 permettent donc d'effectuer les affirmations suivantes :

(i) Plus la taille de l'organisation est grande plus le t*emps de réponse du service des approvisionnements* ou FX2 (β = 0,25***) et plus la s*atisfaction générale envers le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement* ou S1 (β = 0, 22***) sont élevés.

(ii) La dimension participation représente le plus fort déterminant pour la *qualité des fournitures* ou QUAL1 (β = 0,35****) et pour S1 (β = 0,34****). Ce résultat confirme en quelque sorte la nécessité de la participation de la vue personnel soignant et de la vue corporation d'achats dans le processus d'évaluation afin de mieux appréhender le niveau de qualité des produits (QUAL1). Aussi, leur participation active à la prise des décisions au niveau des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec leur partenaire est fortement liée à la *satisfaction générale envers le service des approvisionnements* (S1).

(iii) Ensuite, la gestion des divergences est liée de façon très significative au *temps de réponse du service des approvisionnements* ou FX2 (β = -0,29***) et à la *satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement* ou S1 (β = -0,27***) mais demeure un facteur négatif.

(iv) De plus, lorsque les professionnels de ces deux vues communiquent aussitôt que possible les problèmes de réapprovisionnement auprès de leur partenaire d'échanges, le *temps de réponse du service des approvisionnements* ou FX2 (β = 0,25**) est plus rapide et la *satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement* ou S1 (β = 0,19**) est plus grande.

(v) Enfin, les procédures se révèlent également fortement liée à la performance (QUAL1 et S1). Ce résultat pourrait signifier que plus les professionnels de la santé attestent que les fournitures sont conformes aux normes prescrites et que celles-ci ont été soumises aux procédures d'évaluation, plus la qualité des produits sélectionnés est élevée (β = 0,26***). Également, lorsque leur partenaire d'échanges suit les directives plus la *satisfaction envers le service des approvisionnements* est élevée (β = 0,18**).

Suite à ces résultats, il est donc possible de conclure que la proposition de recherche P2 est vérifiée.

De plus, des informations complémentaires relatives aux régressions multiples pour la proposition de recherche P2 sont présentées à l'Annexe C. Le Tableau 5.32 ci-après a pour objectif de guider le lecteur dans la consultation de cette annexe.

Tableau 5.32 : Correspondances des informations supplémentaires présentées à l'annexe C pour la proposition de recherche P2

Indicateurs de performance communs entre les vues	Description	Tableau
Personnel soignant et service des approvisionnements	Pouvoir explicatif des dimensions de collaboration pour FIAB1	Tableau C.1
	Pouvoir explicatif des dimensions de collaboration pour FIAB2	Tableau C.2
	Pouvoir explicatif des dimensions de collaboration pour DISP1	Tableau C.3
	Pouvoir explicatif des dimensions de collaboration pour FB4	Tableau C.4
	Pouvoir explicatif des dimensions de collaboration pour FB8	Tableau C.5
	Pouvoir explicatif des dimensions de collaboration pour FX1	Tableau C.6
Personnel soignant et corporation d'achats	Pouvoir explicatif des dimensions de collaboration pour FX2	Tableau C.7
	Pouvoir explicatif des dimensions de collaboration pour QUAL1	Tableau C.8
	Pouvoir explicatif des dimensions de collaboration pour S1	Tableau C.9

La prochaine section présente les analyses effectuées dans le but de mesurer les effets de modération de la part des vues dans la relation unissant les variables explicatives et chacune des variables dépendantes.

5.4.3 Résultats des effets de modération

Cette section présente les analyses statistiques réalisées pour tester la proposition de recherche P3, qui vise à démontrer que la vue agit comme variable modératrice ou, en termes statistiques, s'il existe une différence probante dans la comparaison des coefficients de corrélation entre la variable explicative et expliquée en fonction des sous-groupes retenus. L'hypothèse de la force est ainsi vérifiée. Nous devrons donc mesurer la relation entre une variable explicative et une variable dépendante. De fait, nous effectuerons une analyse des corrélations issues des vues ayant des indicateurs de performance communs.

La présentation des analyses statistiques est scindée en trois volets. Les résultats entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements (n = 155) seront d'abord présentés. L'analyse des résultats de la vue service des approvisionnements et de la vue corporation d'achats (n = 31) sera ensuite effectuée, suivi de la vue personnel soignant et de la vue corporation d'achats (n = 112).

Avant de passer aux résultats, il convient de décrire brièvement la modération. Barron et Kenny définisse une variable modératrice comme « une variable qualitative ou quantitative qui affecte le sens et/ou la force de la relation entre une variable indépendante et une variable dépendante (1986 : 1174). Ainsi un effet modérateur par la force existe lorsque l'intensité de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante est différente pour deux sous-groupes homogènes de répondants. La modération par la force est testée en divisant l'échantillon en deux sous-groupes sur la base de la variable présumée modératrice. Le degré de relation entre la variable dépendante et indépendante est alors comparé entre les deux sous-groupes constitués. Si des différences de valeur de corrélations d'un groupe à l'autre sont constatés, la variable de mesure est considérée modératrice par la force.

5.4.3.1 Vue personnel soignant et vue service des approvisionnements

L'analyse des effets d'interactions a permis d'identifier les variables explicatives ayant un effet modérateur sur certains indicateurs de performance communs entre le personnel soignant et le service des approvisionnements. Le Tableau 5.33 synthétise les résultats de cette analyse. Cette comparaison du degré de relation entre ces deux vues a permis de mettre en évidence huit variables modératrices par la force.

Tableau 5.33 : Effets de modération pour le personnel soignant et le service des approvisionnements

	FIAB1		FIAB2		DISP1		QUAL1		FB4		FB8		FX1		T4	
	r (1)		r (1)		r (1)		r (1)		r (1)		r (1)		r (1)		r (1)	
	PS[2]	SA[3]	PS[2]	SA[3]	PS[2]	SA[3]	PS[2]	SA[3]	PS[2]	SA[3]	PS[2]	SA[3]	PS[2]	SA[3]	PS[2]	SA[3]
Variable de contrôle																
Taille	-	-	0,02	-0,26**	-	-	-	-	0,11*	-0,27**	-0,22***	0,11	-	-	0,11*	0,21**
Variables indépendantes																
Confiance	-	-	-	-	-0,04	0,21**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Engagement	-	-	-	-	-0,08	0,33***	-	-	-	-	-	-	-0,04	0,35***	0,07	0,32***
Communication	-	-	-	-	-	-	-	-	0,08	0,39****	0,04	0,31***	0,25***	0,02	-	-
Procédures	-	-	-	-	-	-	0,21***	-0,19**	0,22***	-0,01	-	-	-	-	-	-
Échanges d'informations	-	-	-	-	-	-	0,02	0,27**	-	-	-0,03	0,25**	-	-	-	-
Coordination	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Participation	0,29****	-0,09	-	-	-	-	-	-	0,36****	-0,00	0,17**	0,41****	0,36****	0,11	-	-
Gestion des divergences	-	-	-	-	0,02	0,28**	-	-	-	-	-	-	-0,38	0,24**	-0,09*	0,31***
Adaptation	-0,07	0,17*	0,02	0,27**	-0,20**	0,34***	-0,02	0,35***	-0,21***	0,28**	-	-	-0,09*	0,28**	-0,09*	0,25**

(1) Niveau de signification des coefficients de corrélation
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001
(2) Vue personnel soignant
(3) Vue service des approvisionnements

D'après les résultats du Tableau 5.33, nous pouvons faire les constats suivants :

(i) L'adaptation représente la dimension ayant un effet modérateur sur tous les indicateurs de performance sauf auprès de FB8. Les résultats démontrent que plus le service des approvisionnements adapte leurs activités aux besoins de leur partenaire, plus les *fournitures aux bons endroits et emplacements* (FIAB1), la *conformité au niveau de la livraison des fournitures* (FIAB2), la *disponibilité des fournitures* (DIPS1), la *qualité des fournitures* (QUAL1), le *% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FB4), *l'accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les*

chariots et autres (FX1) sont favorisés. Notons que cette dimension semble être l'inverse pour le personnel soignant au niveau des indicateurs suivants : DISP1, FB4, FX1 et T4.

(ii) L'engagement est lié positivement et significativement sur trois indicateurs pour le service des approvisionnements. Il est donc possible d'affirmer que plus celui-ci est engagé à collaborer à long terme avec le personnel soignant, plus la *disponibilité des fournitures* (DIPS1) est grande, *l'accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FX1) est augmenté, le *temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (T4) tend à diminuer.

(iii) Le tableau indique que la taille a une influence sur quatre indicateurs. Les valeurs des corrélations nous montrent que la petite taille de l'organisation a un effet sur la *conformité au niveau de la livraison des fournitures* (FIAB2) et le % des *inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FB4) pour la vue service des approvisionnements. Mais pour le personnel soignant, plus la taille de l'organisation est petite, plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) est élevée. De plus, pour les deux vues, la taille de l'organisation a un effet positif sur le *temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (T4). Finalement, plus la taille de l'organisation est grande, plus la fiabilité au niveau du FB4 est élevée pour le personnel soignant. Mais cette variable semble être l'inverse pour le service des approvisionnements.

(iv) La participation, quant à elle, a un effet positif et très significatif sur quatre indicateurs. Ainsi, lorsque la vue personnel soignant participe à l'élaboration

des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec leur partenaire, plus les *fournitures aux bons endroits et emplacements* (FIAB1), le *% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FB4) sont fiables, *l'accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FX1) demeure flexible et la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) augmente. Pour la vue service des approvisionnements, cette dimension a également un effet positif sur FB8.

(v) La dimension coordination n'a aucun effet sur les indicateurs de performance communs entre les deux vues.

5.4.3.2 Vue service des approvisionnements et vue corporation d'achats

Un résumé des résultats de l'analyse des corrélations pour chacun des indicateurs en commun entre le service des approvisionnements et la corporation d'achats est présenté dans le Tableau 5.34. Le tableau des corrélations indique que toutes les dimensions de la collaboration sont modératrices par la force.

Tableau 5.34 : Effets de modération pour le service des approvisionnements et la corporation d'achats

	FIAB5		FIAB3		FB8		COÛT1		C1		QT1		TEMPS2		QUANT1		QUAL1	
	r (1)		r (1)		r (1)		r (1)		r (1)		r (1)		r (1)		r (1)		r (1)	
	SA[2]	CA[3]	SA[2]	CA[3]	SA[2]	CA[3]	SA[2]	CA[3]	SA[2]	CA[3]	SA[2]	CA[3]	SA[2]	CA[3]	SA[2]	CA[3]	SA[2]	CA[3]
Variables indépendantes																		
Confiance	-	-	-	-	0,61****	-0,57**	0,56****	-0,65**	0,61****	-0,23	-	-	0,63****	0,05	-	-	-	-
Engagement	-	-	-	-	0,51***	-0,48*	0,41**	-0,54**	0,41**	-0,70**	-	-	-	-	0,44***	-0,51**	-	-
Communication	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,42**	-0,22	-	-	-	-	0,24***	0,73***
Procédures	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,14	0,75***	-0,10*	0,51**
Échanges d'informations	-	-	-	-	0,39**	-0,24	0,44***	-0,37*	-	-	-	-	-	-	-	-		
Coordination	-	-	-	-	0,30**	-0,51**	0,48***	-0,55**	-	-	-	-	-	-	-	-		
Participation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,28**	-0,36*	-	-		
Gestion des divergences	-	-	0,34**	-0,62**	0,20*	-0,83***	0,28**	-0,74***	0,34**	-0,54**	-	-	-	-	-	-		
Adaptation	-	-	-	-	-	-	0,32**	-0,52**	-	-	-	-	-	-	-	-	0,010	0,62**

(1) Niveau de signification des coefficients de corrélation
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001
(2) Vue service des approvisionnements
(3) Vue corporation d'achats

Après examen des résultats de ce tableau, nous pouvons faire les constats suivants :

(i) La gestion des divergences influence significativement quatre indicateurs de performance. Pour la corporation d'achats, cette dimension a un impact négatif sur les *fournisseurs rencontrant les conditions de service* (FIAB3), la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8), les *épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé* (COUT1) et les *économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés* (C1). Mais pour le service des approvisionnements, cette dimension a un impact positif sur ces quatre indicateurs.

(ii) La dimension confiance a un effet très significatif et positif pour le service des approvisionnements sur quatre indicateurs de performance. Plus le partenaire avec qui on peut faire du réapprovisionnement est excellent, plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) est fiable, plus les *épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé* (COUT1), les *économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés* (C1) augmentent et plus les *délais de traitement des soumissions, des mandats et*

des appels d'offres lors du processus de renégociation (TEMPS2) sont courts. Cependant, pour la corporation d'achats deux indicateurs (FB8 et COÛT1) affichent une valeur négative. Ceci signifie que plus le niveau de confiance diminue, plus cette dimension a un effet significatif sur ces deux indicateurs.

(iii) La dimension engagement a une influence significative sur quatre indicateurs. Plus le service des approvisionnements est engagé à collaborer avec la corporation d'achats, plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8), les *épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé* (COUT1), le *nombre total de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités* (QUANT1), les *économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés* (C1) sont importants. Toutefois, ces quatre indicateurs affichent une valeur négative pour la corporation d'achats. Cet effet de modération indique que plus le niveau d'engagement est bas, plus cette dimension a un impact sur ces indicateurs.

5.4.3.3 Vue personnel soignant et vue corporation d'achats

Enfin, le Tableau 5.35 présente un résumé des résultats de l'analyse des corrélations pour chacun des indicateurs de performance communs entre le personnel soignant et la corporation d'achats.

Tableau 5.35 : Effets de modération pour le service des approvisionnements et la corporation d'achats

	FX2		FB8		S1		QUAL1	
	r (1)		r (1)		r (1)		r (1)	
	PS[2]	CA[3]	PS[2]	CA[3]	PS[2]	CA[3]	PS[2]	CA[3]
Variables indépendantes								
Confiance	-	-	-0,02	-0,57**	-	-	-	-
Engagement	-	-	0,11*	-0,48*	-	-	-	-
Communication	0,24***	0,73***	-	-	-	-	-	-
Procédures	-0,10*	0,51**	-	-	0,09*	0,81***	-	-
Échanges d'informations	-	-	-	-	-	-	-	-
Coordination	-	-	-	-	-	-	-	-
Participation	-	-	-	-	-	-	-	-
Gestion des divergences	-	-	0,17**	-0,83***	-	-	0,17**	-0,44*
Adaptation	0,01	0,62**	-	-	-	-	-	-

(1) Niveau de signification des coefficients de corrélation
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001
(2) Vue personnel soignant
(3) Vue corporation d'achats

En examinant chaque indicateur, nous pouvons faire les constats suivants :

(i) La communication représente une dimension ayant une influence positive sur le *temps de réponse du service des approvisionnements* ou FX2. Pour cette dernière, plus la communication est précise avec leur partenaire lors du réapprovisionnement et plus les documents relatifs aux activités sont clairs et détaillés, plus le temps de réponse de leur partenaire est rapide.

(ii) Pour les deux vues, les procédures ont un effet également positif sur la *satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement* ou S1. Toutefois, cette dimension est plus significative pour la corporation d'achats (β = 0,81***). Lorsque l'on observe FX2, la valeur est négative pour le personnel soignant (β = -0,10*) et la valeur est positive pour la corporation d'achats (β = 0,51**).

(iii) La gestion des divergences a un effet sur deux indicateurs de performance. Plus le personnel soignant arrive à un compromis acceptable pour leur

partenaire lors du réapprovisionnement plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) et la *qualité des fournitures* (QUAL1) sont augmentées contrairement à la corporation d'achats.

(iv) Les dimensions suivantes : les échanges d'informations, la coordination et la participation n'ont aucun effet modérateur sur les indicateurs de performance communs entre la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats.

En guise de conclusion à cette section, nous pouvons affirmer que la variable explicative n'a pas le même effet sur les variables dépendantes selon les niveaux de la variable modératrice.

Des informations complémentaires concernant les effets de modération sont présentées dans l'Annexe D. Le Tableau 5.36 a pour but de guider le lecteur dans la consultation de cette annexe.

Tableau 5.36 : Correspondances des informations complémentaires présentées à l'annexe D pour la proposition de recherche P3

Indicateurs de performance communs entre les vues	Description	Tableau
Personnel soignant et service des approvisionnements	Effets de modération pour FIAB1	Tableau D.1
	Effets de modération pour FIAB2	Tableau D.2
	Effets de modération pour DISP1	Tableau D.3
	Effets de modération pour QUAL1	Tableau D.4
	Effets de modération pour FB4	Tableau D.5
	Effets de modération pour FB8	Tableau D.6
	Effets de modération pour FX1	Tableau D.7
	Effets de modération pour T4	Tableau D.8
Service des approvisionnements et corporation d'achats	Effets de modération pour FIAB5	Tableau D.9
	Effets de modération pour FIAB3	Tableau D.10
	Effets de modération pour FB8	Tableau D.11
	Effets de modération pour COÛT1	Tableau D.12
	Effets de modération pour C1	Tableau D.13
	Effets de modération pour QT1	Tableau D.14
	Effets de modération pour TEMPS2	Tableau D.15
	Effets de modération pour QUANT1	Tableau D.16
	Effets de modération pour QUAL1	Tableau D.17
Personnel soignant et corporation d'achats	Effets de modération pour FX2	Tableau D.18
	Effets de modération pour FB8	Tableau D.19
	Effets de modération pour S1	Tableau D.20
	Effets de modération pour QUAL1	Tableau D.21

5.5 ANALYSE COMPLÉMENTAIRE

Cette section vise à déterminer s'il y a des différences significatives entre les vues. Pour ce faire, une analyse discriminante a été réalisée pour chacune des variables dépendantes proposées dans le modèle de recherche afin de déterminer celles qui sont responsables des différences entre les vues. La section 5.5.1 traite de façon sommaire cette technique

d'analyse statistique. Les sections 5.5.2 et 5.5.3 présentent la synthèse des résultats des analyses discriminantes.

5.5.1 Analyse discriminante

L'analyse discriminante constitue une technique d'analyse multivariée visant à classifier les répondants d'une étude au sein de groupes mutuellement exclusifs à partir s'une série de variables indépendantes. Cette technique relie une variable dépendante nominale (les groupes) à des variables indépendantes où les groupes sont prédéfinis. En maximisant la variance entre les groupes tout en minimisant la variance au sein des groupes, on obtient une fonction discriminante qui permet de mieux distinguer les groupes et donne les moyens pour classifier les répondants dans le groupe lui ressemblant le plus. On cherche par l'analyse discriminante à définir les poids relatifs (coefficients de discrimination) des déterminants (variables indépendantes) qui expliquent les différences entre deux groupes ou plus.

L'analyse discriminante recouvre un ensemble de méthodes d'analyse. Dans le contexte de cette étude, les analyses discriminantes ont été effectuées à partir de deux méthodes : directe et stepwise. D'abord, la méthode directe consiste à considérer toutes les variables à la fois. Elle est utilisée lorsqu'aucune hypothèse spécifique n'est formulée concernant l'ordre ou l'importance des variables prédictrices. En fait, cette méthode ne tient compte de la contribution que des prédicteurs supérieurs car chacun est évalué comme s'il entrait dernièrement dans l'équation. Lorsqu'un prédicteur est fortement corrélé avec la variable dépendante, il est possible qu'il ne démontre qu'une prédiction faible en présence des autres prédicteurs. Ensuite, en ce qui a trait à la méthode stepwise, les variables sont introduites une à une selon leur capacité décroissant à mettre en évidence la différence entre les groupes. Au cours des sélections, il est possible de discrimination. Ainsi, à chaque étape de l'analyse, on procède à l'élimination des variables devenues inutiles.

5.5.2 Pouvoir discriminant des indicateurs de performance communs

Selon les vues, les groupes de professionnels impliqués dans la fonction réapprovisionnement se distinguent par rapport à l'importance des indicateurs de performance.

Deux vues, le personnel soignant (n_1 = 104) et le service des approvisionnements (n_2 = 51) partagent huit indicateurs de performance, est-il possible de les distinguer selon ces indicateurs ? En d'autres termes, ces vues ont-elles des comportements distinctifs selon les indicateurs de performance en commun ? Les résultats de l'analyse discriminante (méthode directe) du Tableau 5.37 donnent des éléments de réponse à cette question. Notons enfin que le pourcentage de classification global et pour chacune des vues a été pondéré pour tenir compte des biais induits par des groupes de tailles différentes.

Tableau 5.37 : Résultats de l'analyse discriminante (méthode directe) pour les indicateurs de performance communs de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2 = 51)

Variables	Coefficients canoniques standardisés	p
FIAB1	-0,116	0,013**
FIAB2	0,304	0,008***
DISP1	0,891	0,000****
QUAL1	-0,129	0,135
FB4	-0,319	0,275
FB8	0,846	0,000****
FX1	0,221	0,034**
T4	-0,695	0,016**

Eigenvalue = 1,563 Lambda de Wilks = 0,390 x^2 = 140,242 p = 0,000

Test de M Box = 336,227 F = 8,725 p = 0,000

Classification par vue		
	PS[1]	SA[2]
Vues observées		
	93,30%	6,70%
	15,70%	**84,30%**
Pourcentage de répondants bien classés	**90,30%**	

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Le Tableau 5.37 présente les coefficients canoniques standardisés et les coefficients de corrélation avec les variables explicatives. En examinant les résultats, nous remarquons que six variables sur huit apportent une contribution significative qui permet de discriminer ces vues. Parmi ces six indicateurs, deux d'entre eux sont négatifs et les quatre autres sont positifs. Ces résultats nous permettent donc de déduire que la vue personnel soignant accorde une plus grande importance aux *fournitures aux bons endroits et emplacements* (FIAB1) et au *temps passé pour faire l'inventaire des besoins* (T4). Ce constat confirme que lorsque le corps médical puise dans les unités de soins pour les besoins ponctuels chacune des fournitures doit être rangée au bon endroit et emplacement lui permettant de mieux répondre à la demande de soins. Aussi, le degré de participation du personnel soignant au processus de réapprovisionnement (commande

ou inventaire des besoins) requiert parfois beaucoup de temps engendrant ainsi une perte de temps productif à donner des soins aux patients.

La vue service des approvisionnements, quant à elle, privilégie la *conformité de la livraison des fournitures* (FIAB2), la *disponibilité des fournitures* (DISP1), la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) et l'*accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FX1). Ce constat est cohérent puisque les professionnels de cette vue doivent respecter les horaires de livraison, veiller à l'accessibilité et à la disponibilité constante des fournitures, et ce en maintenant des quantités suffisantes de stocks pour tous les produits en évitant les surstockages et les ruptures de stocks car ces derniers doivent limiter le plus possible les perturbations auprès du personnel soignant. De plus, pour les fournitures qui soutiennent directement les activités de soins, les professionnels du service des approvisionnements doivent élaborer des devis techniques détaillés pour le personnel soignant afin de leur fournir un encadrement quant à l'utilisation des produits et une meilleure connaissance des exigences et des spécificités.

Nous pouvons remarquer aussi que le Tableau 5.37 illustre une valeur faible du lambda de Wilks (0,390). Plus le lambda de Wilks est petit, meilleur est le pouvoir discriminant du modèle. De plus, la fonction discriminante entre les deux vues est très significative ($p = 0,000$) et le pourcentage des répondants bien classés s'élève à 90,30%, plus précisément ceux du personnel soignant est de 93,30% et ceux du service des approvisionnements, le taux s'élève à 84,30%. Ces indicateurs prouvent les différences significatives entre ces vues vis-à-vis des scores discriminants produits par la fonction discriminante identifiée. Mais, quelles sont les variables qui discriminent le mieux le personnel soignant de la vue service des approvisionnements ?

Les résultats du Tableau 5.38 de l'analyse discriminante (méthode stepwise) démontrent que parmi les huit indicateurs de performance en commun considérés, trois seulement

(DISP1, FB8 et T4) permettent de distinguer ces deux vues. Par ailleurs, la fonction discriminante est très significative (p = 0,000) et indique que 90,30% des répondants ont été bien classés (dont 95,20% de la vue personnel soignant bien classés et 80,40% de la vue service des approvisionnements bien classés). En examinant les résultats obtenus, il est important de noter que le coefficient canonique standardisé de DISP1 et de FB8 sont significativement positifs, ce qui sous-entend que ces indicateurs de performance sont considérés comme étant essentiels pour la vue service des approvisionnements alors que T4 est significativement négatif, ce qui permet d'affirmer que la vue personnel soignant considère cet indicateur comme étant plus important.

Tableau 5.38 : Résultats de l'analyse discriminante (méthode stepwise) pour les indicateurs de performance communs de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2 = 51)

Variables	Coefficients canoniques standardisés	p
FIAB1		
FIAB2		
DISP1	0,944	0,000****
QUAL1		
FB4		
FB8	0,791	0,000****
FX1		
T4	-0,722	0,000****

Eigenvalue = 1,453 Lambda de Wilks = 0,408 x^2 = 135,946 p = 0,000

Test de M Box = 175,787 F = 28,560 p = 0,000

Classification par vue		
	PS[1]	SA[2]
Vues observées		
	95,20%	4,80%
	19,60%	**80,40%**
Pourcentage de répondants biens classifiés	**90,30%**	

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Enfin, les analyses discriminantes (voir Tableaux 5.37 et 5.38), nous permettent maintenant d'affirmer que les vues (personnel soignant et service des approvisionnements) ont des caractéristiques distinctives concernant l'importance que revêt pour elles les indicateurs de performance.

5.5.3 Pouvoir discriminant des dimensions de la performance

Nous avons vu précédemment qu'il y a des différences significatives entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements au niveau des indicateurs de performance communs. Le même phénomène serait-il également observé pour les dimensions de la performance ? Nous avions en effet demandé dans le questionnaire d'évaluer de façon générale la fiabilité, la flexibilité, le coût, le temps, la qualité, la quantité, la disponibilité et la satisfaction. En ce qui concerne ces deux vues, est-ce que celles-ci s'entendent sur l'importance relative des dimensions de la performance? Apparemment non, puisque les résultats de l'analyse (méthode directe) du Tableau 5.39 démontrent des divergences profondes entre les vues.

Tableau 5.39 : Résultats de l'analyse discriminante (méthode directe) pour les dimensions de la performance de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2 = 51)

Variables	Coefficients canoniques standardisés	p
Fiabilité	-0,535	0,000****
Flexibilité	0,682	0,000****
Coût	0,382	0,000****
Temps	1,029	0,000****
Qualité	-0,440	0,000****
Quantité	-0,988	0,000****
Disponisbilité	1,314	0,000****
Satisfaction	-0,558	0,000****

Eigenvalue = 0,274 Lambda de Wilks = 0,785 x^2 = 36,102 p = 0,000

Test de M Box = 351,582 F = 9,123 p = 0,000

Classification par vue		
	PS[1]	SA[2]
Vues observées		
	91,30%	8,70%
	56,90%	**43,10%**
Pourcentage de répondants bien classés	**75,50%**	

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Nous pouvons noter que la fonction discriminante est très significative (p = 0,000) et donne un taux de classification satisfaisant (75,50%). Parmi les huit dimensions de la performance, quatre d'entre elles sont positives et les autres sont négatives. Cela permet d'affirmer que la vue personnel soignant accorde une plus grande importance à la fiabilité, à la qualité, à la quantité et à la satisfaction tandis que pour la vue service des approvisionnements, les dimensions les plus importantes sont la flexibilité, le coût, le temps et la disponibilité. De plus, nous constatons que le pourcentage de classification global pour le service des approvisionnements est bas (43,10%) comparativement au personnel soignant (91,30%).

Mais, quelles sont donc les dimensions de la performance qui permettent le plus de distinguer ces vues ? Les résultats du Tableau 5.40 de l'analyse discriminante (méthode stepwise) montrent que parmi les huit dimensions, deux seulement permettent de les différencier, soit la flexibilité et le coût. Également, ces deux dimensions sont significativement positives permettant d'affirmer que celles-ci sont plus importantes pour la vue service des approvisionnements. De plus, la fonction discriminante entre ces vues est très significative (p = 0,000) et affiche un taux de classification satisfaisant (77,40%). Lorsque nous tentons de classifier les deux vues, nous remarquons que la vue service des approvisionnements ne se classifie pas correctement (41,20%) contrairement à la vue personnel soignant où 95,20% des répondants sont bien classés.

Tableau 5.40 : Résultats de l'analyse discriminante (méthode stepwise) pour les dimensions de la performance de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2 = 51)

Variables	Coefficients canoniques standardisés	p
Fiabilité		
Flexibilité	0,547	0,000****
Coût	0,551	0,000****
Temps		
Qualité		
Quantité		
Disponisbilité		
Satisfaction		

Eigenvalue = 0,211 Lambda de Wilks = 0,826 x^2 = 29,122 p = 0,000

Test de M Box = 62,836 F = 20,595 p = 0,000

Classification par vue		
	PS[1]	SA[2]
Vues observées		
	95,20%	4,80%
	58,80%	**41,20%**
Pourcentage de répondants bien classés	**77,40%**	

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Nous constatons que les analyses discriminantes (voir Tableaux 5.39 et 5.40) confirment des différences entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements au niveau des dimensions de la performance. Il est important de noter que la fonction discriminante n'arrive pas à classifier correctement l'appartenance des répondants pour le service des approvisionnements. Nous supposons qu'il y a d'autres déterminants non mesurés qui permettraient de mieux distinguer ces vues.

Puisque le personnel soignant et le service des approvisionnements se distinguent assez significativement selon deux dimensions de la performance soit la flexibilité et le coût, examinons de plus près l'effet de la collaboration et de la taille sur chacune des dimensions pour les deux vues. Pour ce faire, nous avons comparé les quatre régressions de chacune des vues entre elles, ce qui nous a permis de relever les similitudes et les divergences quant au rôle des diverses variables sur les vues (voir Tableaux 5.41 et 5.42).

Lorsque l'on observe les résultats du Tableau 5.41, nous constatons que le pourcentage de variance expliquée pour la dimension flexibilité est un peu plus élevé au niveau de la vue personnel soignant que de la vue service des approvisionnements (R^2 = 18,40% versus R^2 = 12,80%).

Tableau 5.41 : Résultats des régressions (méthode stepwise) pour la dimension flexibilité de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2= 51)

	Vue personnel soignant		Vue service des approvisionnements	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	-0,239	0,005***		
Variables indépendantes				
Confiance			0,382	0,003***
Engagement				
Communication				
Procédures				
Échanges d'informations	0,400	0,000****		
Coordination				
Participation				
Gestion des divergences				
Adaptation	0,139	0,062*		
R^2 ajusté	18,40%	0,000****	12,80%	0,006***
ΔR^2	18,40%	0,000****	12,80%	0,006***

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Trois remarques intéressantes se dégagent du Tableau 5.41 :

(1) Au niveau de la vue personnel soignant, plus la taille de l'organisation est petite, plus elle tend à être flexible. Ce constat est intéressant, puisqu'il confirme qu'en général, plus la taille est petite, plus les pratiques de gestion sont flexibles, plus les groupes de professionnels ont l'impression d'être impliqués dans le processus décisionnel et d'avoir une plus grande autonomie. Il est important de noter que l'expérience de la fusion des hôpitaux B et C a été un échec. En général, la fusion implique des changements structurels formels et une perte d'autonomie et de souplesse. Par exemple, les causes de la défusion de ces hôpitaux sont, entre autres, le manque de collaboration du personnel soignant et les déplacements d'un endroit à l'autre. Pour le service des approvisionnements, la taille ne joue pas de rôle significatif.

(2) Plus le service des approvisionnements échange des informations fréquemment et de façon informelle, et adapte leurs activités de réapprovisionnement aux besoins du personnel soignant, plus ce dernier va être flexible auprès de son partenaire. Par contre, pour le personnel soignant ces deux dimensions ne semblent pas jouer un rôle significatif lors des échanges relationnels avec le service des approvisionnements.

(3) Pour le service des approvisionnements, la confiance joue un rôle significatif sur la flexibilité contrairement au personnel soignant. Tel que dit précédemment, la confiance signifie la volonté de se fier à un partenaire lors des échanges. En fait, la confiance génère un sentiment de sécurité et leur permet une plus grande liberté de manœuvre augmentant ainsi la flexibilité.

Le Tableau 5.42 illustre que le pourcentage de variance expliquée pour la dimension coût est légèrement plus élevé au sein de la vue service des approvisionnements que de la vue personnel soignant (R^2 =18,60% versus R^2 = 18,20%).

Tableau 5.42 : Résultats des régressions (méthode stepwise) pour la dimension coût de la vue personnel soignant (n_1 = 104) et de la vue service des approvisionnements (n_2 = 51)

	Vue personnel soignant		Vue service des approvisionnements	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	-0,162	0,041**	-0,200	0,074*
Variables indépendantes				
Confiance				
Engagement	0,205	0,013**	0,214	0,061*
Communication				
Procédures			0,331	0,013**
Échanges d'informations	0,372	0,000****	-0,379	0,006***
Coordination				
Participation				
Gestion des divergences				
Adaptation				
R^2 ajusté	18,20%	0,082*	18,60%	0,009***
ΔR^2	18,20%	0,082*	18,60%	0,009***

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Les résultats nous permettent également de déceler certaines similitudes entre les deux vues au niveau de la dimension coût. Ainsi, plus la taille du centre hospitalier est petite, plus les professionnels provenant de la vue personnel soignant et de la vue service des approvisionnements attribuent une plus grande importance à l'égard du coût des biens et des services. En fait, les établissements de santé de petite taille bénéficient de ressources financières plus limitées que celles de grande taille les encourageant donc à réaliser les économies nécessaires entre autres sur les achats et à gérer les biens et les services de la façon la plus efficace et efficiente possible. Généralement, les hôpitaux de petite taille ne bénéficient pas des économies d'échelle dont profitent les grands hôpitaux car ils ont un pouvoir de négociation plus faible au niveau du réapprovisionnement. Ces derniers surmontent cet inconvénient en collaborant avec la corporation d'achats car c'est un moyen de réduire la charge de travail et ainsi de consacrer plus de temps à d'autres dossiers. Selon certains répondants du service des approvisionnements, ce phénomène

de consolidation des contrats d'approvisionnements est inévitable car les hôpitaux de petite taille ne génèrent pas de volumes d'achats suffisants pour avoir un réel pouvoir de négociation vis-à-vis des fournisseurs. De plus, tel que mentionné au second chapitre, les fusions des établissements de la santé peuvent entraîner des gains d'efficacité, mais cela n'est pas garanti. Les hôpitaux de petite taille sont en mesure de mieux tirer parti d'une fusion sur le plan de l'efficience économique. Cependant, en dépit des gains d'efficacité potentiels, ceux-ci risquent de connaître des revirements à la baisse de leur financement et indique une augmentation des dépenses après la fusion. C'est le cas des hôpitaux B et C, ces derniers ont défusionné, entre autres, pour ces motifs.

De plus, l'engagement lors des échanges relationnels semble jouer un rôle significatif et positif sur la dimension coût. Tel que mentionné au second chapitre, l'engagement fait référence à la volonté de voir la relation continuer à long terme et au désir de développer une relation stable. À partir du moment où le niveau d'engagement des partenaires demeure élevé, ceux-ci seront plus enclins à déployer des efforts supplémentaires afin de maintenir les objectifs. En outre, un fort degré d'engagement permet ainsi de limiter les coûts de transaction et d'organisation.

Deux remarques intéressantes se dégagent du Tableau 5.42 :

(1) La dimension procédures a un impact significatif sur la notion de coût pour le service des approvisionnements. Ainsi, lorsque les documents relatifs aux tâches, aux activités et aux fréquences sont clairs et détaillés, cela permet de réduire les coûts d'opération. Pour le personnel soignant les procédures ne jouent pas un rôle significatif.

(2) Enfin, pour le personnel soignant, les échanges d'informations ont une influence positive sur le coût contrairement au service des approvisionnements où la valeur est négative. Ces résultats permettent d'affirmer que pour le premier groupe (n =

104) lorsqu'il y a souvent des échanges d'informations et de manière informelle avec leur partenaire, les coûts tendent à augmenter. En fait, la diminution des échanges permettrait des économies tout en dégageant le corps médical des tâches de réapprovisionnement leur permettant ainsi de consacrer plus de temps aux soins des patients. De fait, le temps, ressource la plus précieuse du personnel soignant, est aussi considéré comme une denrée rare et est consacré en partie au service des priorités organisationnelles et non aux soins médicaux. Toutefois, pour le second groupe (n = 51), plus il y a un partage des informations, plus les coûts relatifs au réapprovisionnement semblent diminuer. Les informations que le service des approvisionnements reçoivent leurs permettent ainsi de faire une meilleure analyse des ressources nécessaires pour rencontrer les besoins du personnel soignant.

Suite à ces résultats, il est donc possible de conclure que la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements ont des comportements distinctifs en ce qui concerne les indicateurs communs ainsi que les dimensions de la performance.

CHAPITRE 6 : CONCLUSION

Pour conclure, nous vous présenterons d'abord les principaux résultats et faits saillants obtenus au cours de cette recherche (section 6.1). Ensuite, les limites et les contraintes d'ordre méthodologique et conceptuel auxquelles l'interprétation des résultats de la présente thèse est soumise, sont exposées à la section 6.2. Les principales contributions sur le plan théorique et sur le plan pratique sont présentées à la section 6.3. Enfin, différentes avenues de recherche sont suggérées à la section 6.4.

6.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS

Cette étude a été réalisée en deux principales phases de recherche où différents types de méthodes de collecte des données ont été utilisées. Nous allons effectuer un retour sur les principaux résultats de la phase qualitative (section 6.1.1) et de la phase quantitative (section 6.1.2).

6.1.1 Faits saillants de l'étude de terrain

Le premier objectif de la phase qualitative visait à brosser un portrait précis, exhaustif et multidimensionnel du réapprovisionnement hospitalier. Une revue de littérature ainsi que l'étude des cas menée dans trois hôpitaux et une corporation d'achats auprès de 48 professionnels auront permis de mieux cerner les caractéristiques de la fonction réapprovisionnement.

Les résultats des analyses qualitatives ont démontré que :

(i) La fonction réapprovisionnement est structurée et formelle ;

(ii) Cette fonction est fragmentée entre plusieurs groupes de professionnels. On distingue trois vues (personnel soignant, service des approvisionnements,

corporation d'achats) qui ont des rôles et des responsabilités divergents mais qui entretiennent des relations dynamiques entre eux ;

(iii) Cette fonction est tributaire des systèmes d'information et de plates-formes d'achats publics ;

(iv) Le réapprovisionnement des unités de soins en fournitures peut s'effectuer selon différents modes. Chacun de ces modes présente un fonctionnement qui leur est propre. Nous pouvons observer certaines similitudes et divergences quant aux modes de réapprovisionnement utilisés dans les hôpitaux ;

(v) Les processus de réapprovisionnement diffèrent d'une vue à l'autre et entre les établissements au sein d'une même vue ;

(vi) L'ensemble des groupes de professionnels (personnel soignant, service des approvisionnements et corporation d'achats) privilégie 53 indicateurs de performance qui sont regroupés en huit dimensions (fiabilité, flexibilité, coût, temps, qualité, quantité, disponibilité et satisfaction). Les trois vues partagent un nombre très restreint d'indicateurs, soit cinq indicateurs. Cependant, entre deux vues regroupées, on constate un plus grand nombre d'indicateurs de performance (IP) en commun. La vue personnel soignant et la vue service des approvisionnement ont 16 IP communs tandis que cette dernière et la vue corporation d'achats comptent 22 IP communs, puis le personnel soignant et la corporation d'achats partagent 7 IP. Par ailleurs, il y a des indicateurs spécifiques à chacune des vues : le service des approvisionnements en possède 14 et la corporation en détient deux.

6.1.2 Faits saillants de l'enquête par questionnaire

Le premier objectif de la phase quantitative de recherche tentait d'établir empiriquement l'existence de convergences et de divergences entre les vues au niveau de l'importance des dimensions de la collaboration ainsi que de la performance. Ainsi, la proposition de recherche P1 a été validée, démontrant que les vues ne priorisent pas de la même façon les dimensions de collaboration et les indicateurs de performance en commun. Par exemple, il y a une faible concordance au niveau de la dimension communication mais réelle entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements. Aussi, lorsque l'on observe les liens collaboratifs entre le service des approvisionnements et la corporation d'achats, on remarque que la première vue priorise la communication alors que la seconde vue privilégie les échanges d'informations. Au niveau des indicateurs de performance communs entre les vues, on constate que le personnel soignant priorise la *disponibilité des fournitures* (DISP1) alors que le service des approvisionnements donne la priorité à la *qualité des fournitures* (QUAL1). Lorsque l'on observe les résultats entre le service des approvisionnements et la corporation d'achats, la première vue privilégie les *fournisseurs rencontrant les conditions de service* (FIAB3) alors que la seconde vue, la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8). Enfin, en ce qui concerne les indicateurs communs entre le personnel soignant et la corporation d'achats, la première vue classifie le *temps de réponse du service des approvisionnements* (FX2) au 3e rang alors que la seconde vue le met au 4e rang.

Le second objectif de cette thèse avait pour but de déterminer empiriquement l'influence relative des variables explicatives sur chacune des variables dépendantes du modèle de recherche (proposition de recherche P2). Les analyses effectuées démontrent clairement que les dimensions de collaboration jouent un rôle significatif sur les indicateurs de performance en commun entre les vues et que certaines dimensions sont plus étroitement associées à une variable dépendante. Par exemple, les coefficients bêtas standardisés permettent d'affirmer que la dimension procédures est reliée significativement et positivement à tous les indicateurs en commun entre la vue personnel soignant et la vue

service des approvisionnements. En ce qui a trait au service des approvisionnements et à la corporation d'achats, c'est la dimension confiance qui semble jouer un rôle important sur quatre indicateurs de performance (FB8, COÛT1, C1 et QT1). De plus, d'après les résultats des régressions pour la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats, la dimension participation représente le plus fort déterminant pour QUAL1 et pour S1. Par contre, la taille (variable de contrôle) semble jouer un rôle secondaire.

Le troisième objectif tentait d'analyser l'effet modérateur de l'appartenance à chaque vue (proposition de recherche P3). Les analyses démontrent que les dimensions de collaboration (variables indépendantes) et la taille (variable de contrôle) n'ont pas le même effet sur les indicateurs de performance (variables dépendantes) selon les niveaux de la variable modératrice (vue). Ainsi, l'adaptation représente une dimension ayant un effet positif et significatif sur la *disponibilité des fournitures* (DISP1) pour le service des approvisionnements mais cette dimension de collaboration semble être l'inverse pour le personnel soignant. Également, pour la corporation d'achats, la gestion des divergences a un impact négatif sur les *fournisseurs rencontrant les conditions de service* (FIAB3) mais pour le service des approvisionnements, cette dimension a un impact positif sur cet indicateur. De plus, pour le personnel soignant et la corporation d'achats, les procédures ont un effet positif sur la *satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement* (S1). Cependant, cette dimension est plus significative pour la corporation d'achats.

Enfin, l'analyse complémentaire démontre clairement que la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements ont des caractéristiques distinctives concernant les indicateurs de performance communs et les dimensions de la performance. Au niveau des indicateurs, la *disponibilité des fournitures* (DISP1) et la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) sont considérées comme étant essentielles pour le service des approvisionnements alors que le personnel soignant privilégie le *temps passé pour faire l'inventaire des besoins* (T4). Au niveau des dimensions de la performance,

le personnel soignant accorde une plus grande importance à la fiabilité, à la qualité, à la quantité et à la satisfaction tandis que pour le service des approvisionnements, les dimensions les plus importantes sont la flexibilité, le coût, le temps et la disponibilité.

.

6.2 LIMITES ET CONTRAINTES

Les deux premières limites de cette thèse correspondent aux choix méthodologiques de la stratégie de recherche qui comporte deux phases. La première limite de cette thèse est liée à la première phase de la stratégie de recherche, l'étude de cas. Bien que l'avantage de cette méthode consiste à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte, elle offre une faible validité externe. La question qui émerge est jusqu'à quel point sommes-nous en mesure de transférer les résultats obtenus et d'appliquer les conclusions dégagées à d'autres cas ? Selon Gagnon (2005), « l'accroissement du nombre de cas étudiés contribue *de facto* à augmenter la validité externe des résultats produits ». Pour palier à ce problème, les études de cas sont multiples et sont en effet menées en profondeur dans quatre organisations. Leur validité externe est donc accrue, grâce à l'utilisation de plusieurs cas et de multiples niveaux d'analyse, nous permettant ainsi de vérifier nos propositions de recherche. La deuxième limite correspond à la deuxième phase de la stratégie de recherche d'enquête par questionnaire. Le recours à un questionnaire pour les fins d'enquête permet d'obtenir un large échantillon des données dans un format commun à l'ensemble des répondants. Cette méthode de collecte permet aussi d'obtenir une grande quantité d'informations et de pouvoir les comparer. L'une de ces limites est la difficulté pour le répondant de nuancer ses réponses. Pour palier à ce problème, la phase de pré-test réalisée à l'aide d'entrevues individuelles avec des professionnels provenant de chacune des vues a permis d'ajuster le questionnaire pour tenir compte de leurs commentaires. De plus, le questionnaire a été répondu de deux façons : (i) l'intervieweur a effectué des entrevues en tête a tête et (ii) par téléphone. Ces manières de faire exigent de disposer d'un certain temps mais a permis d'atteindre un taux de réponse supérieur à celui qu'aurait obtenu un

questionnaire auto-administré. Notons que les deux phases de la stratégie de recherche permettant de compenser mutuellement les limites de chacune de ces phases.

La troisième limite est liée à l'échantillon, et ce, pour chacune des deux phases. Pour l'étude de terrain, l'échantillon s'est limité à trois hôpitaux et à une corporation d'achats. Quoique acceptable avec 163 répondants, la taille de l'échantillon pour l'enquête aurait pu être plus grande compte tenu que les analyses exigent la fragmentation de cette dernière en trois vues. Une faible proportion des répondants se retrouvent dans la vue corporation d'achats, ce qui est représentatif de la réalité. Cette caractéristique contribue à rehausser la validité externe des résultats de cette étude. Mais, un échantillon composé d'une autre corporation d'achats issue d'une autre région avec d'autres établissements membres de cette organisation aurait contribué à accroître la validité et la fiabilité des résultats obtenus. Également, les organisations de notre échantillon font partie de la même région. Il est donc possible d'envisager que nos résultats puissent être généralisés à d'autres régions car les hôpitaux et la corporation reposent sur des activités de réapprovisionnement qui sont très similaires.

La quatrième limite est d'ordre conceptuel. Contrairement aux neuf dimensions qui sous-tendent la collaboration, les variables dépendantes n'ont pas été relevées lors de la revue de littérature mais bien lors des entrevues réalisées auprès de différents types de professionnels issus des trois vues, ce qui a permis de passer de 147 indicateurs de performance à 53 et ensuite de les regrouper en huit dimensions de la performance. Au total, 48 entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès des professionnels provenant de trois hôpitaux et de la corporation d'achats. Notons que la pertinence des variables de recherche retenues a été renforcée par les pré-tests auprès de 11 professionnels : l'élimination de plusieurs indicateurs de performance ou de leurs regroupement lors des entrevues et des pré-tests a rendu le questionnaire plus court augmentant ainsi le taux de réponse à l'enquête. En raison du rôle clé des variables dépendantes dans le cadre de notre recherche, nous avons porté une emphase prononcée sur ces dernières lors des

entrevues. Enfin, la robustesse de l'alpha de Cronbach et des résultats montrent que le choix des variables est approprié.

6.3 CONTRIBUTIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES

Les implications des résultats de la présente recherche sont d'ordre théorique et pratique. Premièrement, du point de vue théorique, la première contribution concerne la compréhension accrue des processus de collaboration, soit le caractère volontaire des relations d'échanges en matière de réapprovisionnement. Ainsi, l'identification et la modélisation de la fonction réapprovisionnement ont permis de mettre en évidence l'ensemble des flux entre les acteurs internes de l'hôpital, mais aussi vis-à-vis des acteurs externes de l'hôpital. Grâce à cette représentation, on peut analyser les structures de communication et de décisions horizontales et verticales. Dans ce contexte, la modélisation devient un levier important pour la gestion des processus des organisations de la santé, et par le fait même de la performance.

Deuxièmement, cette étude contribue à la littérature sur l'évaluation financière et non-financière des organisations de la santé publiques au niveau du réapprovisionnement. Cette recherche met en évidence une liste d'indicateurs de performance privilégiés par les groupes de professionnels de la santé et nous permet de mieux comprendre leurs pratiques en matière de gestion de la performance. L'étude révèle en effet que les groupes de professionnels n'ont pas les mêmes préoccupations de gestion en matière de réapprovisionnement.

Troisièmement, cette recherche démontre que les groupes de professionnels privilégiant les mêmes indicateurs ne leur accordent pas le même degré d'importance. Nos résultats permettent de mieux cerner les rôles et les responsabilités de chacun des groupes de professionnels dans la gestion de la fonction réapprovisionnement et de clarifier leurs priorités.

Quatrièmement, nos résultats suggèrent que les groupes de professionnels entretenant des relations d'échanges ont la volonté de développer et de maintenir une relation durable avec leur partenaire (engagement) lors du réapprovisionnement mais dans l'ensemble les dimensions de collaboration ne sont pas perçues de façon identique par chacun de ces groupes. En effet, la communication semble très significative et le manque de coordination est manifeste entre les groupes de professionnels.

Cinquièmement, cette recherche démontre empiriquement l'effet important du niveau de collaboration sur la performance entre les groupes de professionnels. En effet, les résultats démontrent que certaines dimensions qui sous-tendent la collaboration semblent jouer un rôle plus important que d'autres sur les indicateurs de performance. Notons aussi que dans cette recherche, nous ne mesurons pas le degré de collaboration mais bien l'importance du niveau de collaboration perçu par les groupes de professionnels de la santé lors des échanges relationnels. En fait, la variance de la collaboration aurait pu se partager en deux volets, soit (i) l'importance du niveau de collaboration perçu (tout à fait en désaccord à tout à fait en accord) ou (ii) le degré de collaboration (peu à beaucoup). À mon humble avis, avant de connaître le degré de collaboration, il était nécessaire de comprendre et de savoir comment elle est vécue et perçue entre les différents groupes de professionnels lors du réapprovisionnement.

Sixièmement, nos résultats suggèrent que les groupes de professionnels modèrent par la force les dimensions de la collaboration ainsi que sur la performance. En effet, nos résultats démontrent que cette relation est modérée par certaines caractéristiques des relations qu'ont chaque groupe avec son partenaire lors du réapprovisionnement. Ainsi, il apparaît que certaines variables explicatives n'ont pas le même impact sur la performance selon le groupe de professionnels. De plus, nous avons établi que ces effets de modération peuvent certaines fois être positifs et d'autres fois être négatifs. Par contre, nos résultats ont permis de mettre en évidence que les effets de modération n'affectent pas toujours la relation entre une variable explicative et une variable

dépendante de la même façon. Enfin, du point de vue théorique, nos résultats de recherche démontrent que les groupes de professionnels impliqués dans la fonction réapprovisionnement ont des comportements distinctifs concernant l'importance des indicateurs communs ainsi que des dimensions de la performance.

Les implications pratiques de la recherche sont multiples. Tout d'abord, cette étude présente les particularités de la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé, les concepts relatifs à la collaboration et à la performance de façon générale, puis spécifique à ce secteur. Ceci permet ainsi aux établissements de la santé de maîtriser les concepts et les dimensions qui sous-tendent la collaboration et de cerner l'impact des arrangements organisationnels sur la performance entre les groupes de professionnels.

Ensuite, cette recherche s'est distinguée par rapport à plusieurs études en explorant la relation entre collaboration et performance dans les hôpitaux à but non lucratif, un milieu peu étudié jusqu'à maintenant. En fait, la littérature sur la collaboration et la performance abonde des travaux de recherche sur les hôpitaux à but lucratif. Cette recherche vise à démontrer le rôle et l'importance des dimensions qui sous-tendent la collaboration en tant qu'actif productif essentiel au maintien et au développement de liens coopératifs. Les résultats empiriques auront ainsi des implications normatives importantes pour les décideurs, puisqu'elle permettra de mieux visualiser les forces et les faiblesses lors des relations d'échanges entre les groupes de professionnels et les organisations et de mettre en place des moyens qui contribueront à améliorer leurs relations. Aussi, cette recherche devrait permettre de mieux comprendre la dynamique et la nature de la collaboration entre les groupes de professionnels et les organisations du secteur de la santé.

De plus, la modélisation des processus permet de décrire la situation actuelle du secteur hospitalier, de comprendre et de visualiser qui fait quoi, comment et avec qui lors des échanges relationnels. La modélisation permet d'identifier les sources de pertes et de

construire une démarche d'amélioration structurée pour créer un flux à forte valeur ajoutée. Cette démarche permet aux organisations de la santé de tirer le maximum des ressources, d'éliminer les tâches redondantes, d'externaliser les activités vers des aspects plus stratégiques contribuant donc à améliorer leurs performances opérationnelles. Les flux ainsi modélisés permettent à l'organisation de disposer d'une cartographie de ses processus qu'elle peut alors analyser et mesurer sa performance par des indicateurs clés. Cette étude a aussi permis d'identifier les points communs entre les trois groupes de professionnels issus de quatre organisations pour la mise en œuvre et le suivi de la collaboration. En fait, les résultats démontrent cinq indicateurs de performance qui font l'objet d'un consensus entre ces groupes dont deux indicateurs de fiabilité (FB5 et FB8) et trois indicateurs de qualité (QL1, QL2 et QL3).

Enfin, les indicateurs de performance identifiés pourraient aider les établissements de la santé à mettre en œuvre un système de gestion de la performance afin de rendre opérationnelle la stratégie de l'organisation, à orienter son action et améliorer ou optimiser les processus relatifs à la fonction réapprovisionnement. Enfin, ces indicateurs de performance permettront d'optimiser, d'évaluer et de contrôler la qualité de ces processus.

6.4 NOUVELLES PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Cette thèse ouvre différentes perspectives sur d'autres pistes de recherche.

Tout d'abord, il serait pertinent de poursuivre la démarche avec des hôpitaux et des corporations d'achats issus d'autres régions afin d'accroître la validité externe des résultats obtenus permettant ainsi de vérifier s'il y a les divergences et convergences. Il serait aussi intéressant de viser les établissements qui n'ont pas implanté le système d'information SAP R/3 et pousser la comparaison avec ceux qui l'ont implanté.

Une autre perspective intéressante serait de comprendre l'influence des applications des plates-formes de commerce électronique sur la collaboration et la performance entre individus, groupes ou organisations lors du réapprovisionnement.

Enfin, il serait pertinent de suivre l'évolution de 163 professionnels de la santé qui ont participé à cette recherche dans le cadre d'une étude longitudinale, puisque cette thèse examine le niveau de collaboration et la performance à un moment précis dans le temps. Or, le niveau de collaboration perçu et l'importance des indicateurs de performance peuvent fluctuer en fonction de l'environnement, évolution qui serait fort intéressante à suivre au cours des prochaines années quant le secteur hospitalier sera encore plus fortement sollicité par le vieillissement de la population.

BIBLIOGRAPHIE

ABRANSON, J.S. et ROSENTHAL, B.B. (1995). "Interdisciplinary and interorganizational collaboration", *Encyclopaedia of social work*, Washington, DC: NASW Press, 1479-1489.

ACHROL, R. (1991). "Evolution of the Marketing Organization: New Forms for Turbulent Environments", *Journal of Marketing*, 55, no. 4, 77-93.

ACHROL, R.S. (1997). "Changes in the Theory of Interorganizational Relations in Marketing", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25, no. 1, 56-72.

ACKOFF, R. (2000). *Re-creating the Corporation: A Design of Organizations for the 21st Century*, Oxford University Press, New York, 336p.

AIKEN, M. et HAGE, J. (1968). "Organization interdependence and interorganizational structure", *American Sociological Review*, 33, no. 6, 912-930.

AIKEN, M., DEWAR, R., DITOMASO, N., HAGE, J. et ZEITZ, G. (1975). *Coordinating Human Services*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

ALDRICH, H. (1976). "Resource Dependence and Interorganizational Relations, Local Employment Services Offices and Social Services Sector Organizations", *Administration and Society*, 7, no. 4, 419-454.

ALDRICH, H. (1979). *Organizations and environments*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

ALDRICH, H. (1979). Organizations*: A quantum view*, Englewood, Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.

ALDRICH, H. (1982). "The origins and persistence of social networks", P.V. Marsden et N. Lin (éd.), *Social structure and network analysis*, Sage, Beverly Hill, CA, 281-293.

ALEXANDER, E.R. (1995). *How organization act together: Interorganizational coordination in theory and practice*, Australia: Gordon and Breach.

ALEXANDER, J.A., HALPERN, M.T. et LEE, S.Y.D. (1996). "The Short-Term Effects of Merger on Hospital Operations", *Health Services Research*, 30, no. 6, 827-847.

ALPERT, H.B., GOLDMAN, L.D., KILROY, C.M. et PIKE, A.W. (1992). "Seven Gryzmish : Toward an Understanding of Collaboration", *Nursing Clinics of North America*, 27, no. 1, 47-60.

ALTER, C. (1990). "An Exploratory Study of Conflict and Coordination in Interorganizational Service Delivery Systems", *Academy of Management Journal*, 33, no. 3, 478-502.

ALTER, C. et HAGE, J. (1993). *Organizations Working Together*, Newbury Park, California : Sage Publications.

AMIT, R. et SCHOEMAKER, P.J.H. (1993). "Strategic assets and organizational rent", *Strategic Management Journal*, 14, no. 1, 33-46.

ANDERSON, J.M. (2000). "Gender, race, poverty, health and discourses of health reform in the context of globalization: A post-colonial feminist perspective in policy research", *Nursing Inquiry*, 7, no. 4, 220-229.

ANDERSON, E.L., LODISH, L. et WEITZ, B. (1987). "Resource allocation behavior in conventional channels", *Journal of Marketing research*, 24, no. 1, 85-97.

ANDERSON, R.A. et MCDANIEL R.R. (2000). "Managing Health Care Organizations: Where Professionalism Meets Complexity Science", *Health Care Management Review*, 25, no. 1, 83-92.

ANDERSON, J.C. et NARUS, J.A. (1990). "A Model Of Distributor Firm And Manufacturer Firm Working Partnerships", *Journal of Marketing*, 54, no. 1, 42-59.

ANDERSON, E. et WEITZ, B. (1989). "Determinants of Continuity in Conventional Industrial Channel Dyads", *Marketing Science*, 8, no. 4, 310-323.

ANDERSON, E. et WEITZ, B. (1992). "The use of pledges to build and sustain commitment in distribution channels", *Journal of Marketing Research*, 29, no. 1, 18-34.

ANDREPOULOS, S. (1997). "The Folly of Teaching Hospital Mergers?", *The New England Journal of Medicine*, 336, no. 1, 61-64.

ANDREWS, K.R. (1971). *The Concept of Corporate Strategy*, Irwin, Homewood.

ANGLE, H. et PERRY, J. (1981). "An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness", *Administrative Science Quarterly*, 26, no.1, 1-14.

ANGROSINO, M.V. et PEREZ, K.A.M. (2000). "Rethinking observation: from method to context", N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (éd.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 673-702.

ANSOFF, H.I. et MCDONELL, E.J. (1990). *Implanting Strategic Management*, Prentice-Hall.

ARGOTE, L. et INGRAM, P. (2000). "Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82, no. 1, 150-169.

ARPIN, P. (1999). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Québec, MSSS, 67p.

ASHMOS, D.P., DUCHON, P. et MCDANIEL, R.R. (2000). "Physicians and decisions: A simple rule for increasing connections in hospitals", *Health Care Management Review*, 25, no. 1, 109-115.

ASHMOS, D.P., HUONKER, J.W. et MCDANIEL, R.R. (1998). "Participation as a complicating mechanism: The effect of clinical professional and middle manager participation on hospital professional", *Health Care Management Review*, 23, no. 4, 7-20.

ASSEAL, H. (1969). "Constructive role of interorganizational conflict", *Administrative Science Quarterly*, 14, no. 4, 573-582.

ASTLEY, W.G. et ZAJAC E.J. (1991). "Intraorganizational power and organizational design: Reconciling rational and coalitional models of organization", *Organization Science*, 2, no. 4, 399-411.

AUTRY, P. et THOMAS, D. (1986). "Competitive Strategy in the Hospital Industry", *Health Care Management Review*, 11, no. 1, 7-14.

BABBIE, E. (2001). *Practice of social research*, Ed. Belmont, CA: Wadsworth Thomson Learning.

BADACH, J. et ECCLES, R. (1989). "Price, authority, and trust: From ideal types to plural forms", *Annual Review of Sociology*, 15, no. 1, 97-118.

BAGGS, J. et SCHMITT, M. (1988). "Collaboration Between Nurses and Physicians", *Image Journal of Nursing Scholarship*, 20, no. 3, 145-149.

BAILEY, D. et KONEY, K.M. (2000). *Strategic alliances among health and human services organizations: From affiliations to consolidations*, Thousand Oaks: Sage Publications.

BARON, R. et KENNY, D. (1986). "The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations", *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, no. 6, 1173-1182.

BARTLETT, C.A. et GHOSPAL, S. (1990). "The multinational corporation as an interorganizational network", *Academy of Management Review*, 15, no. 4, 603-625.

BAUM, J.A.C. (1996). *Organizational ecology*, S.R. Clegg, C. Hardy et W.R. Nord (éd.), Handbook of Organization Studies, Thousand Oaks: Sage, 77-114.

BAZZOLI, G.J., CHAN, B., SHORTELL, S.M. et D'AUNNO, T. (2003). "The financial performance of hospitals belonging to health networks and systems", *Inquiry*, 37, no. 3, 234-252.

BAZZOLI, G.J., LOSASSO, A., ARNOULD, R. et SHALOWITZ, M. (2002). "Hospital Reorganization and Restructuring Achieved Through Merger", *Health Care Management Review*, 27, no. 1, 7-20.

BEAMON, B.N. (1999). "Measuring supply chain performance", *International Journal of Operations & Production Management*, 19, no. 3, 275-292.

BEAUDRY, B. (1994). "De la confiance dans la relation d'emploi ou de sous-traitance", *Sociologie du travail*, 36, no. 1, 43-61.

BEAULIEU, M., DUHAMEL, C. et MARTIN, R. (2004). "Intégrer les considérations logistiques au réaménagement d'un bloc opératoire", *Logistique et Management*, numéro spécial, 93-99.

BECKER, H, GEER, B., Hughes, E. C. et STRAUSS, A. L. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*, Chicago: University of Chicago Press.

BEEKUM, R.I. et GINN, G.O. (1993). "Business Strategy and Interorganizational Linkages Within the Acute care Hospital Industry: An Expansion of the Miles and Snow Topology", *Human Relations*, 46, no. 11, 1291-1318.

BEGUN, J.W. et KAISSI, A.A. (2004). "Uncertainty in Health Care Environments: Myth or Reality ?", *Health Care Management Review*, 29, no. 1, 31-39.

BENSAOU, M. et VENKATRAMAN, N. (1995). "Configurations of interorganizational relationships: A comparison between U.S. and Japanese Automakers", *Management Science*, 41, no. 9, 1471-1492.

BERG, M. (2001). "Implementing information systems in health care organizations: Myths and challenges", *International Journal of Medical Informatics*, 64, no. 2/3, 143-156.

BERGER, P. et LUCKMANN, T. (1966). *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*, Doubleway, Garden City N.Y.

BERGQUIST, W. (1993). *The Post Modern Organization: Mastering the Art of Irreversible Change*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

BERKOWITZ, B. (2000). "Collaboration for health: models for state, community and academic partnerships", *Journal of Public Health Management and Practice*, 6, no. 1, 67-72.

BERKOWITZ, B. et WOLFF, T. (2000). *The Spirit of the Coalition*, American Public Health Association.

BERRY, L.L. et PARASURAMAN, A. (1991). *Marketing Services – Competing Through Quality*, New York : Free Press.

BERTALANFFY, L.V. (1950). *A systems view of man*, Boulder, CO : Western Press.

BERTALANFFY, L.V. (1962). "General System Theory – A critical review", *General Systems*, 7, no. 1, 1-20.

BETTENHAUSEN, K.L. (1991). "Five Years of Groups Research : What we Have Learned and What Needs to Be Addressed", Journal of Management, 17, no. 2, 345-381.

BLAIR, J.D. et FOTTLER, M.D. (1990). *Challenges in Health Care Management: Strategic Perspectives on Managing Key Stakeholders*, San Franciso, CA Josey Bass, 372p.

BLAU, P. (1964). *Exchange and Power in Social Life*, New York: John Wiley & Sons.

BLAU, P.M. (1974). "Parameters of social structure", *American Sociological Review*, 39, no.5, 615-635.

BLAU, P.M. et SCOTT, W.R. (1962). *Formal Organizations: A Comparative Approach*, San Francisco, Chandler Publishing Company, 312p.

BLEEKE, J. et ERNST, D. (1993). *Collaborating to compete: using Strategic Alliances and Acquisitions in the Global Market Place*, McKinsey & Co., Inc.

BLOIS, K. (1999). "Trust in business-to-business relationships: An evaluation of its status", *Journal of Management Studies*, 36, no. 2, 197-217.

BLOUIN, J.P., BEAULIEU, M. et LANDRY, S. (2001). "Systèmes de réapprovisionnement des unités de soins: description et implications organisationnelles", *Logistique & Management*, 9, no 2, 43-53.

BLUMBERG, R.L. (1987). *Organizations in contemporary society*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

BOGUE, R.J., SHORTELL, S.M., SOHN, M.W., MANHEIM, L.M., BAZZOLI, G. et CHAN, C. (1995). "Hospital Reorganization after Merger", *Medical Care*, 33, no. 7, 676-686.

BOLLAND, J. M. et WILSON, J. V. (1994). "Three faces of integrative coordination: A model of interorganizational relations in community-based health and human services", *Health Services Research*, 29, no. 3, 341-366.

BOND, P. et WEISSMAN, R. (1997). "The Costs of Mergers and Acquisitions in the U.S. Health Care Sector", *International Journal of Health Services*, 27, no. 1, 77-87.

BORYS, B. et JEMISON, D.B. (1989). "Hybrid arrangements as strategic alliances : Theoretical issues in organizational combinations", *Academy of Management Review*, 14, no. 2, 234-249.

BOULDING, K. (1956). "General System Theory-The Skeleton of Science", *Management Science*, 2, no. 3, 197-208.

BOURGEOIS, L.J. (1985). "Strategic goals, perceived uncertainty and economic performance in volatile environment", *Academy of Management Journal*, 28, no. 3, 548-573.

BOURGEON, B., CONSTANTIN, A., KARALSZYK, J.F, PEDRINI, S., LANDRY, S., DIAZ, A. et ESTAMPE, D. (2001). "Évaluation des coûts de logistiques hospitalières en France et aux Pays-Bas", *Logistique & Management*, 9, no. 1, 81-87.

BOVET, D. et MARTHA, J. (2000). *Value Nets: Breaking the Supply Chain To Unlock Hidden Profits*, John Wiley, Chichester.

BOWERSOX, D.J. et CLOSS, D.J. (1996). *Logistical Management*, McGraw-Hill, 730p.

BOYD, B. (1990). "Corporate linkages and organizational environments: a test of resource dependence model", *Strategic Management Journal*, 11, no. 6, 419-430.

BRESSAND, A., DISTLER, C. et NICOLAÏDIS, A. (1989). "Vers une économie des réseaux", *Revue de Politique Industrielle*, no. 14, 155-168.

BRESSER, R.K. et HARL, J.E. (1986). "Collective strategy: Vice or Virtue?", *Academy of Management Review*, 11, no. 2, 408-442.

BRIGGS, F.R., FROMMELT, J.J. et ROTH, J.H. (1981). "How Hospital Consolidations Affect Revenues", *Topics in Health Care Financing*, 8, no. 1, 21-37.

BROWN, C.R. (1984). *The Art of Coalition Building: A Guide for Community Leaders*, New York: American Jewish Committee.

BUCHER, R. et STELLING, J.G. (1977). *Becoming professional*, Beverley Hills, CA: Sage Library of Social Research, 289p.

BURNETTE, S.W. (1994). "Efficient Materiel Handling and Distribution : A Design Perspective", *Hospital Materiel Management Quarterly*, 16, no. 2, 24-34.

BURNS, L., DEGRAAFF, R. et SINGH, H. (1999). "Acquisition of physician group practices by for-profit and not-for-profit organizations", *Quarterly Review of Economics and Finance*, 39, no. 4, 465-490.

BURNS, L.R., GIMM, G., NICHOLSON, S. et MULLER, R.W. (2005). "The Financial Performance of Integrated Health Organizations", *Journal of Healthcare Management*, 50, no. 3, 191-212.

BURNS, T. et STALKER, G.M. (1966). *The Management of Innovation*, Tavistock Publications Ltd, London, 269p.

BURT, R.S. (1980). "Cooptive Corporate Actor Networks: A Reconsideration of Interlocking Directorates Involving American Manufacturing", *Administrative Science Quarterly*, 25, no. 4, 557-581.

BURT, R.S., CHRISTMAN, K.P. et KILBURN, H.C. (1980). "Testing a structural theory of corporate cooptation: Interorganizational directorates as a strategy for avoiding market constraints on profits", *American Sociological Review*, 45, no. 5, 821-841.

BUTLER, R. et GILL, J. (1995). *Learning and knowledge in joint-ventures: The importance of trust*, British Academy of Management annual Conference, Sheffield.

BUTTERFOSS, F.D., GOODMAN, R.M. et WANDERSMAN, A. (1993). "Community coalitions for prevention and health promotion", *Health Education Research*, 8, no. 3, 315-330.

CALTON, J. et LAD, L. (1995). "Social contracting as a trust-building process of network governance", *Business Ethics Quarterly*, 5, no. 2, 271-295.

CAMPION, M., MEDSKER, G. et HIGGS, A (1993). "The relationship between work group characteristics and effectiveness", *Personnel Psychology*, 46, no. 4, 823-850.

CANNON, J.P. et PERREAULT, W.D. (1999). "Buyer-Seller Relationships in Business Markets", *Journal of Marketing Research*, 36, no. 4, 439-460.

CAPLOW, T. (1964). *Principles of Organization*, New York: Harcourt, Brace & World.

CASSAK, D. (1999). "Hospital supply's vapor chain", *In Vivo*, 13-28.

CATES, C.S. (1983). *Collaborative arrangements that support school improvement: A synthesis of recent studies*, Washington DC: National Institute of Education, ERIC, Document no. ED 264 653.

CERISIER (1999). *Environnements d'apprentissages collectifs en réseaux*, Groupe de recherche sur l'apprentissage et les médias en éducation, Paris.

CHAMPAGNE, F., LEDUC, N., BILODEAU, H., BLAIS, R., CLAPPERTON, I., LEHOUX, P., RIVARD, M., SICOTTE, C. et GOYETTE, P. (2001). *Évaluation de la Programmation régionale de soins ambulatoires et du Centre Hospitalier Ambulatoire Régional de Laval*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 155p.

CHAN, B., FELDMAN, R. et MANNING, W. (1999). "The Effects of Group Size and Group Economic Factors on Collaboration: A Study of Financial Performance of Rural Hospital in Consortia", *Health Services Research*, 34, no. 1, 9-31.

CHAN, T.S. et QI, H. (2003). "Feasibility of performance measurement system for supply chain : A process-based approach and measures", *Integrated Manufacturing Systems*, 14, no. 3, 179-190.

CHASKIN, R.J, BROWN, P., VENKATESH, S.A. et VIDAL, A. (2001). *Building community capacity*, New York: Aldine.

CHILD, J. (1987). "Information technology, organization, and the response to strategic challenges", *California Management Review*, 30, no. 1, 33-50.

CHILD, J. (2001). "Trust – The fundamental bond in global collaboration", *Organizational Dynamics*, 29, no. 4, 274-288.

CHOW, G. et HEAVER, T.D. (1994). "Logistics in the Canadian Health Care Industry", *Canadian Logistics Journal*, 1, no. 1, 29-73.

CHRISLIP, D.D. et LARSON, C.E. (1994). *Collaborative leadership : How citizens and civic leaders can make a difference*, San Francisco, CA : Jossey-Bass.

CHRISTENSEN, C.M., BOHMER, R. et KENAGY, J. (2000). "Disruptive Innovations Cure Health Care ?", *Harvard Business Review*, 78, no. 5, 102-120.

CHRISTIANSON, J.B., MOSCOVIE, I.S., JOHSON, J., KRALEWSKI, J. et GROGAN, C. (1990). "Evaluating Rural Hospital Consortia", *Health Affairs*, 9, no. 1, 135-147.

CHRISTOPHER, M. (1998). *Logistics and Supply Chain Management*, Prentice Hall, 294p.

CLAIR, M. (2000). *Emerging solutions – report and recommendations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 181p.

CLEMENT, J.P. (1987). "Does Hospital Diversification Improve Financial Outcomes?", *Medical Care*, 25, no. 10, 988-1001.

CLEMENT, J.P., MCCUE, M.J., LUKE, R.D., BRAMBLE, J.D., ROSSITER, L.F., OZCAN, Y.A. et PAI, C.W. (1997). "Strategic Hospital Alliances: Impact of Financial Performance", *Health Affairs*, 16, no. 6, 193-203.

CLEVERLY, W.O. et HARVEY, R.K. (1992). "Competitive Strategy For Successful Hospital Management", *Hospital and Health Services Administration*, 37, no. 1, 53-69.

COASE, R.H. (1937). *The nature of the firm*, Economica, 386-405.

CODDINGTON, D.C., FISCHER, E.A. et MOORE, K.D. (1996). *Making integrated health care work*, Englewood, Colo: Center for Research in Ambulatory Health Care Administration.

COHEN, P.D. (1982). "Community Health Planning from an Interorganizational Perspective", *American Journal of Public Health*, 72, no. 7, 717-721.

CONNER, R.A. FELDMAN, R.D., DOWD, B.E. et RADCLIFF, T.A. (1997). "Which types of hospital mergers save consumers money?", *Health Affairs*, 16, no. 6, 62-74.

CONRAD, A.D., (1993). "Coordinating patient care services in regional health systems : The challenge of clinical integration", *Hospital and Health Administration*, 38, 4, 491-508.

CONRAD, D.C. et SHORTELL, S.M. (1996). "Integrated Health Systems: A Comparative Study of System and Independent Hospitals", *Health Services Management*, 13, no. 1, 3-40.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. (2001). *Mutation des systèmes de santé*, Université de Montréal.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., POUVOURVILLE, G., POULLIER, J.P. et CONTANDRIOPOULOS, D. (2000). "À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXIe siècle", M.P. Pomey, J.P. Poullie et B. Lejeune (éd.), *Santé publique : États des lieux, enjeux et perspectives*, Paris, France: Ellipses Éditions Marketing, 637-667.

CONTRACTOR, F.J. et LORANGE, P. (1988). *Cooperative strategies in international business*, MA: Lexington Books.

COOK, K.S. (1977). "Exchange and power in networks of interorganizational relations", *Sociological Quarterly*, 18, no. 1, 62-82.

COOK, K.S. et EMERSON, R.M. (1978). "Power, Equity and Commitment in Exchange Networks", *American Sociological Review*, 43, no. 5, 721-739.

COOK, K.S., EMERSON, R.M., GILMORE, M.B. et YAMAGISHI, T. (1983). "The distribution of power in exchange networks: Theory and experimental results, American" *Journal of Sociology*, 89, no. 2, 275-305.

COTTELLI, J.J. (1994). "Health Care Reform and Hospital Supply Chain", *Hospital Materiel Management Quarterly*, 15, no. 3, 28-35.

COYNE, J.S. (1982). "Hospital Performance in Multihospital Systems: A comparative Study of System and Independent Hospitals", *Health Services Research*, 17, no. 4, 303-329.

CRAVENS, D.W., SHIPP, S.H. et CRAVENS, K.S. (1993). "Analysis of Co-operative Interorganizational Relationships, Strategic Alliance Formation, and Strategic Alliance Effectiveness", *Journal of Strategic Marketing*, 14, no. 1, 55-70.

CRESWELL, J.W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, Thousand Oaks: Sage Publications, 246p.

CUMMINGS, T. (1984). "Transorganizational development", B. Staw et L. Cummings (éd.), *Research in organizational behavior*, Greenwich, CT: JAI.

CYERT, R.M. et MARCH, J.G. (1963). *A Behavioral Theory of the Firm*, Oxford-Blackwell Business, 252p.

D'AMOURS, D., SICOTTE, C. et LEVY, R. (1999). "L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé", *Science Sociales et Santé*, 17, no. 3, 67-93.

D'AMOURS, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de la santé première ligne au Québec*, Thèse de doctorat, Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal.

DAFT, R.L. (1989). *Organization theory and design*, St Paul, MN: West.

DAFT, R.L. (2001). *Organization Theory and Design*, Cincinnati: Thomson Learning.

DAS, T. et TENG, B. (1998). "Between trust and control: Developing confidence in partner cooperation in alliances", *Academy of Management Review*, 23, no. 3, 491-512.

DAVIS, S. et MEYER, C. (1999). *Blur: The Speed of Change in the Connected Economy*, Reading MA: Addison-Wesley, 265p.

DEBER, R.B., MHATRE, S.L. et BAKER, G.R. (1994). "A Review of Provincial Initiatives", A.G. Blomquistand et D.M. Brown (éd.), *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in Age of Restraint*, Toronto: C.D. Howe Institute.

DENZIN, N. K. et LINCOLN, Y.S. (2000). "Rethinking observation: from method to context", *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 673-702.

DENZIN, N.K. (1978). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, McGraw Hill.

DESS, G.G. et BEARD, D.W. (1984). "Dimensions of Organizational Test Environments", *Administrative Science Quarterly*, 29, no. 4, 52-73.

DEUTSCH, M. (1962). "Cooperation and Trust: Some Theoretical Notes", M.R. Jone (éd.), *Nebraska Symposium on Motivation*, Omaha: University of Nebraska Press, 275-319.

DEUTSCH, M. (1969). "Conflicts: Productive and destructive", *Journal of Social Issues*, 25, no. 1, 7-41.

DEVLIN, G. et BLEACKLEY, M. (1988). "Strategic alliances – Guidelines for success", *Long Range Planning*, 21, no. 5, 18-23.

DILL, W.R. (1965). *Business Organizations*, J.G. March (éd.), Handbook of Organizations, Rand McNally.

DIMAGGIO, P.J. et POWELL, W.W. (1983). "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields", *American Sociological Review*, 48, no. 2, 146-160.

DODGSON, M. (1993). "Learning, Trust and Technological Collaboration", *Human Relations*, 46, no. 1, 77-94.

DONEY, P.M. et CANNON, J.P. (1997). "An Examination of the Nature of Trust in the Buyer-Seller Relationship", *Journal of Marketing*, 61, no. 2, 35-51.

DORE, R. (1983). "Goodwill and the spirit of market capitalism", *British Journal of Sociology*, 34, no. 4, 459-482.

DOUGLAS, T.J. et RYMAN, J.A. (2003). "Understanding competitive advantage in the general hospital industry: evaluating strategic competencies", *Strategic Management Journal*, 24, no. 4, 333-347.

DOZ, Y.L. (1992). "The Role of Partnerships and Alliances in the European Industrial Restructuring", K. Cool, D. Neven, et I. Walter (éd.), European *Industrial Restructuring in the 1990s*, London, MacMillan, 294-327.

DRANOVE, D. (1998). "Economies of Scale in Non-revenue Producing Cost Centers: Implications for Hospital Mergers", *Journal of Health Economics*, 17, no. 1, 69-83.

DRISCOLL, J.W. (1978). "Trust and Participation Organizational Decision Making as Predictors of Satisfaction", *Academy of Management Journal*, 21, no. 1, 44-56.

DUNCAN, R.B. (1973). "Characteristics of Organizational Environments and Perceived Environmental Uncertainty", *Administrative Science Quarterly*, 17, no.3, 313-327.

DUNCAN, R.B. (1973). "Multiple Decision-Making Structures in Adapting to Environmental Uncertainty: The Impact on Organizational Effectiveness", *Human Relations*, 26, no. 3, 273-291.

DURIEUX, D. (2001). "La décentralisation des hôpitaux : un enjeu pour la gestion des ressources humaines", *Revue hospitals.be*, no. 246.

DWYER, F.R. et OH, S. (1988). "A transactions cost perspective on vertical contractual structure and interchannel competitive strategies", *Journal of Marketing*, 52, no. 1, p.21-34.

DWYER, F.R., SCHURR, P.H. et OH, S. (1987). "Developing Buyer-Seller Relationships", *Journal of Marketing*, 61, no. 2, 35-51.

DYER, J.F. et SINGH, H. (1998). "The relational view: cooperative strategy and sources of interorganizational advantage", *Academy of Management Review*, 23, no. 4, 660-679.

DYER, J.H. (1996). "Specialized supplier network as a source of competitive advantage : Evidence from the auto industry", Strategic *Management Journal*, 17, no. 4, 271-291.

EASTAUGH, S.R. (1984). "Hospital Diversification and Financial Performance", *Health Care Management Review*, 17, no. 3, 19-31.

ECCLES, R.G. (1981). "The quasi-firm in the construction industry", *Journal of Economic Behavior and Organization*, 2, no. 4, 335-357.

EISENHARDT, K.M. (1989). "Building theories from case study research", *Academy of Management*, 14, no. 4, p.532-550.

ELIASHBERG, J. et MICHIE, D.A. (1984). "Multiple Business Goals Sets as Determinants of Marketing Channel Conflict: An Empirical Study", *Journal of Marketing Research*, 21, no. 3, 75-88.

ELKHAWAS, E. (1997). "The role of intermediary organizations", M.W. Peterson, D.D. Dill et L.A. Mets (éd.), *Planning and management for a changing environment*, San Francisco: Jossey-Bass, 66-87.

ELLRAM, L.M. (1995). "Partnering Pitfalls and Success Factors", *International Journal of Purchasing and Materials Management*, 31, no. 2, 35-45.

EMERSON, R. (1962). "Power-Dependence Relations", *American Sociological Review*, 27, no. 1, 31-41.

EMERSON, R.M. (1972). "Exchange theory, part II: Exchange relations and networks", J. Berger, M. Zelditch, Jr. et B. Anderson (éd.), *Sociological theories in Progress*, Boston: Houghton Mifflin, 58-87.

EMERY, F.E. et TRIST, E.L. (1965). "The causal texture of organizational environments", *Human Relations*, 18, no. 1, 21-32.

ERMAN, D. et GABEL, J. (1984). "Multihospital Systems: Issues and Empirical Findings", *Health Affairs*, 3, no. 1, 50-64.

ESSIG, M. (2000). "Purchasing consortia as symbiotic relationships : Developing the concept of consortium sourcing", *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 6, no. 1, 13-22.

EVANS, C.W. et BOYD, R. (1991). *The impact of inadequate funding on a school-university collaboration effort*, 45th annual meeting of Professors of Educational Administration, Fargo, ND.

EVRARD, Y., PRAS, B. et ROUX, E. (1997). *Market, études et recherches en marketing, connaître et pratiquer la gestion*, Nathan, Paris.

FAYOL, H. (1949). *General and Industrial Management*, Sir Isaac Pitman & Sons, London.

FEIGHERY, E. et ROGERS, T. (1989). *Building and Maintaining Effective Coalitions, How-to Guides on Community Health Promotion*, Palo Alto: Standford Health Promotion Resource Centre.

FERLIE, E., PETTIGREW, A., ASHBURNER, L. et FITZGERALD, L. (1996). *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford.

FLEURY, M.J. et OUADAHI, Y. (2002). "Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement", *Santé mentale au Québec*, 27, no. 2, 16-20.

FLORIN, P., MITCHELL, R. et STEVENSON, J. (1993). "Identifying training et technical assistance needs in community coalitions: A developmental approach", *Health Education Research*, 8, no. 3, 417-432.

FLOTTER, MD., BLAIR, J.D., WHITEHEAD, J.C., LAUS, M.D. et SAVAGE, G.R. (1989). "Assessing key stakeholders: who matters to hospitals and why ?", *Hospital and Health Services Administration*, 34, no. 4, 525-546.

FORD, J. et SLOCUM, J. (1977). "Size, technology environment and the structure of organization", *Academy of Management Review*, 2, no. 4, 561-575.

FOSTER-FISHMAN, P.G. SALEM, D. ALLEN, N.A. et FAHRBACH, K. (2001). "Facilitating interorganizational collaboration: The contributions of interorganizational alliances", *American Journal of Community Psychology*, 29, no. 6, 875-905.

FOTTLER, M. (1987). "Health Care Organizational Performance: Present and Future Research", *Journal of Management*, 13, no. 2, 367-391.

FOTTLER, M. et al. (2000). "The Future of Integrated Delivery Systems : A Consumer Perspective", J. Blair, M. Fottler et G. Savage (éd.), *Advances in Health Care Management*, New York: JAI/Elsevier Science, 15-34.

FOTTLER, M.D., SCHERMERHORN, J., WONG, J. et MONEY, H. (1982). "Multi-Institutional Arrangements in Health Care: Review, Analysis, and a Proposal for Future Research", *Academy of Management Review*, 7, no. 1, 67-79.

FOWLER, F.J (2002). *Survey research methods*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

FREEMAN, J. et HANNAN, M.T. (1975). "Growth and Decline Processes in Organizations", *American Sociological Review*, 40, 215-228.

FRIEDMAN, B. et SHORTELL, S.M. (1988). "The Financial Performance of Selected Investor-Owned and Not-for-Profit System Hospitals Before and After Medicare Prospective Payment", *Health Services Research*, 22, no. 2, 237-265.

FRIEDMAN, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée.*

FRYXELL, G. E., DOOLEY, R. S. et VRYVZA, M. (2002). "After the ink dries: the interaction of trust and control in US-based international joint ventures", *Journal of Management Studies*, 39, no. 6, 865-886.

GABORINO, E. et JOHNSON, M.S. (1999). "The different roles of satisfaction, trust and commitment in customer relationships", *Journal of Marketing*, 63, no. 2, 70-87.

GADJA, R. (2003). "Utilizing Collaboration Theory to Evaluate Strategic Alliances", *American Journal of Evaluation*, 25, no. 1, 65-77.

GAGNON, Y.C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 128p.

GALASKIEWICZ, J. (1982). "Networks of Control and Resource Allocation: Corporate Contributions to Nonprofit Organizations", dans *Social Structure and Network Analysis*, pp. 235-53, édité par Peter V. Marsden et Nan Lin. Beverly Hills, CA: Sage.

GALASKIEWICZ, J. (1985). "The structure of organizational networks", *Social Forces*, 57, no. 4, 1346-1364.

GALASKIEWICZ, J. et MARSDEN, P. (1978). "Community Structures as Interorganizational Linkages", R. Turner, J. Coleman et R. Fox (éd.), *Annual Review of Sociology*, Palo Alto: Annual Reviews, 235-253.

GANESAN, S. (1994). "Determinants of Long-Term Orientation in Buyer-Seller Relationships", *Journal of Marketing*, 58, no. 2, 1-19.

GANESAN, S. (1994). "Determinants of long-term orientation in buyer-seller relationships", *Journal of Marketing*, 58, no. 2, 1-19.

GANESAN, S. et HESS, R. (1997). "Dimensions and Levels of Trust: Implications for Commitment to a Relationship", *Marketing Letters*, 8, no. 4, 439-448.

GARBARINO, E. et JOHNSON, M.S. (1999). "The Different Roles of Satisfaction, Trust, and Commitment in Customer Relationships", *Journal of Marketing*, 63, no. 2, 70-87.

GARUD, R. et KUMARASWAMY, A. (1995). "Technological and Organizational Designs fro Realizing Economies of Substitution", *Strategic Management Journal*, 16, été, 93-109.

GERTEIS, M. (1993). "Coordinating care and integrating services", M. Gerteis, S. Edgman-Levitan, J. Daley et T.M. Delbanco (éd.), *Through the Patients Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care*, Jossey-Bass, San Francisco, CA, 45-71.

GEYSKENS, I., STEENKAMP, J.B., SCHEER, L.K. et KUMAR, N. (1996). "The Effects of Trust and Interdependence on Relationship Commitment: A Transatlantic Study", *International Journal of Research in Marketing*, 13, no. 4, 303-318.

GILLIES, R.R., SHORTELL, S.M. et YOUNG, G.J. (1997). "Best Practices in Managing Organized Delivery Systems", *Hospital & Health Services Administration*, 42, no. 3, 299-321.

GILLIES, R.R., SHORTELL, S.M., ANDERSON, D.A., MITCHELL, J.B. et MORGAN, K.L. (1993). "Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Integration Study", *Hospital and Health Services Administration*, 38, no. 4, 467-490.

GILMORE, T.N. (1991). "Building and Maintaining Effective Working Alliances", S. ROVIN et L. GINSBERG (éd.), *Managing Hospitals: Lessons from the Johnson & Johnson-Wharton Fellows Program in Management for Nurses*, San Francisco: Jossey-Bass.

GINN, G.O. (1990). "Strategic Change in Hospitals: An Examination of the Response of the Acute care Hospital to the Turbulent Environment", *Health Services Research*, 25, no. 4, p. 565-591.

GINTER, P.M., SWAYNE, L.E. et DUNCAN, W.J. (2002). *Strategic Management of Health Care Organizations,* Oxford, UK: Blackwell, 992p.

GLASER, B.G. et STRAUSS, A.L. (1967). *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, New York: Aldine, 2711p.

GLOUBREMAN, S. et MINTZBERG, H. (2001a). "Managing the care of Health and the Cure of Disease – Part I : Differentiation", *Health Care Management Review*, 26, no. 1, 56-69.

GLOUBREMAN, S. et MINTZBERG, H. (2001b). "Managing the care of Health and the Cure of Disease – Part I : Integration", *Health Care Management Review*, 26, no. 1, 72-86.

GLOUBREMAN, S. et ZIMMERMAN, B. (2002). "Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?", *Commission on the Future of Health Care in Canada.*

GOES, J. et ZHAN, C. (1995). "The effects of hospital-physician strategies on hospital financial performance", *Health Services Research*, 30, no. 4, 507-521.

GOLDBERG, V.P. (1980). "Relational exchange: Economics and complex contracts", *American Behavioral Scientist*, 23, no. 3, 337-352.

GOMES-CASSERES, B. (1994). "Group Versus Group: How Alliance Networks Compete", *Harvard Business Review*, 72, no. 4, 62-70.

GOMES-CASSERES, B. (1996). The *alliance revolution: The new shape of business rivalry*, Cambridge, MA : Harvard University Press.

GOODMAN, P., RAVLIN, E. et ARGOTE, L. (1986). "Current Thinking About Groups: Setting the Stage for New Ideas", dans P. Goodman (éd.), *Designing Effective Work Groups*, p.1-33, San Francisco : Josey-Bass.

GRAEFF, C. (1980). "Some methodological issues concerning comparative hospital-organization studies", *Academy of Management Review*, 5, no. 4, 539-548.

GRAY, B. (1985). "Conditions Facilitating Interorganizational Collaboration", *Human Relations*, 38, no. 10, 911-936.

GRAY, B. (1989). *Collaborating: Finding common ground for multiparty problems*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.

GRAY, B. et HAY, T.M. (1986). "Political limit to interorganizational consensus and change", *The Journal of Applied Behavioral Science*, 22, no. 2, 95-112.

GRAY, B. et WOOD, D.J. (1991). "Collaborative alliances: Moving from practice to theory", *Journal of Applied Behavioral Science*, 27, no. 2, 3-22.

GREENE, J. C. et CARACELLI, V.J. (1997). *Advances in mixed-method evaluation: The challenges and benefits of integrating diverse paradigms*, San Francisco: Jossey-Bass.

GUETZKOW, H. (1965). "Communication in organizations", J. March (éd.), *Handbook of Organizations*, Rand McNally and Company, Chicago, IL, 534-573.

GULATI, R. (1995). "Social structure and alliance formation patterns: A longitudinal analysis", *Administrative Science Quarterly*, 40, no. 4, 619-652.

GULATI, R. (1998). "Alliances and Networks", *Strategic Management Journal*, 19, no. 4, 293-317.

GUNDLACH, G.T., ACHROL, R.S. et MENTZER, J.E. (1995). "The Structure of Commitment in Exchange", *Journal of Marketing*, 59, no. 1, 78-92.

GUPTA, R.C. et LABBETT, P. (1994). "Creative problem-solving techniques: relevance to doctors in management?", *Journal of Management in Medicine*, 8, no. 1, 24-31.

HAGEDOORN, J. (2002). "Inter-firm R&D partnerships: an overview of major trends and patterns since 1960", *Research Policy*, 31, no. 4, 477-492.

HAGEDOORN, J. et SCHAKENRAAD, B. (1994). "The effect of strategic technology alliance on company performance", *Strategic Management Journal*, 15, no. 4, 291-310.

HAGEMAN, W., ZUCKERMAN, H., WEINER, B. et al. (1998). "What's different about collaborative governance?", *Healthcare Forum Journal*, 41, no. 2, 50-58.

HAIR, J.F., ANDERSON, R.E., TATHAM, R.L. et BLACK, W.C. (1998). *Multivariate data analysis*, Upper Saddle River, New Jersey : Prentice Hall.

HAKANSSON, H. et SNEHOTA, I. (1995). *Developing Relationship in Business Network*, New York, NY: Routledge & Kagan Paul.

HAKANSSON, H., HAVILA, V. et PEDERSON, A.C. (1999). "Learning in networks", *Industrial Marketing Management*, 28, no. 4, 443-452.

HALL, R., CLARK, J., GIORDANO, P., JOHNSON, P. et VAN ROEKEL, M. (1977). "Patterns of interorganizational relationships", *Administrative Science Quarterly*, 22, no. 3, 457-474.

HALL, R.H. (1967). "Some organizational considerations in the professional-organizational relationship", *Administrative Science Quarterly*, 12, no. 4, 461-478.

HALL, R.H. (1968). "Professionalization and bureaucratization", *American Sociological Review*, 33, no. 1, 92-104.

HALL, R.H. (1996). *Organizations: Structure, process and outcomes*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

HAMEL, G. (1991). "Competition for competence and inter-partner learning within international strategic alliances", *Strategic Management Journal*, 12, été, 83-104.

HAMEL, G. DOZ, Y.L. et PRAHALAD, C.K. (1989). "Collaborate with Your Competitors and Win", *Harvard Business Review*, 67, no. 1, 133-139.

HAMEL, G. et PRAHALAD, C.K. (1989). "Strategic Intent", *Harvard Business Review*, 67, no. 3, 73-86.

HANNAN, M.T., et FREEMAN, J.H. (1977). "The Population Ecology of Organizations", *The American Journal of Sociology*, 82, no. 5, 929-964.

HANNAN, M.T., et FREEMAN, J.H. (1984). "Structural inertia and organizational change", *American Sociological Review*, 49, no. 2, 149-164.

HANSEN, M.T. (1999). "The search-transfer problem : The role of weak ties in sharing knowledge across subunits", *Administrative Science Quarterly*, 44, no. 1, 82-111.

HATCH, M.J. (1997). *Organization theory: Modern, symbolic and postmodern perspectives*, New York: Oxford University Press.

HELFERT, G., RITTER, T. et WALTER, A. (2002). "Redefining market orientation from a relationship perspective: Theoretical considerations and empirical results", *European Journal of Marketing*, 36, no. 9/10, 1119-1130.

HENDERSON, J.C. (1990). "Plugging into Strategic Partnerships: the Critical I/S Connection", *Sloan Management Review*, 31, no. 3, 7-18.

HENNART, J.F. (1988). "The transaction costs theory of equity joint ventures", *Strategic Management Journal*, 9, no. 4, 361-374.

HENNING, W.K. (1980). "The Financial Impact of Materials Management", *Healthcare Financial Management*, 34, no. 2, 36-42.

HEYDEBRAND, W.V. et NOELL, J.J. (1973). "Task Structure and Innovation in Professional Organizations", W.V. Heydebrand (éd.), *Comparative Organizations*, Prentice-Hall, 294-322.

HILL, R.C. et HELLRIEGEL, D. (1994). "Critical contingencies in joint venture management : Some lessons from managers", *Organization Science*, 5, no. 4, 594-607.

HIRSCHMAN, A.O. (1970). *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge/Mass.

HODGE, B.J. et ANTHONY, W.P. (1988). *Organization theory*, Boston, MA: Allyn & Bacon.

HOLDAWAY, E.A., EDWARD, A., NEWBERRY, J.F. et AL. (1975). "Dimensions of Organizations in Complex Societies: The Educational Sector", *Administrative Science Quarterly*, 20, no. 1, 37-58.

HOMANS, G. (1950). *The Human Group*, New York: Harcourt, Brace, and World.
http://www.oecd.org/document/59/0,2340,fr_2649_34631_31947771_1_1_1_1,00.html

HUBER, G. et DAFT, R. (1987). "The information environment of organizations", F. Jablin et al. (éd.), *Handbook of Organizational Communication*, Sage Publications, Newbury Park, CA, 130-164.

HUGUES, J. (1991). "How well has Canada contained the costs of doctoring ?", *Journal of American Medical Association*, 265, no. 18, 2347-2351.

HUNT, R.G. (1972). "Technology and Organization", *Academy of Management Journal*, 13, no. 3, 235-252.

HUNTER, D.J. (1995). "Rationing : the case for muddling through elegantly", *British Medical Journal*, 311, no. 6, 811-813.

HUNTER, D.J. (1996). "The changing roles of health care personnel in health and health care management", *Social Science and Medicine*, 43, no. 5, 799-808.

HUTCHENS, G.C. (1994). "Differentiated Interdisciplinary Practice", *Journal of Nursing Administration*, 24, no. 6, 52-58.

HUXHAM, C. (1996). "Collaboration and collaborative advantage", C. Huxham (éd.), *Creating Collaborative Advantage*, London: Sage Publications, 1-18.

HUXHAM, C. et VANGEN, S. (2000). "What makes partnerships work?", S.P. Osborne (éd.), *Public private partnerships*, London: Routledge, 293-310.

INKPEN, A. et LI, K. (1999). "Joint venture formation: Planning and knowledge-gathering for success", *Organizational Dynamics*, 27, no. 4, 33-47.

INKSON, J. K., PUGH, D.S. et HICKSON, D.J. (1970). "Organization context and structure: an abbreviated replication", *Administrative Science Quarterly*, 15, no. 3, 318–329.

INSTITUE CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2005a). *National Health Expenditure Trends*, 182p.

INSTITUE CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2005b). *Estimations préliminaires des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux de 1974-1975 à 2005-2006*, 179p.

JABLIN, F., PUTNAM, L., ROBERTS, K. et PORTER, L. (1987). *Handbook of Organizational Communication*, Sage Publications, Newbury Park, CA.

JACOBS, J. (2002). *Gartner's Collaboration Glossary*, Gartner Report.

JANESICK, V.J. (1994). "The dance of qualitative research design", N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (éd.), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA: Sage.

JAP, S.D. (1999). "Pie-Expansion Efforts: Collaboration Processes in Buyer-Supplier Relationships", *Journal of Marketing Research*, 36, no. 4, 461-475.

JAP, S.D. (2001). "Perspective on joint competitive advantages in buyer-supplier relationship", *International Journal of Research in Marketing*, 18, no. 1/2, 19-35.

JARILLO J.C. (1990). "Comments on Transaction costs and Networks", *Strategic Management Journal*, 11, no. 6, 497-499.

JARILLO, J.C. (1988). "On Strategic Networks", *Strategic Management Journal*, 9, no. 1, 31-41.

JEFFERY, J.H. (1989). *Linkages and effectiveness of relationships between ATA and other organizations*, University of Alberta, Edmonton, AB.

JEMISON, D.B. et SITKIN, S.B. (1986). "Corporate acquisitions: A process perspective", *Academy of Management Review*, 11, no.11, 145-163.

JOBIN, M.H., BEAULIEU, M. et BLOUIN, A. (2004). "Gérer la performance de la logistique hospitalière", *Logistique et Management*, numéro spécial, 21-30.

JOFFRE, P. et KOENIG, G. (1984). *L'entreprise et la turbulence, dans L'Entreprise dans la littérature étrangère*, Université de Paris Dauphine, Analyse de la SEDEIS, DMTP, 70 p.

JOHN, G. et REVE, T. (1982). "The Reliability and Validity of Key Informant Data from Dyadic Relationships in Marketing Channels", *Journal of Marketing Research*, 19, no. 4, 517-524.

JOHNSTON, R. et LAWRENCE, P. (1988). "Beyond Vertical Integration – the Rise of the Value-Adding Partnerships", *Harvard Business Review*, 66, no. 4, 94-101.

KAGAN, S.L., RIVIERA, A.M. et PARKER, F.L. (1991). *Collaborations in action: Reshaping services to young children and their families*, Princeton, NJ: The Bush Center in Child Development and Social Policy, Yale University, January.

KAISER, L.R. (1992). "The Future of Multihospital Systems", *Topics in Health Care Financing*, 18, no. 4, 32-45.

KALE, P., SINGH, H. et PERLMUTTER, H. (2000). "Learning and protection of proprietary assets in strategic alliances: building relational capital", *Strategic Management Journal*, 21, no. 3, 217-237.

KALIKA, M. (1986). *Structures d'entreprises – réalités, déterminants, performances*, Paris, Économica.

KAPLAN, R. S. (1998), "Innovation Action research: Creating New Management Theory and Practice", *Journal of Management Accounting Research*, 10, 89 -118.

KAPLAN, R. S. et NORTON, D.P. (2001). *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

KAPP, J. et BARNETT, G. (1983). "Predicting organizational effectiveness from communication activities: A multiple indicator model", *Human Communication Research*, 9, no. 4, p.239-254.

KASSIRER, J.P. (1996). "Mergers and Acquisitions – Who benefits? Who loses?", *The New England Journal of Medicine*, 334, no. 1, 722-723.

KAST, F. et ROSENZWEIG, J.E. (1973). *Contingency Views of Organization and Management*, Chicago: Science Research Associates.

KATZ, D. et KAHN, R.L. (1978). *The social psychology of organizations*, New York: John Wiley.

KHANDWALLA, P.N. (1974). "Mass Output Orientation of Operations Technology and Organizational Structure", *Administrative Science Quarterly*, 19, no. 1, 74-97.

KHANDWALLA, P.N. (1977). *The design of organizations*, New York, Harcourt Brace Jovanovich.

KIM, Y.K. et al. (2004). "The influence of hospital integration on hospital financial performance", *Journal of Health Care Finance*, 31, no. 1, 73-84.

KIRCHOFF, B.A. (1977). "Organizational Effectiveness Measurement and Policy Research", *Academy of Management Review*, 2, no. 3, 347-355.

KNOKE, D. (1983). "Organization sponsorship and influence reputation of social influence associations", *Social Forces*, 61, no. 4, 1065-1087.

KOENING, C. et VAN WIJK, G. (1993). *Interorganizational collaboration: Beyond contracts*, au 4th IABS conference, San Diego.

KOENING, C. et VAN WIJK, G.V. (1992). "Inter-firm Alliances: The role of Trust", *International Conference on Joint Ventures and Strategic Alliances*, The Pennsylvania State University, University Park.

KOGUT, B. (1988). "Joint ventures: Theoretical and empirical perspectives", *Strategic Management Journal*, 9, no. 4, 319-332.

KOGUT, B. et ZANDER, U. (1993). "Knowledge of the firm and the evolutionary theory of the multinational corporation", *Journal of International Business Studies*, 24, no. 4, 625-645.

KOORSGAARD, M. A., SCHWEIGER, D. et SAPEINZA, H. (1995). "Building commitment, attachment, and trust in strategic decision-making teams: The role of procedural justice", *Academy of Management Journal*, 38, no. 1, 60-84.

KORNHAUSER, W. (1962). *Scientists in Industry : Conflict and Accommodation*, New York: Plenum.

KOWALSKI, J.C. (1980). "Supply Distribution Options - A New Perspective", *Materials Management Quarterly*, 2, no. 2, 81-87.

KOWALSKI, J.C. (1993). *Managing Hospital Materials Management*, Kowalski Dickow Associates, 313 p.

KUMAR, K. et VAN DISSEL, H.G. (1996). "Sustainable collaboration: Managing conflict and cooperation in IOS", *MIS Quarterly*, 20, no. 3, -21.

KUMAR, K., SUBRAMANIAN, R. et STRANDHOLM, K. (2002). "Market and Efficiency-Based Strategic Responses to Environmental Changes in the Health Care Industry", *Health Care Management Review*, 27, no. 3, 21-31.

KUMAR, K., SUBRAMANIAN, R. et YAUGER, C. (1998). "Examining the market orientation-performance relationship: a context-specific Study", *Journal of Management*, 24, no. 2, 201-233.

LACOUSMES, P. (1996). "Rendre gouvernable: de la traduction au transcodage. L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique", *La Gouvernabilité*, Presses Universitaires de France, 325-338.

LAMARCHE, P.A. et al. (2001). "L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques ? ", *Ruptures*, 8, no. 2, 71-92.

LAMBERT, D.M., EMMELHAINZ, M.A. et GARDNER, J.T. (1999). "Building Successful Logistics Partnerships", *Journal of Business Logistics*, 20, no. 1, 165-181.

LAMBERT, G. (1993). "Variables clés pour le transfert de technologie et le management de l'innovation", *Revue Française de Gestion*, no. 94, 49-72.

LAMMING, R. (1996). "Squaring lean supply with supply chain management. International", *Journal of Operations & Production Management*, 16, no. 2, 183-195.

LAMONT, B., MARLIN, D. et HOFFMAN J. (1993). "Porter's Generic Strategies Discontinuous Environments and Performance : A Longitudinal Study of Changing Strategies in Hospital Industry", *Health Services Research*, 28, no.2, 623-640.

LAMOTHE, L. (2002). "La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne", *Gestion*, 27, no. 3, 23-30.

LANDRY, S. et BEAULIEU, M. (1999). "L'approvisionnement face aux bouleversements du secteur de la santé : le cas québécois", *Revue Internationale de l'achat*, 19, no.3/4, 17-25.

LANDRY, S. et BEAULIEU, M. (2001). *Logistique hospitalières : un remède aux maux du secteur de la santé?*, Groupe Chaîne, cahier de recherche, no. 01-01, 14p.

LANDRY, S., BEAULIEU, M., BOULAY, Y et RIVARD-ROYER, H. (1998). L'intégration de la chaîne logistique dans le secteur québécois de la santé : diagnostic et avenues de solutions, Groupe Chaîne, cahier de recherche, no. 98-03, 58p.

LANE, C. et BACHMANN, R. (1998). *Trust within and between organizations: Conceptual issues and empirical applications*, Oxford, UK: Oxford University Press.

LANGFIELD-SMITH, K. et GREENWOOD, M.R. (1998). "Developing Cooperative Buyer-Supplier Relationships: a Case Study of Toyota", *Journal of Management Studies*, 35, no. 3, 331-353.

LAROUSSE (1999). *Dictionnaire Larousse*.

LARSON, A. (1992). "Network dyads in entrepreneurial settings: A study of the governance of exchange relationships", *Administrative Science Quarterly*, 37, no. 1, 76-104.

LAWRENCE, P. et LORSCH, J. (1967). *Organizations and environment*, Homewood : IL, Irwin.

LAWRENCE, P. et LORSCH, J. (1969). *Developing organization: Diagnosis and action*, Reading, MA : Addison-Wesley.

LAWRENCE, P.R. et LORSCH, J.W. (1967). *Organization and Environment: Differentiation and Integration*, Harvard University Press, Boston.

LAWRENCE, P.R. et LORSCH, J.W. (1989). *Adapter les structures de l'entreprise*, Les Éditions d'Organisation, Paris.

LAWRENCE, T.B. (1995). *Power and resources in an organizational community*, Academy of Management Best Paper Proceedings, 55th Annual Meeting, Vancouver, BC, Canada, 251-255.

LAWRENCE, T.B., PHILLIPS, N. et HARDY, C. (1999). "Watching Whale-Watching: Exploring the Discoursive Foundation of Collaboration Relationships", *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35, no. 4, 479-502.

LEARR, P., PINK, G.H. et GUERRIERE, M. (2000). "Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare", *Healthcare Paper*, 1, no. 2, 13-37.

LEBLEBICI H. et SALANCIK G. (1982). "Stability in interorganizational exchanges: Rulemaking processes of the Chicago Board of Trade", *Administrative Science Quarterly*, 27, no. 2, 227-242.

LEDWITH, F. (1999). "Policy contradictions and collaboration in community mental health services in Britain", *International Journal of Public Sector Management*, 12, no. 3, 236-249.

LEE, J. et JACKSON, S.F. (1997). *Community-Based Coalitions et Intersectoral Partnerships: A Literature Review*, North York Community Health Promotion Research Unit Report Series 97-02.

LEE, S.Y.D. et ALEXANDER, J.A. (1999). "Consequences of Organizational Change in U.S. Hospitals", *Medical Care Research and Review*, 56, no. 3, 227-276.

LEFEBVRE, L.A., LEFEBVRE, É. et HARVEY, J. (1997). *Strategic Capabilities in the Aerospace Industry: A Multicountry Perspective*, Portland International Conference on Management of Engineering and Technology (PICMET), Portland.

LEGLER, R. et REISCHL, T. (2003). "The relationship of key factors in the process of collaboration", *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39, no. 1, 53-72.

LEMIEUX-CHARLES, L., MCGUIRE, W., CHAMPAGNE, F., BARNSLEY, J., COLE, D. et SICOTTE, C. (2003). "The use of multilevel performance indicators in managing performance in health care organizations", *Management Decision*, 41, no. 8, 760-770.

LETOURNEAU, B. et CURRY, W. (1998). *In Search of Physician Leadership*, Health Administration Press, Chicago, IL.

LEVINE, S. et WHITE, P. (1982). "Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relations", *Administrative Science Quarterly*, 5, no. 4, 583-601.

LEVINE, S. et WHITE, P.E. (1961). "Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships", *Administrative Science Quarterly*, 5, no. 1, 583-610.

LEVINTHAL, D.A. et FICHMAN, M. (1988). "Dynamics of interorganizational attachments: auditor-client relationships", *Administrative Science Quarterly*, 33, no. 3, 345-369.

LEVITZ, G.S. et BROOKE, P.P. (1985). "Independent versus System Affiliated Hospitals: A Comparative Analysis of Financial Performance, Cost, Productivity", *Health Services Research*, 20, no. 3, 315-337.

LEWIS, J.D. (1990). "Using alliances to build market power", *Planning Review*, septembre-octobre, 4-9.

LIKER, J.K., KAMATH, R.R., WASTI, S.N et NAGAMACHI, M. (1996). "Supplier involvement in automotive component design: Are there really large US-Japan differences ?", *Research Policy*, 25, no. 1, 59-89.

LINCOLN, J. (1990). "Japanese organization and organization theory", dans B. Staw & L. Cummings (Eds.), *Research in Organizational Behavior*, pp.255-294, Greenwich: JAI Press.

LINCOLN, Y. et GUBA, E. (2000). "Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences", N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (éd.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 157-213.

LOGSDON, J.M. (1991). "Interests and interdependence in the formation of social problem-solving collaborations", *Journal of Applied Behavioral Science*, 27, no. 1, 23-37.

LOMAS, J., VEENSTRA, G. et WOODS, J. (1997a). "Devolving authority for health care in Canada's provinces: An introduction to the issues", *Canadian Medical Association Journal*, 156, no. 3, 371-377.

LOMAS, J., VEENSTRA, G. et WOODS, J. (1997b). "Devolving authority for health care in Canada's provinces: Motivations, attitudes and approaches of board members", *Canadian Medical Association Journal*, 156, no. 5, 669-676.

LONG, C. R. et CURRY, M.A. (1998). "Living in Two Worlds: Native American Women and Prenatal Care", *Health Care for Women International*, 19, no. 3, 205-216.

LONGEST, B.B. (1990). "Interorganizational Linkages in the Health Sector", *Health Care Management Review*, 15, no. 1, 17-28.

LONGEST, B.B. (1998). "Managing competence at senior levels of integrated delivery systems", *Journal of Healthcare Management*, 43, no. 2, 115-135.

LORANGE, P., ROOS, J. et BRONN, P.S. (1992). "Building successful strategic alliances", *Long Range Planning*, 25, no. 6, 10-17.

LORENZONI, G. et BADEN-FULLER, C. (1995). "Creating a strategic centre to manage a web of partners", *California Management Review*, 37, no. 3, 146-163.

LORINO, P. (2001). *Méthodes et pratiques de la performance : le pilotage par les processus et les compétences*, Éditions d'organisation.

LUKE, R.D., BEGUN, J.W. et POINTER, D.D. (1989). "Quasi firms: Strategic interorganizational forms in the health care industry", *Academy of Management Review*, 14, no. 1, 9-19.

LYNK, W.J. (1995). "The Creation of Economic Efficiencies in Hospital Mergers", *Journal of Health Economics*, 14, no. 5, 507-530.

MACAULAY, S. (1963). "Non-contractual relations in business: a preliminary study", *American Sociological Review*, 28, no. 1, 55-66.

MACCAN, J. et SELSKY, J. (1984). "Hypertubulence and the emergence of types environments", *Academy of Management Review*, 9, no. 3, 460-470.

MACCOBY, E.E. et MACCOBY, N. (1954). "The interview: A Tool of social science", G. Lindzey (éd.), *Handbook of social psychology: Theory and method*, Reading, MA : Addison-Wesley, 449-487.

MACDUFFIE, J.P. et HELPER, S. (1997). "Creating lean suppliers: Diffusing lean production through the supply chain", *California Management Review*, 39, no. 4, 118-151.

MACINTOSH, N.B. et DAFT, R.L. (1987). "Management control systems and departmental interdependencies: an empirical study", *Accounting, Organizations and Society*, 12, no. 1, 49-61.

MACNEIL, I.R. (1980). *The New Social Contract*, Yale University Press, New Haven.

MAGEL, J.S. (1999). "Consolidation of the Health Care Sector", *Journal of Health Care Finance*, 25, no. 3, 22-28.

MAHONEY, J.T. (1992). "The choice of organizational form: Vertical financial ownership versus other methods of vertical integration", *Strategic Management Journal*, 13, no. 8, 559-634.

MANDELL, M. (1994). "Managing interdependencies through program structures: A revised paradigm", *American Review of Public Administration*, 24, no. 1, 99-121.

MARCH, J. et SIMON, H. (1958). *Organizations*, New York, NY: John Wiley.

MARK, T. (1999). "Analysis of the Rationale for, and Consequences of, Nonprofit and For-profit Ownership Conversion", *Health Services Research*, 34, no. 1, 83-101.

MARKHAM, B. et LOMAS, J. (1995). "Review of the Multi-Hospital Arrangements Literature : Benefits, Disadvantages and Lessons for Implementation", *Healthcare Management Forum*, 8, no. 3, 24-35.

MARSDEN, P. (1992). "Social network theory", E.F. Borgotta et M.L. Borgotta (éd.), *Encyclopedia of sociology*, 1887-1894.

MARTIN, J. et SAMELS, J.E. (1994). "Achieving academic excellence through strategic mergers : A new approach', J. Martin et J.E. Samels (éd.), *Merging colleges for mutual growth: A new strategy for academic managers*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 3-21.

MCADAM, D., MCCARTHY, J.D. et ZALD, M.N. (1998). "Social movements", N. Selser (éd.), *Handbook of sociology*, Newbury Park, CA: Sage Publications.

MCCAFFREY, D.P. , FAERMAN, S.R. et HART, D.W. (1995). "The Appeal and Difficulties of Participative Systems", *Organization Science*, 6, no. 6, 603-627.

MCCLELLAND, M. et SANDS, R. (1993). "The Missing Voice in Interdisciplinary Communication", *Qualitative Health research*, 3, no. 1, 74-90.

MCDANIEL, R.R. (1997). "Strategic Leadership: a View from Quantum and Chaos", *Health Care management Review*, 32, no. 1, 21-37.

MCDANIEL, R.R. et DRIEBE, D.J. (2001). "Complexity Science and Health Care Management", D. John et al. (éd.), *Advances in Health Care Management*, Stamford, CN JAI Press, 11-36.

MCKAY, R.C., MATSUNCK, M.J. et MULLIGAN, J. (1991). "Communication problems between doctors and nurses", *Quality Assurance in Health Care*, 3, no. 1, 11-20.

MCMILLAN, J. H. et SCHUMACHER, S. (1984). *Research in education: A conceptual introduction*, Boston: Little, Brown.

MEDINA-MUNOZ, D.R., GARCIA-FALCON, J.M. et MEDINA-MUNOZ, R.D. (2002). "Cornell Hotel and Restaurant", Administration Quarterly, 43, no. 3, 46-52.

MEYER, A.D., BROOKS, G.R. et GOES, J.B. (1990). "Environmental Jolts and Industry Revolutions: Organizational Response to Discontinuous Change", Strategic Management Journal, 11, no. 5, 93-110.

MEYER, J.W. et ROWAN, B. (1977). "Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony", *American Journal of Sociology*, 83, no. 2, 340-363.

MILLER, B.J. (1998). "The art of managing conflict", *Journal of Christian Nursing*, 15, 14-17.

MILLER, G.A. (1967). "Professionals in bureaucracy : Alienation among industrial scientists and engineers", *American Sociological Review*, 32, no. 5, 755-768.

MILLER, G.A. (1987). "Meta-analysis and the culture-free hypothesis", *Organization Studies*, 8, no. 4, 309–325.

MILLER, G.A. et FRIESEN, P.H. (1984). *Organizations quantum view*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Comprendre les coûts des services de santé au Canada*, 75p.

MINTZBERG, H. (1979). *The structuring of organizations: a synthesis of the research*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 512 p.

MINTZBERG, H. (1997). "Toward Healthier Hospitals", *Health Care Management Review*, 22, no. 4, 9-18.

MINTZBERG, H. (1998). "Covert Leadership: notes on managing professionals", *Harvard Business Review*, 76, no. 6, 140-147.

MINTZBERG, H., AHLSTRAND, B. et LAMPEL, J. (1998). *Strategy Safari: A Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management*, New York, N.Y.: The Free Press.

MITCHELL, S.M. et SHORTELL, S.M. (2000). "The governance et management of effective community health partnerships: A typology for research, policy et practice", *The Milbank Quarterly*, 78, no. 2, 241-289.

MIZRAHI, T. et ROSENTHAL, B. (2001). "Complexities of coalition building: Leaders' successes, strategies, struggles, et solution", *Social Work*, 46, no. 1, 63-78.

MOHR, J. et NEVIN, J.R. (1990). "Communication strategies in marketing channels : A theoretical perspective", *Journal of Marketing*, 54, no. 4, 36-51.

MOHR, J. et SPEKMAN, R. (1994). "Characteristics of partnerships success: partnerships attributes, communication behavior, and conflict resolution techniques", *Strategic Management Journal*, 15, no. 2, 135-152.

MOORE, K.R. (1998). "Trust and Relationship Commitment in Logistic Alliances: a Buyer Perspective", *International Journal of Physical Distribution and Logistics Management*, 28, no. 2, 24-37.

MOORMAN, C., DESHPANDE, R. et ZALTMAN, G. (1993). "Factors affecting trust in marketing research relationships", *Journal of Marketing Research*, 57, no. 1, 81-101.

MOORMAN, C., ZALTMAN, G. et DESHPANDE, R. (1992). "Relationships between providers and users of market research: The dynamics of trust within and between organizations", *Journal of Marketing Research*, 29, no. 3, 314-328.

MORGAN, E.L. et SPEARLY, D.H. (1984). *Child care consortiums by employers: Four interorganizational issues to consider when developing a joint project*, Care Project, Final Report, Austin, Texas: Austin Child Guidance and Evaluation Center, ERIC Document no. ED 242 437.

MORGAN, G. (1997). *Images of organizations*, Newbury Park, CA: Sage.

MORGAN, J. (2002). "How effective are your measurement systems ?", *Purchasing*, 129, no. 10, 26-28.

MORGAN, R.M. et HUNT, S. (1999). "Relationship-based competitive advantage : the role of relationship marketing in marketing strategy", *Journal of Business Research*, 46, no. 3, 281-290.

MORGAN, R.M.et HUNT, S.D. (1994). "The commitment-trust theory of relationship", *Journal of Marketing*, 58, no. 3, 20-38.

MORIN, E. (1996). "Cultiver la confiance dans les relations interpersonnelles", *Psychologie du travail*, Montréal, Gaétan Morin, 311-315.

MORIN, E. M., SAVOIR, A. et BEAUDIN, G. (1994). *L'efficacité des organisations*, Boucherville (Qc): Gaëtan Morin.

MORISSEY, J.P., HALL, R.H. et LINDSEY, M.L. (1982). *Interorganizational Relations: A Sourcebook of Measures for Mental Health Programs*, National Institute of Mental Health, Series BN No. 2. DHHS Pub. No. ADM 82-1187, Washington, D.C.: Supt. of Docs, U.S., Govt. Print. Off.

MORRIS et al. (1995). "Environmental turbulence and Organizational buying: the case of health benefits in South Africa", *Industrial Marketing Management*, 24, no. 4, 305-315.

MORRISERY, M.A. et ALEXANDER, J.A. (1987b). "Hospital Participation in Multihospital Systems", Advances in Health Economics and Health Services Research, 7, no. 3, 59-81.

MORRISON, I. (2000). *Health Care in the New Millennium: Vision, Values and Leadership*, San Francisco : Jossey-Bass.

MORRISSEY, J., CALLOWAY, M., MATTHEW, J. et ULLMAN, M. (1997). "Service system performance and integration: A baseline profile of the ACCESS demonstration sites", *Psychiatric Services*, 48, no. 3, 374-380.

MOWERY, D.C., OZLEY, J.E. et SILVERMAN, B.S. (1996). "Strategic alliances and interfirm knowledge transfers", *Strategic Management Journal*, 17, no. 2, 17-91.

MULFORD, C.L. (1984). Interorganizational *relations: Implications for community development*, New York, NY: Human Sciences Press.

MULFORD, C.L. et ROGERS, D.L. (1982). "Definitions and Models", D.L. Rogers et D.A. Whetten (éd.), *Interorganizational Coordination: Theory, Research, and Implementation*, Ames, Iowa: Iowa State University Press, 9-31.

MULHERIN, J.H. (1986). "Complexity in long-term contracts: An analysis of natural gas contractual provisions", *Journal of Law, Economics, and Organization*, 2, no. 1, 105-117.

MULLEN, B., SYMONS, C., HU, L. et SALAS, J. (1989). "Group Size, Leadership Behavior and Subordinate Satisfaction", *Journal of General Psychology*, 116, 155-170.

MUR-VEEMAN, I., VAN RAAK, A. et PAULUS, A. (1999). "Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative networks", *Health Policy*, 49, 149-159.

MUSE et Associates (2000). *The Role of Purchasing Organizations in the U.S. Health Care System*, Washington, HIGPA, 59 p.

NABELSI, V., LEFEBVRE, L.A. et LEFEBVRE, É. (2003). "The Importance of Fit Between Complementary Views Within Complex Organizations : The Case of E-Health", *3rd International Conference on the Management of Healthcare and Medical Technology*, Warwick, United Kingdom.

NABELSI, V. et LEFEBVRE, É. (2005). "A valued based approach to public health care organizations : Towards a coherent set of key performance indicators", *4rd International Conference on the Management of Healthcare and Medical Technology*, Aalborg, Danemark.

NADLER, D. et TUSHMAN, M. (1997). *Competition by Design*, Oxford University Press, New York, NY.

NAMAN, J.L. et SLEVIN, D.P. (1963). "Entrepreneurship and the concept of fit : a model and empirical tests", *Strategic Management Journal*, 14, no. 2, 137-153.

NARUS, J. et ANDERSON, J. (1977). "Distributor contributions to partnerships with manufactures", *Business Horizons,* 30, no. 1, 34-42.

NASIR, H. (1994). *Mental health and health care resource allocation*, rapport préparé pour le ministère de la Santé de l'Alberta.

NEELY, A., GREGORY, M. et PLATTS, K. (1995). "Performance measurement system design: A literature review and research agenda", *International Journal of Operations and Production Management*, 15, no. 4, 80-116.

NEWMAN, W.H. et WALLENDER, H.W. (1978). "Managing not-for-profit enterprises", *Academy of Management Review*, 3, no. 1, 24-31.

NOLLET, J. et BEAULIEU, M. (2003). "The Development of Group Purchasing: An Empirical Study in the Healthcare Sector", *Journal of Purchasing & Supply Management*, 9, no 1, 3-10.

NONOKA, I. et TAKEUCHI, H. (1995). *The Knowledge-Creating Company*, Oxford University Press, New York, NY.

NORTH, D.C. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge: Cambridge University Press.

NUNNALLY, J.L. (1979). *Psychometric theory*, New York: McGraw-Hill.

O'SULLIVAN, L. et GERINGER, J. (1993). "Harnessing the power of your value chain", *Long Range Planning*, 26, no. 2, 59-68.

OLDEN, P.C. et CLEMENT, D.G. (1998). "Well-Being Revisited: Improving the Health of a Population", *Journal of Healthcare Management*, 43, no. 1, 36-48.

OLIVER, C. (1990). "Determinants of interorganizational relationships, integration and future directions", *Academy of Management Review*, 15, no. 2, 241-265.

OLIVER, C. (1991). "Network relations and loss of organizational autonomy", *Human Relations*, 44, no. 9, 943-961.

ORGAN, D. et HAMMER, W.C. (1950). *Organizational Behavior*, Plano, Tx : Business Publications.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2004a). *La croissance des dépenses de santé s'accélère: l'écart entre les États-unis et les autres pays de l'OCDE se creuse*, 4p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2004b). *Vers des systèmes de santé plus performants*, Paris, 137p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2005). *Panorama de la santé : Les indicateurs de l'OCDE*, 175p.

OSBORN, R. N., et BAUGHN, C.C. (1990). "Forms of interorganizational governance for multinational alliances", *Academy of Management Journal*, 33, no. 3, 503–519.

O'TOOLE, M. (1992). "The Interdisciplinary Team : Research and Education", *Holistic Nurse Practitioner*, 6, no. 2, 76-83.

OUCHI, W.G. (1980). "Markets and bureaucracies, and clans", *Administrative Science Quarterly*, 25, no. 1, 129-141.

OUELLET, L., KELLY, M., COWARD, A et WIEBEL, W.W. (1995). "Developing community resources for a stigmatized population", G.L. Albrecht (éd.), *Advances in Medical Sociology: Case and Care Management*, Greenwich, CT: JAI Press, 207-230.

PARKHE, A. (1993). "Strategic alliance structuring, a game theoretic and transaction cost examination of interfirm cooperation", *Academy of Management Journal*, 36, no. 4, 794-829.

PARSONS, T. (1960). *Structure and Process in Modern Societies*, Free Press, Glencoe, IL.

PATTERSON, P.G. et SPRENG, R.A. (1997). "Modeling the relationship between service performance, perceived value, satisfaction and repurchase intentions: An empirical examination", *International Journal of Service Industry Management*, 8, no. 5, 414-434.

PAYNE, G. et al. (2000). "The role of paradox in integrated strategy and structure configurations : Exploring integrated delivery in health care", J. Blair et al. (éd.), *Advances in Health Care Management*, J, New York: JAI/Elsevier Science, 109-141.

PEIRCE, J.C. (2000). "The Paradox of physicians and administrators in health care organizations", *Health Care Management Review*, 25, no. 1, 7-28.

PENNINGS, J.M. (1980). *Interlocking directorates: origins and consequences of connections among organizations' Boards of Directors*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.

PENNINGS, J.M. (1981). "Strategically interdependent organizations", P. Nystrom et W.H. Starbuck (éd.), Handbook *of organizational design*, London: Oxford University Press, 433-455.

PENROSE, E.T. (1959). *The Theory of Growth of the Firm*, John Wiley, New York.

PERRIN, R.A. (1994). "Exchange Cart and Par Level Supply Distribution Systems: Form Follows Function", *Hospital Materiel Management Quarterly*, 15, no. 3, 63-76.

PERROW, C. (1970). *Organizational Analysis : A Sociological Review*, Belmont, CA: Wadsworth.

PERROW, C. (1990). "Economic theories of organization", S. Zukin et P. Dimaggio (éd.), *Structure of capital: The social organization of the economy*, Cambridge: Cambridge University Press, 121-152.

PERRY, W.A. (1981). "Cognitive and Ethical Growth: The Making of Meaning", A.M. Chickering et al. (éd.), *The American College: Responding to the New Realities of Diverse Students and a Changing Society*, San Francisco: Jossey-Bass, 76-116.

PETERSON, N.L. (1991). "Interagency collaboration under Part H: The key to comprehensive, multidisciplinary, coordinated infant/toddler intervention services", *Journal of Early Intervention*, 15, no. 1, 89-105.

PETERSON, R.A. (1995). "Relationship marketing and the consumer", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23, no. 4, 278-281.

PFEFFER, J. (1972). "Interorganizational influence and managerial attitudes", *Academy of Management Journal*, 15, no. 3, 317-330.

PFEFFER, J. (1981). *Power in organizations*, Marshfield, MA: Pittman Publishing.

PFEFFER, J. et COHEN, Y. (1984). "Determinants of internal labor markets in organizations", *Administrative Science Quarterly*, 29, no. 4, 550-572.

PFEFFER, J. et SALANCIK, G. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*, New York: Harper & Row.

PHILLIPS, N., LAWRENCE, T.B. et HARDY, C (2000). "Inter-Organizational Collaboration and the Dynamics of Institutional Fields", *Journal of Management Studies*, 37, no. 1, 23-43.

PISANO, G. (1990). "The R&D boundaries of the firm: An empirical analysis", *Administrative Science Quarterly*, 35, no. 1, 153-176.

POLLARD, S. (2002). *Collaboration – The Cure-All in New Economy Competitiveness?*, AMR Research Report.

PORTER, L., STEERS, R., MOWDAY, R. et BOULIAN, P. (1974). "Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians", *Journal of Applied Psychology*, 59, no. 16, 603-609.

PORTER, M. (1980). *Competitive Strategy*, New York, Free Press.

PORTER, M.E. (1980). *Competitive Strategy Techniques for Analyzing Industries and Competitors*, Toronto: Free Press.

PORTER, M.E. (1985). *Competition Advantage*, Free Press, New York, NY.

POULIN, E. (2004). "L'analyse comparative du processus de logistique hospitalière : un remède aux maux du secteur de la santé ? ", *CMA Management*, Dernier numéro, 4 pages, http://www.managementmag.com3index.cfm/ci_id/1671/la_id/2

POWELL, W. W. et SMITH-DOERR, L. (1994). "Networks and economic life", N.J. Smelser et R. Swedberg (éd.), *The handbook of economic sociology*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 295-336.

POWELL, W.W. (1987). "Hybrid organizational arrangements: News forms or transitional development?", *California Management Review*, 30, no. 1, 67-87.

POWELL, W.W. (1990). "Neither market nor hierarchy: Network forms of organization", dans B.M. Staw et L.L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior*, 12, pp.295-336, Beverly Hills, CA : Sage.

POWELL, W.W. (1996). "Inter-organizational collaboration in the biotechnology industry", *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 151, no.1 , 197-225.

POWELL, W.W. et DIMAGGIO, P.J. (1991). *The New Institionalism in Organizational Analysis*, Chicago : University of Chigago Press.

PRESTON, P. (1988). "Conflict Management", *Administrative Radiology*, 39-43.

PRICEWATERHOUSECOOPERS (2000). "E-procurement, HealthCast 2010", *E-Health Quarterly*, 23p.

PROVAN, K. G. (1993). "Embeddedness, interdependence, and opportunism in organizational supplier-buyer networks", *Journal of Management*, 19, no. 4, 841-856.

PROVAN, K.G. (1984). "Interorganizational Cooperation and Decision Making Autonomy in a Consortium Multihospital System", *Academy of Management Review*, 9, no. 3, 494-504.

PROVAN, K.G. et MILWARD, H.B. (1995). "A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems", *Administrative Science Quarterly*, 40, no. 1, 1-33.

PROVAN, K.G. et MILWARD, H.B. (2001). "Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks", *Public Administration Review*, 61, no. 4, 414-423.

PRUITT, D.G. (1981). *Negotiation behavior*, New York: Academic Press.

QUÉLIN, B. (1996). "Appropriability and The Creation of New Capabilities Through Strategic Alliances", R. Sanchez et A. Heeme (éd.), *Strategic Learning and Knowledge Management*, Wiley, 139-159.

QUINN, J.B. (1992). *Intelligent Enterprise*, Free Press, New York, NY.

QUINN, J.B., ANDERSON, P. et FINKELSTEIN, S. (1996). "Managing Professional Intellect: Making the Most of the Best", *Harvard Business Review*, 74, no. 2, 71-80.

RAINEY, H.G. et BOZEMAN, B. (2000). "Comparing Public and Private Organizations : Empirical Research and the Power of the A Priori", *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10, no. 2, 447-469.

RAKICH, J.S., LONGEST, B.B. et DARR, K. (2000). *Managing Health Services Organizations and Systems*, John Gach Books, 912p.

REILLY, T. (2001). "Collaboration in action: an uncertain process", *Administration in Social Work*, 25, no. 1, 53-74.

REIMANN, B.C. (1973). "On the Dimensions of Bureaucratic Structure : An Empirical Reappraisal", *Administrative Science Quarterly*, 18, no. 4, 462-476.

RICHARDS, G. (1982). "The Growth of Contract Management", *Hospitals*, 56, no. 19, 95-112.

RINDFLEISC, A. (2000). "Organizational Trust and Interfirm Cooperation : An Examination of Horizontal Versus Vertical Alliances", *Marketing Letters*, 11, no. 1, 81-95.

RINEHART, L.M., ECKERT, J.A, HANDFIELD, R.B., PAGE, T.J. et ATKIN, T. (2002). Structuring Supplier-Customer Relationships", *Journal of Business Logistics*, 25, no. 1, 25-62.

RING, P.S. (1996). "Fragile and Resilient Trust and Their Roles in Economic Exchange", *Business Society*, 35, no. 2, 148-175.

RING, P.S. et VAN DE VEN, A.H. (1992). "Structuring cooperative relationships between organizations", *Strategic Management Journal*, 13, no. 7, 483-498.

RING, P.S. et VAN DE VEN, A.H. (1994). "Developmental processes of cooperative interorganizational relationships", *Academy of Management Review*, 19, no. 1, 90-118.

RITTI, R.R. (1971). *The Engineer in the Industrial Corporation*, New York, Columbia University Press.

RIVARD-ROYER, H. et BEAULIEU, M. (2002). *L'évolution des affaires électroniques et la performance de la chaîne d'approvisionnement en santé : changement de paradigme*, Groupe Chaîne, cahier de recherche, no. 02-01, 14p.

RIVARD-ROYER, H. et BEAULIEU, M. (2003). "L'évolution du commerce électronique et la performance de la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé : changement de paradigme", *Gestion*, 27, no. 4, 17-23.

RIVARD-ROYER, H. et BEAULIEU, M. (2004). *Logistique hospitalière : Franchir les nouvelles frontières*, Cahier de recherche no. 04-03, mai, 7 pages.

ROBERTSON, P.J. et TANG, S.Y. (1995). "The role of commitment in collective action: Comparing the organizational behavior and rational choice perspectives", *Public Administration Review*, 55, no. 1, 67-80.

ROBINSON, J.C. (1996). "The dynamics and limits of corporate growth in health care", *Health Affairs*, 15, no. 2, 156-169.

ROBINSON, J.C. et CASALINO, L.P. (1996). "Vertical Integration and Organizational Networks in Health Care", *Health Affairs*, 15, no. 1, 7-22.

ROBINSON, J.P, SHAVER, P.R. et WRIGHTSMAN, L.S. (1991). *Measures of personality and social psychological attitudes*, San Diago, Toronto : Academic of Press.

ROBINSON, M.K. et KLEINER, B.H. (1997). "Competition and its implications for managing health care organizations", *Health Manpower Management*, 23, no. 6, 229-232.

RODAL, A. (1993). "Managing partnerships", *The Journal of Public Sector Management*, 24, no. 3, 49-63.

RODAL, A. et MULDER, N. (1993). "Partnerships, Devolution and Power-sharing: Issues and Implications for Management, Optimum", *The Journal of Public Sector Management*, 24, no.3, 27-48.

ROGERS, D.L. et WHETTON, D.A. (1982). *Interorganizational Coordination: Theory, Research and Implementation*, Ames: Iowa State University Press.

ROMANOW, R.J. (2002). *Préparer l'avenir des soins de santé*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa, 82p.

ROSS, A, WENZEL, F. et MITLING, J. (2002). *Leadership for the Future: Core Competencies in Healthcare*, Chicago: Health Administration Press.

ROTARIUS, T., FOTTLER, M.D. et BLAIR, J.D. (2003). "Medical Group Affiliations: Interorganizational Relationships and Organizational Performance", *Health Care Manager*, 22, no. 1, 27-33.

ROURKE, R.E. (1981). "Performance Measurement : First and Last Step in Innovation", *Hospital Materiel Management Quarterly*, 3, no. 1, 1-7.

ROZEMEIJER, F. (2000). "How to manage corporate purchasing synergy in a decentralised company? Toward design rules for managing and organizing purchasing synergy in decentralised companies", *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 6, no. 1, 5-12.

RUEF, M. et SCOTT, R.W. (1998). "A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy : Hospital Survival in Changing Institutional Environments", *Administrative Science Quarterly*, 43, no. 4, 877-904.

SALANCIK, G.R. (1977). "An examination of need satisfaction models of job attitude", *Administrative Science Quarterly*, 22, no. 3, 427-456.

SAMPIERI, N. (2000). *Contribution à l'analyse de la logistique hospitalière: proposition d'une typologie des pratiques logistiques des hôpitaux publics français à partir d'une étude empirique*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de la Méditerranée.

SAVAGE, G., BLAIR, J.D. et BENSON, M. (1992). "Urban-rural hospital affiliations: Assessing control, fit and stakeholders issue strategically", *Health Care Management Review*, 17, no. 1, 35-49.

SCHMIDT, S.M. et KOCHAN, T.A. (1977). "Interorganizational Relationships: Patterns and Motivations", *Administrative Science Quarterly*, 22, no. 2, 220-234.

SCHNEIDER, R. (1988). *Exposé et échanges sur la concertation*, Ministère de la santé et des Services Sociaux, 28 septembre, 20p.

SCHOEFIELD, R.F. et AMODEO, M. (1999). "Interdisciplinary teams in health care and human services setting : are they effective?", *Health & Social Work*, 24, no. 3, 210-219.

SCHOORMAN, F., BAZERMAN, M. et ATKIN, R. (1981). " Interlocking directorates: A strategy for reducing environmental uncertainty", *Academy of Management Review*, 6, no. 2, 243-251.

SCHOPLER, J.H. (1993). "Ecological analysis of the first generation of community clinical oncology programs", *Health Services Research*, 28, no. 1, 69-95.

SCHRAGE, M. (1990). *Shared minds: The new technologies of collaboration*, New York, NY: Random House.

SCHULER, R. (1979). "A role perception transactional process model for organizational communication-outcome relationships", *Organizational Behavior and Human Performance*, 23, no. 3, 268-291.

SCHULTZ, A.J., ISRAEL, B.A. et LANTZ, P. (2003). *Instrument for evaluating dimensions of group dynamics within community-based participatory research partnerships*, Evaluation and Program Planning.

SCHUMAKER, A.M. (2002/2003). "Interorganizational networks : using a theoretical model to predict effectiveness of rural health care delivery networks", *Journal of health Services Administration*, 25, no. 3/4, 371-405.

SCOTT, W.R. (1965). "Reactions to supervision in a heteronymous professional organization", *Administrative Science Quarterly*, 10, no. 2, 65-81.

SCOTT, W.R. (1981). *Organizations: Rational, natural, and open systems*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

SCOTT, W.R. (1987). "The Adolescence of Institutional Theory", *Administrative Science Quarterly*, 32, no.4, 493–511.

SCOTT, W.R. et MEYER, J.W. (1991). "The organization of societal sectors: propositions and early evidence", P. DiMaggio, P. et W. Powell (éd.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, 108-139.

SCOTT, W.R., RUEF, M., MENDEL, P.J. et CARONNA, C.A. (2000). *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago, The University of Chicago Press.

SEABRIGHT, M.A., LEVINTHAL, D.A. et FISHMAN, M. (1992). "Role of individual attachment in the dissolution of interorganizational relationships", *Academy of Management Journal*, 35, no. 1, 122-160.

SEIDLER, J. (1974). "On using informants: A technique for collecting quantitative data and controlling measurement error in organization analysis", *American Sociological Review*, 39, no. 6, 816-831.

SELLTIZ, C., WRIGHTSMAN, L.S. et COOK, S.W. (1976). *Research methods in social relations*, New York: Holt, Rinehart &Winston.

SHAN, W., WALKER, G. et KOGOT, B. (1994). "Interfirm cooperation and startup innovation in the biotechnology industry", *Strategic Management Journal*, 15, no. 5, 397-394.

SHORTELL, S.M. (1988). "The Evolution of Hospital Systems: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophesies", *Medical Care Review*, 45, no. 2, 177-214.

SHORTELL, S.M., GILLIES, R., ANDERSON, D.A., et al. (2000). *Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems*, San Francisco: Jossey-Bass.

SHORTELL, S.M., GILLIES, R.R., ANDERSON, D.A., ERICKSON, K.M. et MITCHELL, J.B. (1996). *Remaking Health Care in America*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.

SHORTELL, S.M., GILLIES, R.R., ANDERSON, MITCHELL, J.B. et MORGAN, K.L. (1993). "Creating Organized Delivery Systems: The Plusses and the Minuses", *Hospital and Health Services Administration*, 38, no. 4, 447-466.

SHORTELL, S.M., MORRISON, E. et FRIEDMAN, B. (1990). *Strategic Choices For America's Hospitals: Managing Change In Turbulent Times*, San Francisco: Jossey-Bass.

SIGUAM, J.A., SIMPSON, P.M. et BABKER, T.L. (1998). "Effect of Supplier Market Orientation and the Channel Relationship: The Distributor Perspective", *Journal of Marketing*, 62, no. 3, 99-111.

SKJORSHAMMER, M. (2001). "Conflict management in a hospital", *Journal of Management in Medicine*, 15, no. 2, 156-166.

SLAIKEU, K.A. (1989). "Designing dispute resolution systems in health care industry?", *Negotiation Journal*, 395-400.

SMITH, M. L. (1986). "The whole is greater: Combining qualitative and quantitative approaches in evaluation studies", D.D. Williams (éd.), *New directions for program evaluation: Naturalistic evaluation*, San Francisco: Jossey-Bass, 37-54.

SMITH, K.G., CARROLL, S.J. et ASHFORD, S.J. (1995). "Intra and Interorganizational Cooperation: Toward a Research agenda", *Academy of Management Journal*, 38, no. 1, 7-23.

SMITH, H.L., DICKSON, K. et SMITH, S.L. (1991). "There are two sides to every story: Innovation and collaboration within networks of large and small firms", *Research Policy*, 20, no. 5, 457-487.

SNAIL, T.S. et ROBINSON, J.C. (1998). "Organizational Diversification in the American Hospital", *Annual Review of Public Health*, 19, 417-453.

SNOW, C.C. et THOMAS, J.B. (1994). "Field Research Methods in Strategic Management: Contributions to Theory Building and Testing", *Journal of Management Studies*, 31, no. 4, 457-479.

SNYDER, R. et MORRIS, J. (1984). "Organizational communication and performance", *Journal of Applied Psychology*, 69, no. 3, 461-465.

SPANG, H., BAZZOLI, G. et ARNOULD, R. (2001). "Hospital Mergers and Savings for Consumers: Exploring New Evidence", *Health Affairs*, 20, no. 4, 150-158.

SPEKMAN, R.E. (1988). "Strategic suppliers selection: Understanding long-term buyer relationships", *Business Horizons*, juillet-août, 75-81.

STACEY, R.D. (1996). "The Science of Complexity: An Alternative Perspective for Strategic Change Processes", *Strategic Management Journal*, 16, no. 6, 477-495.

STAKE, R.E. (2000). "Case studies", N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (éd.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 435-454.

STAKE, R.E. (1995). *The art of case study Research*, Thousand Oaks, C.A. Sage.

STANK, T.P., EMMELHAINZ, M. A. et DAUGHERTY, P. J. (1996) "The Impact of Information on Supplier Performance", *Journal of Marketing Theory and Practice*, 4, no. 4, 94-105.

STEERS, R.M. (1977). *Organizational Effectiveness: A Behavioral View*, Santa Monica, (CA): Goodyear.

STEFAN, J.P. et SANTIAGO, R.E. (1989). "The benefits of group purchasing", *Journal of Property Management*, 54, no. 5, 50-52.

STEFL, M.E. (1999). "Editorial", *Frontiers of Health Services Management*, 16, no. 1, 1-2.

STINCHCOMBRE, A.L. (1965). *Social Structure and Organizations*, March, J.G. Handbook of Organizations, Chicago, Rand McNally, 142-193.

STRAUSS, A. et CORBIN, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*, Newbury Park: Sage.

SUBRAMANIAN, K., SIEGEL, E. J. et GARCIA, C. (1994). "Case study of an agency-university research partnership between a school of social work and a medical center", *Journal of Social Service Research*, 19, no. 3/4, 145-161.

SUPPLY CHAIN COUNCIL (2002). Supply chain operations reference model (SCOR).

SWINEHART, K., ZIMMERER, T.W. et OSWALD, S.J. (1995). "Adapting a strategic management model to hospital operating strategies. A model development and justification", *Journal of Management in Medicine*, 9, no. 2, 34-47.

SZYMANSKI, D.M. et HENARD, D.H. (2001). "Customer Satisfaction: An Analysis of the Cumulative Evidence," *Journal of the Academy of Marketing Science*, 29, no. 1, 16-35.

TATE, K. (1996). "The Elements of a Successful Logistics Partnership", *International Journal of Physical Distribution and Logistics Management*, 26, no. 3, 7-15.

TAYLOR, M.C. (2001). *The Moment of Complexity: Emerging Network Culture*, Chicago, University of Chicago Press.

TEO, H.H, WEII, K.K. et BENBASAT, I. (2003). "Predicting Intention to Adopter interorganizational Linkages: An Institutional Perspective", *MIS Quarterly*, 27, no. 1, 19-49.

THOMAS, K.W. (1992). "Conflict and Negociation Processes in Organizations", M.D. Dunnette et L.M., Hough (éd.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 651-717.

THOMAS, O. (1999). "La recherche d'assurance, facteur de polarisation urbaine", *Sciences de la Société*, no. 48 : Entreprises et territoires.

THOMAS, T.H.W., BLOSSOM, Y.J. et ALLEN, M. (2002). "Integration Mechanisms and Hospital Efficiency in Integrated Health Care Delivery Systems", *Journal of Medical Systems*, 26, no. 2, 127-143.

THOMAS, J.B., KETCHEN, J., TREVINO, L.K. et MCDANIEL, R.R. (1992). "Developing interorganizational relationships in the health sector : A multicase study", Health Care Management Review, 17, no. 2, 7-19.

THOMPSON, J.D. (1967). *Organizations in Action*, McGraw-Hill, New York.

THORELLI, H.B. (1986). "Networks: market and hierarchies", *Strategic Management.*

TIXIER, D., MATHE, H. et COLIN, J. (1998). *La logistique d'entreprise*, Paris, Dunod, 286p.

TJOSVOLD, D. et TJOSVOLD, M. (1995). "Cross-Functional Teamwork: The Challenge of Involving Professionals", *Advances in Interdisciplinary Studies on Work Teams*, 2, no. 1, 1-34

TREY, B. (1996). "Managing Interdependence on the Unit", *Health Care Management Review*, 21, no. 3, 72-82.

TRINQUECOSTE, J.F. (1996). "Fidéliser le consommateur: un objectif marketing prioritaire", *Décisions Marketing*, 7, janvier-Avril, 17-23.

TRIST, E.L. (1983). "Referent organizations and the development of interorganizational domains", *Human Relations*, 36, no.3, 269-284.

VAN DE VEN, W.P.M.M. (1996). "Market-oriented health care reforms – trends and future options", *Social Science and Medicare*, 43, no. 5, 655-666.

VAN DE VEN, A.N. et FERRY, D.L. (1980). *Measuring and assessing organizations*, New York: John Wiley & Sons.

VAN DE VEN, A.N. et WALKER, G. (1984). "The Dynamics of Interorganizational Coordination", *Administrative Science Quarterly*, 29, no. 4, 598-621.

VENKATRAMAN, N. (1989). "Strategic Orientation of Business Enterprises : The Construct, Dimensionality and Measurement", *Management Science*, 35, no. 8, 942-962.

VENKATRAMAN, N. et RAMANUJAM, V. (1986). "Measurement of Business Performance in Strategy Research: A Comparison of Approaches," *Academy of Management Review*, 11, no. 4, 801-815.

VENKATRAMAN, W. et PRESCOTT, J.E. (1990). "Environment-strategy Coalignement: An Empirical Test of its Performance Implications", *Strategic Management Journal*, 11, no. 1, 1-23.

VIAU, C. et ROUSSET, G. (1983). *Approche positive de la concertation*, Québec, décembre, 31p.

VIDICH, A.J. et LYMAN, S.M. (2000). "Qualitative methods : Their history in sociology and anthropology", N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (éd.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 37-44.

VOGEL, W.B., LANGLAND-ORBAN, B. et GAPENSKI, L.C. (1993). "Factors Influencing High and Low Profitability Among Hospitals", *Health Care Management Review*, 19, no. 2, 15-26.

VON HIPPEL, E. (1988). *The sources of innovation*, Oxford University Press, New York, NY.

WAGNER, J.A. (1995). "Studies of individualism-collectivism: Effects on cooperation", *Academy of Management Journal*, 38, no. 1, 152-172.

WALKER, G. (1988). "Network analysis for cooperative inter-firm relationships, Cooperative Strategies", F. Contractor et P. Lorange (éd.), *International Business*, Lexington Books, 227-240.

WALLACE, J.E. (1995). "Organizational and professional commitment in professional and non professional organizations", *Administrative Science Quarterly*, 40, no.2, 228-255.

WANDERSMAN, A., GOODMAN, R.M. et BUTTERFOSS, F.D. (1996). "Understanding coalitions et how they operate: An open systems organizational framework", M. Minkler (éd.), *Community Organizing and Community Building for Health*, 261-277.

WANG, B.B.L., WAN, T.T.H., CLEMENT, J. et BEGUN, J. (2001). "Managed Care, Vertical Integration Strategies and Hospital Performance", *Health Care Management Science*, 4, no. 3, 181-191.

WARREN, R.L., ROSE, S.M. et BERGUNDER, A.F. (1974). *The Structure of Urban Reform, Lexington*, Massachusetts: Lexington Books.

WEBSTER, F.E. (1992). "The Changing Role of Marketing in the Corporation", *Journal of Marketing*, 56, no. 4, 1-17.

WEECH-MALDONADO, R. et MERRIL, S.B. (2000). "Building Partnerships with the community: Lessons from the Camden Health Improvement Learning Collaborative", *Journal of Healthcare Management*, 45, no. 3, 189-204.

WEECH-MALDONADO, R., BENSON, K.J. et GAMM, L.D. (2003). "Evaluating the effectiveness of community health partnerships : A stakeholder accountability approach", *Journal of Health and Human Services Administration*, 26, no.1/2, 58-92.

WEICK, K.E. (1976). "Educational Organization as Loosely Coupled Systems", *Administrative Science Quarterly*, 21, no. 1, 1-19.

WEISS, S. et DAVIS, D. (1985). "Validity and Reliability of the Collaborative Practice Scales", *Nursing Research*, 34, no. 5, 299-305.

WERNERFELT, B. (1984). "A Resource Based View of the Firm", *Strategic Management Journal*, 5, no. 2, 171-180.

WESTLY, F. et VREDENBURG, H. (1991). "Strategic Bridging: The Collaboration Between Environmentalists and Business in the Marketing of Green Products", *Journal of Applied Behavioral Science*, 27, no. 1, 65-90.

WHEELER, J.R.C., ZUCKERMAN, H.S. et ADENHOLDT, J. (1982). "How Contract Management Can Affect Hospital Finances", *Inquiry*, 19, no. 2, 160-166.

WHETTEN, D.A. (1981). "Interorganizational relations: A review of the field", *Journal of Higher Education*, 52, no. 1, 1-28.

WHETTEN, D.A. et LEUNG, T.K. (1979). "The Instrumental Value of Interorganizational Relations: Antecedents and Consequences of Linkage Formation", *Academy of Management Journal*, 22, no. 2, 325-344.

WICKS, A., BERMAN, S.L. et JONES, T.M. (1999). "The Structure of Optimal Trust: Moral and Strategic Implications", *Academy of Management Review*, 24, no. 1, 47-75.

WICKS, E.K., MEYER, J.A. et CARLYN, M. (1998). *Assessing the Early Impact of Hospital Mergers: An Analysis of the St. Louis and Philadelphia Markets*, Washington, D.C.: Economic and Social Research Institute.

WILLIAMSON, O.E. (1975). *Markets and hierarchies: Analysis and antitrust implication*, New York: Free Press.

WILLIAMSON, O.E. (1979). "Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations", Journal *of Law and Economics*, 22, no. 2, 233-261.

WILLIAMSON, O.E. (1983). "Credible commitments: Using hostages to support exchange", *American Economic Review*, 73, no. 4, 519-540.

WILLIAMSON, O.E. (1985). *The economic institutions of capitalism*, New York: Free Press.

WILLIAMSON, O.E. (1991). "Comparative economic organization: The analysis of discrete structural alternatives", *Administrative Science Quarterly*, 36, no. 2, 269-296.

WILLIAMSON, O.E. et OUCHI, W.G. (1981). "The markets and hierarchies and visible hand perspectives", A. Van de Ven et W.F. Joyce (éd.), *Perspectives on organisation design and behaviour*, Chichester: Wiley, 347-370.

WILSON, S., MORSE, J.M. et PENROD, J. (1998). "Developing reciprocal trust in the care giving relationship", *Qualitative Health Research*, 8, no. 4, 446-465.

WILTON, P. et SMITH, R.D. (1998). "Primary care reform : a three country comparison of budget holding", *Health Policy*, 44, no. 2, 149-166.

WINKLEMAN, M. (1993). "The Outsourcing Source Book", *Journal of Business Strategy*, 14, no. 3, 52-56.

WINTER, S.G. (1988). "On Coase, competence, and the corporation", *Journal of Law, Economics, and Organization*, 4, no. 1, 163-180.

WOODWARD, J. (1965). *Industrial Organization: Theory and Practice*, London : Oxford University Press.

YAVAS, U. et ROMANOVA, N. (2005). "Assessing performance of multi-hospital organizations: a measurement approach", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18, no. 3, 193-203.

YILDIRIM, A. et al. (2003). "Physician-nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals", *International Journal of Nursing Studies*, 42, no. 4, 429-437.

YIN, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*, Newbury Park, CA: Sage Publications.

YITZHAK, S. et MANNHEIM, B.F. (1970). "A Multidimensional Approach Toward a Typology of Bureaucracy", *Administrative Science Quarterly*, 15, no. 2, 216-228.

ZAJAC, E.J. et D'AUNNO, T.A. (1993). "Managing Strategic Alliances", dans *Health Care Management : Organization Design and Behavior*, (ed.) S.M. Shortell et A.D. Kaluzny, Albany, NY: Delmar.

ZINN, J.S., PROENCA, J. et ROSKO, M.D. (1997). "Organizational and Environmental Factors in Hospital Alliance Membership and Contract Management : A Resource-Dependence Perspective", *Hospital & Health Services Administration*, 42, no. 1, 67-86.

ZUCKERMAN, H.S. (1979). "Multi-Institutional Systems: Promise and Performance", *Inquiry*, 16, no. 4, 291-314.

ZUCKERMAN, H.S. (2002). *Leadership for the Future : Care Competencies in Health Care*, Chicago : Health Administration Press.

ZUCKERMAN, H.S., KALUZNY, A. et RICKETTS, T. (1995). "Alliance in Health Care: What We Know, What We Think We Know, and What We Should Know", *Healthcare Management Review*, 20, no. 1, 54 64.

ANNEXES

ANNEXE A : DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ET LES INDICATEURS DE PERFORMANCE RATTACHÉS À CHACUNE DE CES DIMENSIONS

Dimensions de la performance	Indicateurs de performance	Auteurs
Fiabilité	Delivery performance to customer request date Perfect order fulfillment On time delivery Supplier delivery on time delivery performance Supplier fill rate % orders/lines processed complete % orders/lines received damage free % orders/lines received complete % orders/lines received on time to demand requirement % orders/lines received with correct shipping documents % invoices processed without issues and/or errors % potential suppliers selected which become qualified % qualified suppliers which meet defined requirements % supplier contracts negotiated meeting target terms and conditions for quality, delivery, flexibility and cost % agreements negotiated without error/change requirement % orders placed without error Degree and frequency of conformance to business rules that is achieved On time delivery performance Defective product Performance to requirements stated in contracts or service agreements Continuous improvement trends or patterns Business performance trends or patterns Supplier performance rating Quality improvement Productivity improvement Fill rate (% filled of an order) Supplier delivery performance percent Supplier quality performance percent Supplier price performance percent Re-negotiation cycle time Volume of amendment compared to total contracts	Supply Chain Council (2002)
	Transportation reliability Material supplying reliability Order processing reliability	Chan et Qi (2003)

ANNEXE A : DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ET LES INDICATEURS DE PERFORMANCE RATTACHÉS À CHACUNE DE CES DIMENSIONS (SUITE)

Dimensions de la performance	Indicateurs de performance	Auteurs
Flexibilité	Reductions in the number of backorders Reductions in the number of lost sales Reductions in the number of late orders Increased customer satisfaction Ability to respond to and accommodate demand variations Ability to respond to and accommodate periods of poor manufacturing performance Ability to respond to and accommodate periods of poor supplier performance Ability to respond to and accommodate periods of poor delivery performance Ability to respond to and accommodate new products, new markets, or new competitors	Beamon (1999)
	Supply chain response time Production flexibility Order management cycle time Total deliver costs Ability to augment return capacity rapidly Time and cost related to expediting the sourcing processes of procurement, delivery, receiving and transfer % receipts received without item and quantity verification Time and/or cost reduction related to source identification % single and/or sole source selections End to end cycle time for business processes RP-PO cycle time Approval cycle time Policy documentation and approval cycle time Degree and frequency of demonstrated flexibility or responsiveness measured against defined criteria Cycle time required to move product to point of use Degree and frequency that purchase orders/contract can be altered Average length of contracts	Supply Chain Council (2002)
	Production flexibility in volume Transportation flexibility in goods mix and goods lot size Order delivery flexibility in lot size	Chan et Qi (2003)

ANNEXE A : DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ET LES INDICATEURS DE PERFORMANCE RATTACHÉS À CHACUNE DE CES DIMENSIONS (SUITE)

Dimensions de la performance	Indicateurs de performance	Auteurs
Coût	Total cost (total cost of resources used) Distribution costs (total cost of distribution, including transportation and handling costs) Manufacturing cost (total cost of manufacturing, including labor, maintenance, and re-work costs) Inventory investment (investment value of held inventory) Inventory obsolescence (costs associated with obsolete inventory; sometimes includes spoilage) Work-in-process (costs associated with work-in-process inventories) Finished goods (costs associated with held finished goods inventories) Return on investment	Beamon (1999)
	Total supply chain costs Product acquisition costs Receiving costs as a % of product acquisition costs Cost per invoice Sourcing costs as a % of product acquisitions costs Cost of process documentation, monitoring and auditing Business rules Cost of non compliance to business rules Total cost to measure supply base performance as a % of revenue Total cost of non conformance as a % of revenue Costs related to specific types of non conformance Inventory carrying cost Cost of managing all contracts as a % spent, % revenue Cost of managing long term agreements as a % spent, % revenue Inventory obsolescence Inventory days supply - sourced product, in process product	Supply Chain Council (2002)
	Entire cost of a specific activity or process % of individual cost Labor cost Material cost	Chan et Qi (2003)

ANNEXE A : DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ET LES INDICATEURS DE PERFORMANCE RATTACHÉS À CHACUNE DE CES DIMENSIONS (SUITE)

Dimensions de la performance	Indicateurs de performance	Auteurs
Temps	Order fulfillment lead time Return product velocity (movement through the process) Total source cycle time to complete Receiving cycle time Payment cycle time Source identification cycle time Source qualification cycle time Source selection cycle time	Supply Chain Council (2002)
	Operation times of each activity	Chan et Qi (2003)
Disponibilité	Inventory availability in each storage node Order fill rate (% of demand order) Stockout rate (frequency of stockout per order cycle) Inventory information availability	Chan et Qi (2003)

ANNEXE B : EFFET DES AUTRES VARIABLES DE CONTRÔLE

À part de la taille, les autres variables de contrôle jouent un certain rôle, ce qui est explicite dans les sections qui suivent.

B.1 LE TYPE D'ORGANISATION

Tel que noté précédemment, les répondants travaillent au sein de quatre organisations ; il s'agit de trois hôpitaux et une corporation d'achats. Dans le but de définir le profil de chaque organisation, il importe ainsi d'analyser les caractéristiques des vues appartenant à chacune des organisations. Pour ce faire, nous avons réalisé un test de Kruskall-Wallis (ANOVA non paramétrique) pour comparer la moyenne des variables de trois hôpitaux et des t-tests pour comparer les hôpitaux deux à deux.

Effet sur les variables indépendantes

Vue personnel soignant

Le Tableau B.1 présente les dimensions de collaboration analysées de la vue personnel soignant pour l'ensemble des hôpitaux. Nous constatons que les valeurs relatives aux procédures et aux échanges d'informations varient de manière significative dans certains hôpitaux ($p = 0{,}001$ et $p = 0{,}059$, Kruskall-Wallis). D'abord, au niveau des procédures, nous remarquons que la moyenne pour cette dimension pour l'hôpital C (2,84) demeure inférieure aux hôpitaux A (3,67) et B (4,06). Ceci pourrait signifier que l'ensemble des étapes à franchir, des moyens à prendre et des méthodes à suivre dans l'exécution des activités et des tâches sont quasi-inexistants ou peut être que les documents existants ne renferment pas d'ordres ni d'instructions clairs et détaillés pour l'établissement C.

Tableau B.1 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par le PS selon les trois hôpitaux

	Hôpital A ($n_1 = 53$)		Hôpital B ($n_2 = 32$)		Hôpital C ($n_3 = 19$)		p^2	Hôpital A vs Hôpital B	Hôpital A vs Hôpital C	Hôpital B vs Hôpital C
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$		p^3	p^3	p^3
Confiance	2	5,82	2	5,77	2	5,75	0,670	0,486	0,461	0,807
Engagement	1	6,02	1	6,20	1	6,21	0,314	0,160	0,352	0,687
Communication	5	5,49	5	5,30	5	5,17	0,130	0,157	0,059*	0,852
Procédures	9	3,67	9	4,06	9	2,84	0,000****	0,131	0,002***	0,000****
Échanges d'informations	4	5,52	6	5,20	6	5,14	0,059*	0,058*	0,049*	0,767
Coordination	7	5,03	7	5,05	7	5,00	0,999	0,945	0,979	0,992
Participation	8	4,54	8	4,16	8	4,26	0,163	0,174	0,103	0,439
Gestion des divergences	3	5,60	3	5,70	4	5,56	0,632	0,482	0,736	0,344
Adaptation	6	5,38	4	5,48	3	5,71	0,407	0,757	0,193	0,290

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) Test non paramétrique de comparaison de moyenne de Kruskall-Wallis
(3) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

Ensuite, au niveau des échanges d'informations, nous pouvons constater que l'hôpital A partage souvent et de manière informelle avec le service des approvisionnements (5,52) des informations par rapport aux hôpitaux B (5,20) et C (5,14). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces établissements de santé ont des liens moins étroits avec leur partenaire ayant pour résultat des échanges d'informations moins fréquents.

Notons également que l'hôpital A affiche une moyenne un peu plus élevée au niveau de la dimension communication (5,49) par rapport à l'hôpital C (5,17). Par la suite, les trois établissements mettent au premier rang la dimension engagement. Ceci confirme en quelque sorte que la vue personnel soignant désire collaborer avec leur partenaire lors du réapprovisionnement. À noter enfin que la valeur au niveau de la coordination semble similaire d'un hôpital à un autre (p = 0,999) et entre deux hôpitaux.

Vue service des approvisionnements

Le Tableau B.2 illustre les résultats du niveau de collaboration avec le personnel soignant tel que perçu par le service des approvisionnements.

Tableau B.2 : Niveau de collaboration avec le PS tel que perçu par le SA selon les trois hôpitaux

	Hôpital A ($n_1 = 27$)		Hôpital B ($n_2 = 14$)		Hôpital C ($n_3 = 10$)		p^2	Hôpital A vs Hôpital B	Hôpital A vs Hôpital C	Hôpital B vs Hôpital C
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$		p^3	p^3	p^3
Confiance	4	5,30	2	6,11	3	5,83	0,030**	0,013**	0,160	0,317
Engagement	1	5,69	1	6,36	1	6,15	0,248	0,104	0,459	0,459
Communication	6	4,73	7	4,74	6	5,38	0,254	0,989	0,144	0,112
Procédures	9	3,59	8	4,36	9	4,15	0,430	0,253	0,366	0,797
Échanges d'informations	5	5,04	6	5,36	5	5,60	0,250	0,320	0,106	0,680
Coordination	7	4,56	5	5,46	7	4,95	0,054*	0,019**	0,323	0,234
Participation	8	4,22	9	4,27	8	4,65	0,513	0,989	0,249	0,377
Gestion des divergences	3	5,48	4	5,55	4	5,63	0,921	0,900	0,729	0,698
Adaptation	2	5,56	2	6,11	2	5,90	0,092*	0,036**	0,325	0,264

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) Test non paramétrique de comparaison de moyenne de Kruskall-Wallis
(3) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

Il existe entre les hôpitaux une différence significative pour trois dimensions : confiance, coordination et adaptation. En fait, ces dimensions de collaboration sont perçues plus favorablement pour l'hôpital B ($n_2 = 14$) que l'hôpital A ($n_1 = 27$). On peut déduire que la confiance diminue parce que le personnel soignant de l'organisation A se préoccupe de façon moindre des intérêts de l'autre partie quand un problème surgit ou encore que le service des approvisionnements perçoit que le personnel soignant ne possède pas l'expertise nécessaire à la bonne réalisation des activités communes. Aussi, le manque de coordination peut être dû au fait qu'il n'y a pas de planification conjointe des activités et que l'intégration des tâches n'est pas adéquate entre les professionnels. De plus, au niveau de l'adaptation peut être que cet hôpital ne prend pas des mesures d'adaptation pour répondre aux divers besoins de leur partenaire.

Notons par ailleurs que le service des approvisionnements des établissements semble d'avis à s'engager (rang 1) et à s'adapter (rang 2) lors du réapprovisionnement avec le personnel soignant. Nous remarquons également que les hôpitaux A et B affichent des moyennes similaires concernant trois dimensions de la collaboration : la gestion des divergences ($p = 0,989$), la participation ($p = 0,989$) et la communication ($p = 0,900$).

Le Tableau B.3 présente les résultats du niveau de collaboration avec la vue corporation d'achats tel que perçu par la vue service des approvisionnements.

Tableau B.3 : Niveau de collaboration avec la CA tel que perçu par le SA selon les trois hôpitaux

	Hôpital A (n_1 = 12)		Hôpital B (n_2 = 6)		Hôpital C (n_3 = 5)		p^2	Hôpital A vs Hôpital B	Hôpital A vs Hôpital C	Hôpital B vs Hôpital C
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$		p^3	p^3	p^3
Confiance	4	5,46	4	6,19	2	5,80	0,252	0,125	0,646	0,247
Engagement	1	5,71	2	6,42	1	6,00	0,401	0,250	0,799	0,329
Communication	6	4,90	7	5,78	5	5,53	0,215	0,083*	0,442	0,662
Procédures	9	4,29	9	5,00	9	4,30	0,660	0,437	0,879	0,537
Échanges d'informations	5	4,92	1	6,61	6	5,33	0,008***	0,002***	0,506	0,017**
Coordination	8	4,63	3	6,25	7	5,10	0,004***	0,001****	0,442	0,017**
Participation	7	4,65	8	5,54	8	4,90	0,217	0,102	0,646	0,247
Gestion des divergences	2	5,53	6	6,00	3	5,67	0,561	0,437	0,879	0,329
Adaptation	3	5,50	5	6,08	4	5,60	0,263	0,291	0,879	0,082*

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) Test non paramétrique de comparaison de moyenne de Kruskall-Wallis
(3) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

L'analyse des résultats de ce dernier tableau fait ressortir des différences significatives au niveau des échanges d'informations (p = 0,008) et de la coordination (p = 0,004). D'abord, le service des approvisionnements de l'hôpital B (n_2 = 6) semble partager plus d'informations et leurs activités semblent plus coordonnées avec la corporation d'achats que les hôpitaux A (n_1 = 12) et C (n_3 = 5). Ceci s'explique par le fait que le service des approvisionnements des établissements A et C ne savent pas toujours ce qu'ils sont supposés faire pour leur partenaire et ne tiennent pas toujours informé la corporation d'achats des évènements ou des changements susceptibles de l'affecter. Cet état pourrait s'expliquer également par l'incompatibilité des modes de fonctionnement entre ces vues. Cette situation restreint donc les échanges d'informations.

Nous remarquons aussi que l'établissement B détient un score plus élevé au niveau de la communication (5,78) par rapport à l'établissement A (4,90). On pourrait déduire que l'hôpital B communique plus rapidement les problèmes de réapprovisionnement auprès de la corporation d'achats que l'hôpital A.

Nous remarquons également que l'hôpital C évalue plus faiblement l'adaptation (5,70) que l'hôpital B (6,08). Notons par ailleurs que les autres dimensions qui ne présentent aucun écart significatif sont mesurées plus fortement pour l'hôpital B que les deux autres établissements. Cela permet d'affirmer que celui-ci entretient de meilleurs liens avec la corporation d'achats. Enfin, trois dimensions de la collaboration affichent des moyennes similaires (p = 0,879) pour les hôpitaux A et C au niveau des procédures, de la gestion des divergences et de l'adaptation

Vue corporation d'achats

Le Tableau B.4 présente les données sur le niveau de collaboration avec la vue service des approvisionnements tel que perçu par la vue corporation d'achats. Une première observation de ce tableau permet de souligner que l'engagement se situe au premier rang (6,13). Cela permet d'avancer le fait que cette vue serait très engagée à collaborer avec le service des approvisionnements.

Tableau B.4 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par la CA selon la corporation d'achats

	Corporation d'achats (n_1 = 8)	
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	**$\bar{x}$**
Confiance	4	5,83
Engagement	1	6,13
Communication	8	5,48
Procédures	7	5,56
Échanges d'informations	3	5,88
Coordination	9	5,38
Participation	6	5,66
Gestion des divergences	5	5,67
Adaptation	2	6,00

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord

Enfin, lorsque l'on observe les résultats au niveau de la collaboration avec le service des approvisionnements tel que perçu par la corporation d'achats, on peut noter qu'il y a une répartition des compétences d'approvisionnement entre les hôpitaux et la corporation

d'achats. Le service des approvisionnements est orienté vers la gestion des processus internes et la compréhension des besoins des usagers alors que la corporation d'achats doit avoir une perspective régionale. Certains répondants des établissements de la santé spécifient que les professionnels travaillant à la corporation d'achats sont trop éloignés des usagers et que ces derniers ne connaissent pas assez le fonctionnement des hôpitaux.

B.2 LE CHAMP PROFESSIONNEL

Outre le type d'organisation, le champ professionnel joue aussi un rôle sur l'ensemble des variables indépendantes. Tel que mentionné précédemment, les répondants de chaque vue ont été regroupés selon divers champs professionnels.

Effet sur les variables indépendantes

Vue personnel soignant

Le Tableau B.5 présente les résultats des liens de collaboration qu'entretiennent la vue personnel soignant avec la vue service des approvisionnements. D'abord, le 3e champ professionnel « secrétaire médicale » semble d'accord que la communication avec leur partenaire est un peu plus pertinente, précise, adéquate, complète et crédible que le 1re champ « corps médical ». Ceci peut s'expliquer par le fait que le corps médical perçoit les informations échangées avec leur partenaire comme étant de qualité moindre et que ce dernier a moins d'interactions avec le service des approvisionnements.

Tableau B.5 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par le PS selon les champs professionnels des répondants

	Champs 1 (n_1 = 68)		Champs 2 (n_2 = 20)		Champs 3 (n_3 = 16)		p^2	Champ 1 et champ 2	Champ 1 et champ 3	Champ 2 et champ 3
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$		p^3	p^3	p^3
Confiance	2	5,77	2	5,82	2	5,84	0,870	0,928	0,583	0,773
Engagement	1	6,14	1	6,13	1	5,97	0,485	0,996	0,227	0,375
Communication	6	5,29	6	5,46	4	5,63	0,249	0,532	0,091*	0,512
Procédures	9	3,68	9	3,70	9	3,38	0,422	0,837	0,182	0,383
Échanges d'informations	5	5,30	5	5,53	6	5,35	0,676	0,380	0,845	0,595
Coordination	7	4,96	7	5,23	7	5,06	0,469	0,198	0,903	0,559
Participation	8	4,45	8	4,33	8	4,11	0,326	0,734	0,130	0,370
Gestion des divergences	3	5,61	3	5,70	5	5,58	0,662	0,793	0,443	0,371
Adaptation	4	5,40	4	5,55	3	5,69	0,458	0,528	0,230	0,629

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) Test non paramétrique de comparaison de moyenne de kruskall-wallis
(3) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Ensuite, les trois champs professionnel de cette vue classent l'engagement au premier rang. Ceci pourrait donc signifier que le personnel soignant est officiellement engagé à collaborer avec leur partenaire lors du réapprovisionnement. De plus, ces professionnels sont reliés directement aux opérations de l'hôpital. Notons enfin qu'il y a de la convergence entre le premier et le second champ au niveau des dimensions de confiance (p = 928) et d'engagement (p = 996), puis entre le premier et le troisième champ au niveau de la coordination (p = 903).

Vue service des approvisionnements

Le Tableau B.6 présente le niveau de collaboration avec la vue personnel soignant tel que perçu par la vue service des approvisionnements. D'après les données, la perception des dimensions de la collaboration diffèrent d'un champ professionnel à un autre.

Tableau B.6 : Niveau de collaboration avec le PS tel que perçu par le SA selon les champs professionnels des répondants

	Champ1 (n = 4)		Champ 2 (n = 3)		Champ 3 (n = 11)		Champ 4 (n = 28)		Champ 5 (n = 5)		p[2]
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
Confiance	2	6,25	2	6,33	4	5,58	3	5,50	3	5,63	0,313
Engagement	1	6,38	1	6,83	2	5,82	1	5,89	1	5,80	0,315
Communication	6	5,17	7	5,72	7	5,34	7	4,50	5	5,07	0,061*
Procédures	9	4,50	9	5,33	9	4,36	9	3,41	9	4,40	0,043**
Échanges d'informations	8	4,83	6	5,78	1	5,94	5	5,01	6	4,93	0,111
Coordination	5	5,25	5	5,83	6	5,41	6	4,55	8	4,70	0,081*
Participation	7	4,94	8	5,67	8	4,75	8	3,83	7	4,80	0,035**
Gestion des divergences	4	6,00	2	6,33	5	5,55	4	5,35	2	5,67	0,066*
Adaptation	3	6,13	4	6,17	3	5,64	2	5,79	4	5,50	0,603

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

En observant les résultats du Tableau B.6, nous pouvons faire les constats suivants :

(i) Les directeurs des approvisionnements (champ 1) évaluent de manière plus élevée les dimensions participation et gestion des divergences par rapport aux manutentionnaires (champ 4). Cela permet d'affirmer que les directeurs (n = 4) participent plus avec le personnel soignant à la spécification des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement puis s'engagent davantage avec leur partenaire dans la résolution de problèmes communs.

(ii) Les chefs de service (champ 2) semblent d'avis que le personnel soignant est un très bon partenaire (confiance), sont engagés à continuer à collaborer (engagement) avec ce dernier, essaient d'arriver à un compromis acceptable lors d'un désaccord (gestion des divergences) et s'adaptent plus à leurs différents besoins (adaptation) par rapport aux responsables des achats (champ 3).

(iii) Le champ 4 (responsables des achats) mesure plus faiblement les cinq dimensions suivantes : la communication, les procédures, la coordination, la participation et la gestion des divergences que le champ 2 (chefs de service).

(iv) Lorsque l'on observe les champs 2 et 5, nous constatons que les chefs de service (champ 2) paraissent être plus en accord au niveau de la confiance et de l'engagement que les autres professionnels (champ 5). Ce constat permet donc d'affirmer que le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir leurs relations avec le personnel soignant sont importants (confiance) et qu'ils désirent collaborer à long terme avec leur partenaire (engagement).

(v) Les manutentionnaires (champ 4) mesurent plus faiblement cinq dimensions par rapport aux responsables des achats (champ 3) : communication, procédures, échanges d'informations, coordination et participation.

(vi) Les responsables des achats (champ 3) affichent une moyenne supérieure au niveau de la dimension des échanges d'informations (5,94) par rapport aux autres professionnels (champ 5) avec un score de 4,93. Ceci pourrait donc signifier que les responsables des achats échangent des informations plus fréquemment et de façon informelle avec le personnel soignant.

(vii) De plus, la dimension participation présente un écart significatif en faveur des autres professionnels (champ 5) par rapport aux manutentionnaires (champ 4).

(viii) À noter enfin, l'existence de convergence entre certains champs sur les dimensions de la collaboration. Par exemple, le premier et le second champ affichent un score respectif de 6,13 et de 6,17 au niveau de l'adaptation.

Aussi, les responsables des achats (champ 3) et les manutentionnaires (champ 4) montrent une moyenne respective de 5,58 et de 5,50 au niveau de la confiance.

Le Tableau B.7 présente le niveau de collaboration avec la vue corporation d'achats tel que perçu par la vue service des approvisionnements.

Tableau B.7 : Niveau de collaboration avec la CA tel que perçu par le SA selon les champs professionnels des répondants

	Champ1 (n = 4)		Champ 2 (n = 3)		Champ 3 (n = 10)		Champ 4 (n = 1)		Champ 5 (n = 5)		p[2]
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
Confiance	2	5,17	3	4,72	2	5,25	3	4,00	4	4,60	0,287
Engagement	1	5,50	4	4,67	1	5,30	3	4,00	1	4,80	0,699
Communication	2	5,17	1	4,94	3	5,10	1	5,00	3	4,63	0,809
Procédures	5	5,00	8	3,67	6	4,90	1	5,00	7	4,10	0,171
Échanges d'informations	4	5,08	6	4,33	4	5,07	9	3,00	6	4,13	0,433
Coordination	8	4,50	8	3,67	7	4,75	8	3,50	8	4,00	0,564
Participation	9	3,63	7	4,00	9	4,13	3	4,00	9	3,90	0,919
Gestion des divergences	7	4,67	2	4,89	8	4,67	3	4,00	2	4,67	0,967
Adaptation	6	4,88	4	4,67	5	5,05	3	4,00	5	4,40	0,683

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

En examinant les dimensions de collaboration, nous remarquons que :

(i) Parmi les neuf dimensions de la collaboration, une seule dimension présente un écart significatif en faveur du champ 3 (responsables des achats) par rapport au champ 2 (chefs de service), soit les procédures avec un score respectif de 4,90 et de 3,67. Cela permet de souligner que le service des approvisionnements semble d'avis que les documents relatifs aux tâches, aux activités et aux fréquences sont plus clairs et détaillés.

(ii) Lorsque l'on observe le tableau, nous constatons plusieurs convergences entre certains champs. Par exemple, les directeurs des approvisionnements

(champ 1) et les responsables des achats (champ 3) ont des scores similaires au niveau des échanges d'informations (5,08 et 5,07 respectivement) et au niveau de la gestion des divergences avec un score de 4,67 chacun.

Vue corporation d'achats

Le Tableau B.8 présente les relations qu'entretiennent la corporation d'achats avec le service des approvisionnements. Une première observation du tableau permet de noter que seulement la gestion des divergences a un écart significatif en faveur du champ 3 (commis intermédiaires) par rapport au champ 2 (conseillers). Ce qui se justifierait par le fait que le champ 2 perçoit que les désaccords avec leur partenaire ont été résolus de manière moins collaborative. Nous remarquons aussi l'existence de convergence entre certains champs sur quelques unes des dimensions de la collaboration. Par exemple, les valeurs pour le directeur des opérations (champ 1) et les commis intermédiaires (champ 3) sont identiques, soit de 6,00.

Tableau B.8 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par la CA selon les champs professionnels des répondants

	Champs 1 ($n_1 = 1$)		Champs 2 ($n_2 = 5$)		Champs 3 ($n_3 = 2$)		kw^2	Champ 1 et champ 2	Champ 1 et champ 3	Champ 2 et champ 3
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$		p^3	p^3	p^3
Confiance	5	5,67	2	5,80	4	6,00	0,761	1,000	0,157	0,696
Engagement	2	6,00	1	6,00	1	6,50	0,805	0,752	0,480	0,676
Communication	7	5,33	8	5,47	8	5,58	0,903	0,770	1,000	0,693
Procédures	2	6,00	5	5,70	9	5,00	0,662	0,763	0,157	0,666
Échanges d'informations	2	6,00	2	5,80	4	6,00	1,000	1,000	1,000	1,000
Coordination	6	5,50	9	5,20	6	5,75	0,868	1,000	0,480	0,691
Participation	8	5,25	5	5,70	6	5,75	0,805	0,770	0,221	0,845
Gestion des divergences	9	5,00	7	5,60	3	6,17	0,088*	0,132	0,221	0,073*
Adaptation	1	6,50	2	5,80	2	6,25	0,322	0,228	0,480	0,310

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

En somme, les dimensions de collaboration ne sont pas perçues de façon identique selon chacun des champs professionnels entre les vues.

En particulier, l'hétérogénéité du groupe peut générer davantage de problèmes au niveau du consensus mais la diversité peut améliorer la performance en autant qu'il y ait des efforts d'intégration. En fait, les interdépendances entre les champs professionnels sont problématiques car les négociations entre eux sont plus difficiles dues aux différences au niveau du statut et de la hiérarchie. La convergence des interactions réside donc dans le partage des différentes perspectives et à la définition des problèmes par un processus de résolution de problèmes. Finalement, pour une collaboration efficace entre les champs professionnels, il faut un partage dans la planification, dans la prise de décision et dans la prise de responsabilités.

B.3 L'EXPÉRIENCE AU POSTE OCCUPÉ

Comme dernière variable de contrôle, l'expérience au poste occupé est présumée avoir un effet sur les variables indépendantes. Tel que mentionné précédemment pour chacune des vues l'échantillon a été distribué en fonction des moins expérimentés et des plus expérimentés.

Effet sur les variables indépendantes

Vue personnel soignant

Le Tableau B.9 présente les résultats du niveau de collaboration avec la vue service des approvisionnements tel que perçu par la vue personnel soignant selon le niveau d'expérience des répondants. L'échantillon a été segmenté en deux groupes, soit les moins expérimentés (ceux qui ont moins que 2,86 années d'expériences) et les plus expérimentés (ceux qui ont plus que 13,25 années d'expérience). Lorsque l'on observe le tableau, nous constatons que la dimension participation présente un écart significatif du côté des moins expérimentés mais les moyennes sont plutôt faibles pour les deux groupes. Cela permet d'affirmer que les moins et les plus expérimentés ne participent pas souvent à l'élaboration des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec

le service des approvisionnements. De plus, le personnel soignant possédant le moins et le plus d'années d'expérience semblent du même avis sur l'importance de l'engagement (rang 1) lors des relations d'échanges avec le service des approvisionnements.

Tableau B.9 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par le PS selon le niveau d'expérience des répondants

	Moins expérimentés ($n_1 = 68$)		Plus expérimentés ($n_2 = 36$)		p^2
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
Confiance	2	5,74	2	5,90	0,213
Engagement	1	6,11	1	6,11	0,779
Communication	5	5,37	6	5,39	0,789
Procédures	9	3,67	5	3,58	0,572
Échanges d'informations	5	5,37	7	5,32	0,806
Coordination	7	5,04	8	5,00	0,744
Participation	8	4,53	9	4,08	0,023**
Gestion des divergences	3	5,60	3	5,67	0,856
Adaptation	4	5,40	4	5,60	0,426

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

Nous constatons aussi que les échanges d'informations et la gestion des divergences convergent entre les deux groupes affichant des moyennes passant de 5,32 à 5,67. Cela permet d'affirmer que les moins et les plus expérimentés partagent plus d'informations avec leur partenaire. De plus, ces derniers tentent d'arriver à un compromis acceptable avec le service des approvisionnements lors d'un désaccord.

Vue service des approvisionnements

Le Tableau B.10 présente le niveau de collaboration avec le personnel soignant tel que perçu par le service des approvisionnements. Une première observation du tableau permet de soulever que la dimension engagement est évaluée de manière plus forte pour les plus expérimentés (6,28) que les moins expérimentés (5,76) car les interactions, avec le temps, mènent souvent à un engagement. Notons par ailleurs que les répondants

ayant le moins et le plus grand nombre d'années d'expérience au sein du poste occupé classent cette dimension au premier rang. Ceci permet de soulever que les répondants les moins et les plus expérimentés désirent collaborer à long terme avec leur partenaire.

Tableau B.10 : Niveau de collaboration avec le PS tel que perçu par le SA selon le niveau d'expérience des répondants

	Moins expérimentés ($n_1 = 12$)		Plus expérimentés ($n_2 = 11$)		p^2
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
Confiance	3	5,48	2	5,88	0,144
Engagement	1	5,76	1	6,28	0,052*
Communication	7	4,66	6	5,18	0,254
Procédures	9	3,74	9	4,18	0,299
Échanges d'informations	5	5,16	5	5,35	0,510
Coordination	6	4,69	6	5,18	0,175
Participation	8	4,33	8	4,30	0,771
Gestion des divergences	4	5,46	4	5,63	0,329
Adaptation	2	5,74	3	5,83	0,524

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

Le Tableau B.11 présente cette fois si le niveau de collaboration avec la vue corporation d'achats. Les résultats ne montrent aucun écart significatif entre les répondants ayant acquis le moins et le plus d'années d'expérience. Cependant, ceux-ci semblent d'accord sur la dimension participation ($p = 1,000$) avec une moyenne de 4,06 ($n_1 = 12$) et de 3,86 ($n_2 = 11$). Cela permet donc d'affirmer que la vue service des approvisionnements est d'avis qu'elle ne participe pas souvent à l'élaboration des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec leur partenaire et que ce dernier ne retient pas souvent leurs suggestions.

Tableau B.11 : Niveau de collaboration avec la CA tel que perçu par le SA selon le niveau d'expérience des répondants

	Moins expérimentés ($n_1 = 12$)		Plus expérimentés ($n_2 = 11$)		p^2
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
Confiance	3	4,88	1	5,08	0,665
Engagement	1	5,21	4	4,95	0,638
Communication	2	4,93	2	5,05	0,688
Procédures	7	4,38	6	4,82	0,565
Échanges d'informations	6	4,53	5	4,85	0,731
Coordination	8	4,13	7	4,59	0,572
Participation	9	4,06	9	3,86	1,000
Gestion des divergences	4	4,78	8	4,55	0,640
Adaptation	5	4,58	3	5,00	0,327

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

Vue corporation d'achats

Le Tableau B.12 montre le niveau de collaboration avec la vue service des approvisionnements tel que perçu par la vue corporation d'achats. Lorsque l'on observe les données du tableau aucune dimension ne présente une différence significative. Toutefois, on peut noter une convergence entre les répondants les moins et les plus expérimentés au sein du poste occupé au niveau de la dimension participation (p = 1,000) avec une valeur respective de 5,58 et de 5,50 et au niveau de la dimension adaptation (p = 0,875) avec une moyenne de 6,00 chacun. De plus, ces derniers mettent au 1re rang la dimension engagement.

Tableau B.12 : Niveau de collaboration avec le SA tel que perçu par la CA selon le niveau d'expérience des répondants

	Moins expérimentés ($n_1 = 3$)		Plus expérimentés ($n_2 = 5$)		p^2
Dimensions de la collaboration[1]	**Rang**	$\bar{x}$	**Rang**	$\bar{x}$	
Confiance	2	6,22	4	5,67	0,291
Engagement	1	6,67	1	6,00	0,191
Communication	8	5,50	7	5,33	0,763
Procédures	3	6,17	9	5,00	0,424
Échanges d'informations	7	5,78	1	6,00	0,427
Coordination	8	5,50	5	5,50	0,439
Participation	7	5,58	5	5,50	1,000
Gestion des divergences	5	5,78	7	5,33	0,544
Adaptation	4	6,00	1	6,00	0,875

(1) Mesurée à partir d'une échelle de Likert, variant de (1) tout à fait en désaccord, à (7) tout à fait en accord
(2) p = niveau de signification du t-test pour les variables continues
Test bilatéral : * $p < 0,10$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$; **** $p < 0,001$

Les résultats des Tableaux B.9 à B.12 tendent à confirmer qu'il y a peu de différence significative entre les moins et les plus expérimentés au niveau des dimensions de la collaboration.

ANNEXE C : AUTRES RÉSULTATS SUR LES RÉGRESSIONS MULTIPLES

C.1 INDICATEURS DE PERFORMANCE EN COMMUN ENTRE LA VUE PERSONNEL SOIGNANT ET LA VUE SERVICE DES APPROVISIONNEMENTS

Fournitures aux bons endroits et emplacements (FIAB1)

Les résultats du Tableau C.1 permettent d'abord de remarquer pour le modèle 1 que la variable de contrôle (taille) n'explique que très peu la variance des *fournitures aux bons endroits et emplacements* (FIAB1) puisque le coefficient de détermination ajusté calculé n'est que de 1,70%. Notons toutefois que la taille est significativement (valeur négative) reliée à la variable dépendante (le β standardisé étant significatif), suggérant ainsi que les professionnels de la santé qui performent ne se retrouvent pas forcément chez les hôpitaux de grande taille. La régression indique également que cette variable n'a aucun pouvoir explicatif sur la variable dépendante lorsque l'on observe le second modèle mais demeure un facteur négatif.

Tableau C.1 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour FIAB1 (régression multiple hiérarchique)

	Modèle 1		Modèle 2	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	-0,152	0,030**	-0,079	0,159
Variables indépendantes				
Confiance			0,187	0,043**
Engagement			0,159	0,066*
Communication			-0,109	0,152
Procédures			0,280	0,001****
Échanges d'informations			-0,023	0,403
Coordination			-0,211	0,027**
Participation			0,100	0,151
Gestion des divergences			0,111	0,145
Adaptation			-0,003	0,489
R^2 ajusté	1,70%	0,059*	15,60%	0,000****
ΔR^2			13,90%	0,000****

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Lorsque l'on ajoute les variables indépendantes (modèle 2), on obtient une augmentation élevée du R^2 (15,60%) et de façon significative (p = 0,000****). Aussi, si l'on se fie aux coefficients bêtas standardisés (β), c'est la dimension procédures qui s'avère le déterminant le plus fort (β = 0,280****). Ce résultat semble donc indiquer que lorsque les professionnels effectuent adéquatement, sur une base régulière, le dénombrement des quantités à réapprovisionner aux unités de soins, plus le document généré par le système SAP R/3 devient plus fiable pour le rangement des fournitures aux endroits et emplacements prévus aux unités de soins. Dans une moindre mesure, la confiance (β = 0,187**) et l'engagement (β = 0, 159*) semblent jouer un rôle positif sur la performance. Les résultats nous portent à croire que lorsque le partenaire d'échange avec qui on fait du réapprovisionnement est excellent et que ce dernier est engagé et désire collaborer, plus la fiabilité tend à croître. De plus, la dimension coordination affiche un coefficient négatif et légèrement significatif (β = -0,211**). Ce résultat montre que la coordination des activités de réapprovisionnement avec leur partenaire est associée négativement à la fiabilité des *fournitures aux bons endroits et emplacements.*

Conformité au niveau de la livraison des fournitures (FIAB2)

Les résultats du modèle 1 du Tableau C.2 permettent également de relever que la taille (variable de contrôle) n'explique que très peu la variance de la *conformité au niveau de la livraison des fournitures* ou FIAB2 puisque le coefficient de détermination ajusté calculé n'est que de 2,20%. Lorsque les variables indépendantes sont entrées dans la régression (modèle 2), la proportion de la variance expliquée atteint 14,80%, une hausse significative (ΔR^2 = 12,60%; p = 0,000****). La capacité explicative de ce bloc de variables s'avère donc supérieure. La régression multiple indique que la taille semble jouer un rôle moins significatif mais demeure un facteur négatif. Parmi les variables indépendantes, c'est la dimension procédures qui est la variable dont le résultat est le plus significatif (β = 0,295****). De fait, si les professionnels respectent les intervalles

de fréquences au niveau de la livraison des fournitures à réapprovisionner dans les unités de soins, cela contribue à augmenter la fiabilité.

Tableau C.2 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour FIAB2 (régression multiple hiérarchique)

	Modèle 1		Modèle 2	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	-0,168	0,019**	-0,106	0,093*
Variables indépendantes				
Confiance			0,206	0,030**
Engagement			0,080	0,224
Communication			0,004	0,485
Procédures			0,295	0,000****
Échanges d'informations			0,166	0,039**
Coordination			-0,276	0,006***
Participation			-0,065	0,252
Gestion des divergences			0,021	0,422
Adaptation			0,070	0,222
R^2 ajusté	2,20%	0,037**	14,80%	0,000****
ΔR^2			12,60%	0,001****

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Par ailleurs, la confiance (β = 0,206**) et les échanges d'informations (β = 0,166**) exercent une influence sur la variable dépendante. Nous pouvons donc présumer que le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir les relations d'échanges avec son partenaire sont importants et plus ce dernier tient informé son partenaire des évènements ou des changements susceptibles de l'affecter, plus le processus de livraison est fiable. Également, la coordination se révèle être liée négativement à la performance (β = -0,276***). Le fait que ce coefficient bêta soit négatif indique que la *conformité au niveau de la livraison des fournitures* n'est pas forcément due à une coordination conjointe des activités avec son partenaire.

Disponibilité des fournitures (DISP1)

La régression hiérarchique du modèle 1 du Tableau C.3 montre que la taille (variable de contrôle) n'explique pas la *disponibilité des fournitures* ou DISP1 (0,00%). L'analyse complète doit se faire à présent à partir du modèle 2. Ce dernier explique 14,00% de la variance (p = 0,000****). Comme dans le premier modèle, la taille ne semble pas jouer un rôle significatif mais demeure un facteur positif (modèle 2).

Tableau C.3 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour DISP1 (régression multiple hiérarchique)

	Modèle 1		Modèle 2	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	0,003	0,487	0,060	0,228
Variables indépendantes				
Confiance			0,122	0,132
Engagement			0,050	0,318
Communication			-0,016	0,441
Procédures			0,423	0,000****
Échanges d'informations			-0,102	0,141
Coordination			-0,240	0,015**
Participation			0,112	0,125
Gestion des divergences			0,081	0,220
Adaptation			-0,027	0,385
R^2 ajusté	0,00%	0,975	14,00%	0,000****
ΔR^2			14,00%	0,000****

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Parmi les variables indépendantes, c'est la dimension procédures qui est le déterminant le plus fort (β = 0,423****). Ceci semble indiquer que lorsque les stocks sont mis à jour quotidiennement dans le système d'information, plus la liste des fournitures disponibles générée est fiable. Enfin, la coordination est reliée négativement et significativement à la variable dépendante (β = -0,240**). Ceci démontre que la coordination des activités avec son partenaire est négativement associée à la *disponibilité des fournitures* (DISP1).

% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres (FB4)

Dans la régression hiérarchique (Tableau C.4), le modèle 1 explique faiblement la variance (0,90%) du *% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* ou FB4. Lorsque les variables indépendantes sont introduites dans la régression (modèle 2), le pourcentage de la variance expliquée atteint 7,40%, un accroissement modeste mais significatif (ΔR^2 = 6,50%, p = 0,026**). Nous constatons également que la variable de contrôle ne semble pas avoir d'impact sur la performance contrairement au premier modèle mais demeure un facteur négatif.

Tableau C.4 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour FB4 (régression multiple hiérarchique)

	Modèle 1		Modèle 2	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	-0,123	0,064*	-0,089	0,143
Variables indépendantes				
Confiance			0,178	0,058*
Engagement			0,121	0,137
Communication			-0,152	0,085*
Procédures			0,160	0,035**
Échanges d'informations			0,078	0,213
Coordination			-0,089	0,217
Participation			0,204	0,022**
Gestion des divergences			-0,022	0,422
Adaptation			-0,062	0,257
R^2 ajusté	0,90%	0,128	7,40%	0,019**
ΔR^2			6,50%	0,026**

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

La participation (β = 0,204**), les procédures (β = 0,160**) et la confiance (β = 0,178*) sont des déterminants significatifs (valeur positive) de cette mesure. Enfin, en ce qui concerne la dimension communication, la relation est négative (β = -0,152*).

Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit (FB8)

Les résultats du Tableau C.5 indiquent que la variable de contrôle n'a pas de potentiel explicatif sur la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* ou FB8.

Tableau C.5 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour FB8 (régression multiple hiérarchique)

	Modèle 1		Modèle 2	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	-0,016	0,423	-0,062	0,215
Variables indépendantes				
Confiance			0,169	0,057*
Engagement			-0,136	0,096*
Communication			0,169	0,052*
Procédures			0,245	0,002***
Échanges d'informations			0,007	0,469
Coordination			-0,161	0,066*
Participation			0,200	0,018**
Gestion des divergences			0,141	0,085*
Adaptation			-0,278	0,001****
R^2 ajusté	0,00%	0,846	18,50%	0,000****
ΔR^2			18,50%	0,000****

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Il est important de noter toutefois que le modèle 2 (comprenant toutes les variables) comporte un coefficient de détermination (R^2) de 18,50% et fortement significatif (p = 0,000****). De plus, les coefficients bêtas standardisés permettent de constater que huit dimensions de la collaboration sont reliées significativement à la variable dépendante, alors que la dimension échanges d'informations n'a pas de potentiel explicatif. Ces cinq variables (valeur positive), de même que celle à valeur négative, conservent un niveau de signification important.

Également, il est à souligner que la dimension procédures constitue le déterminant le plus élevé (β = 0,245***). Ce résultat démontre l'importance des professionnels de la

santé à suivre les différentes procédures d'évaluation des produits afin d'augmenter la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.* De plus, la participation (β = 0,200**), la communication (β = 0169*), la confiance (β = 0,169*) et la gestion des divergences (β = 0,141*) représentent quatre déterminants légèrement significatifs de la performance. D'abord, la participation du partenaire d'échanges aux fiches techniques. Ensuite, les informations pertinentes, précises, complètes, adéquates et crédibles. Enfin, si le partenaire avec qui on fait du réapprovisionnement est excellent, cela fait en sorte que la fiabilité augmente. De plus, la dimension adaptation est liée significativement (valeur négative) à cette mesure. Ce résultat suggère que la qualité du devis technique n'est pas associée à l'adaptation des activités de réapprovisionnements aux besoins formulés par leur partenaire.

Accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres (FX1)

D'abord, le Tableau C.6 fait ressortir que la variable de contrôle n'explique pas *l'accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* ou FX1 puisque le coefficient de détermination ajusté calculé pour le modèle 1 est de 0,00%. Nous constatons aussi que la taille ne semble pas jouer un rôle significatif mais demeure un facteur positif. Lorsque l'on considère toutes les variables, ce second modèle explique 8,30% de la variance (β = 0,012**).

Tableau C.6 : Pouvoir explicatif des dimensions de la collaboration pour FX1 (régression multiple hiérarchique)

	Modèle 1		Modèle 2	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	0,010	0,453	0,067	0,210
Variables indépendantes				
Confiance			0,148	0,095*
Engagement			0,082	0,228
Communication			-0,040	0,358
Procédures			0,308	0,000****
Échanges d'informations			-0,102	0,147
Coordination			-0,139	0,109
Participation			0,246	0,008***
Gestion des divergences			-0,114	0,147
Adaptation			0,058	0,271
R^2 ajusté	0,00%	0,906	8,30%	0,012**
ΔR^2			8,30%	0,007***

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Parmi les neuf variables indépendantes, trois d'entre elles ont un pouvoir explicatif et significatif. Si l'on observe les coefficients bêtas standardisés (β), c'est la dimension procédures (β = 0,308****) qui s'avère le déterminant le plus fort, suivi de la dimension participation (β = 0,246***) et la dimension confiance β = 0,148*).

C.2 INDICATEURS DE PERFORMANCE EN COMMUN ENTRE LA VUE PERSONNEL SOIGNANT ET LA VUE CORPORATION D'ACHATS

Temps de réponse du service des approvisionnements (FX2)

Les résultats du modèle 1 du Tableau C.7 indiquent que la variable de contrôle explique un peu la variance du *temps de réponse du service des approvisionnements* ou FX2 (8,60%****). Nous constatons aussi que la taille reste significative et positive lorsque l'on considère toutes les variables (modèle 2), on observe que la seconde régression explique 15,80% de la variance de la variable dépendante.

Seulement deux des neuf déterminants se rapportant aux variables indépendantes ont un pouvoir explicatif et significatif. D'abord, lorsque les professionnels communiquent aussitôt que possible les problèmes de réapprovisionnement auprès de son partenaire d'échanges, le temps de réponse est plus rapide. Ensuite, la gestion des divergences est aussi liée de façon très significative à sa performance mais demeure un facteur négatif.

Tableau C.7 : Résultats de la régression multiple hiérarchique pour FX2 (régression multiple hiérarchique)

	Modèle 1		Modèle 2	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	0,307	0,001****	0,251	0,004***
Variables indépendantes				
Confiance			0,190	0,104
Engagement			0,141	0,136
Communication			0,250	0,026**
Procédures			0,020	0,420
Échanges d'informations			0,054	0,309
Coordination			0,059	0,323
Participation			-0,070	0,252
Gestion des divergences			-0,288	0,007***
Adaptation			0,081	0,216
R^2 ajusté	8,60%	0,001****	15,80%	0,002***
ΔR^2			7,20%	0,042**

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Qualité des fournitures (QUAL1)

Une première observation s'impose quant à l'apport de la variable de contrôle. Les paragraphes précédents ont mis en évidence l'effet de la taille sur FX2 Or, les résultats du modèle 1 du Tableau C.8 montrent que cette variable n'a aucune valeur explicative (0,00%).

Tableau C.8 : Résultats de la régression multiple hiérarchique pour QUAL1 (régression multiple hiérarchique)

	Modèle 1		Modèle 2	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	-0,048	0,308	-0,029	0,382
Variables indépendantes				
Confiance			-0,112	0,238
Engagement			0,055	0,340
Communication			-0,033	0,403
Procédures			0,260	0,007***
Échanges d'informations			-0,119	0,145
Coordination			-0,067	0,308
Participation			0,352	0,001****
Gestion des divergences			0,102	0,196
Adaptation			-0,172	0,054*
R^2 ajusté	0,00%	0,616	8,40%	0,039**
ΔR^2			8,40%	0,027**

* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Nous constatons que l'ajout de variables indépendantes (modèle 2) entraîne une augmentation significative de la variance expliquée (8,40%). Seuls les procédures et la participation ont un pouvoir explicatif significatif et positif sur la *qualité des fournitures* ou QUAL1. La participation constitue le plus fort déterminant. Ce résultat confirme en quelque sorte la nécessité de la participation de la vue personnel soignant et de la vue corporation d'achats dans le processus d'évaluation afin de mieux appréhender le niveau de qualité des produits. La dimension procédures se révèle également fortement liée à la performance. Ce résultat pourrait signifier que plus les professionnels de la santé attestent que les fournitures sont conformes aux normes prescrites et que celles-ci ont été soumises aux procédures d'évaluation, plus la qualité des produits sélectionnés est élevée.

Satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement (S1)

Les résultats du Tableau C.9 indiquent que la variable de contrôle n'explique que très peu la variance de la *satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement* (S1) puisque que le coefficient de détermination ajusté calculé pour le modèle 1 n'est que de 5,80%. Notons toutefois que la taille (variable de contrôle) est significativement liée à la variable dépendante (le β standardisé étant significatif). Nous remarquons également que cette variable reste significative lorsque l'on considère toutes les variables (modèle 2).

Tableau C.9 : Résultats de la régression multiple hiérarchique pour S1 (régression multiple hiérarchique)

	Modèle 1		Modèle 2	
	β	p	β	p
Variable de contrôle				
Taille	0,258	0,003***	0,222	0,004***
Variables indépendantes				
Confiance			0,103	0,218
Engagement			-0,126	0,133
Communication			0,192	0,044**
Procédures			0,179	0,022**
Échanges d'informations			-0,141	0,068*
Coordination			0,251	0,014**
Participation			0,341	0,000****
Gestion des divergences			-0,274	0,004***
Adaptation			-0,059	0,258
R^2 ajusté	5,80%	0,006***	34,60%	0,000****
ΔR^2			28,80%	0,000****

* $p < 0,10$; **$p < 0,05$; ***$p < 0,01$; ****$p < 0,001$

Comparé au modèle 1, le modèle 2 obtient un accroissement significativement plus élevé du R^2 lorsque l'on introduit l'ensemble des variables (34,60%****). Ce modèle possède donc la capacité explicative la plus importante. Parmi les variables indépendantes, c'est

la participation qui est la dimension dont le résultat est le plus significatif (valeur positive). Nous pouvons présumer que la participation active de la vue personnel soignant et de la vue corporation d'achats à la prise des décisions au niveau des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec leur partenaire est fortement liée à la *satisfaction* générale *envers le service des approvisionnements*. La régression indique aussi que la gestion des divergences et les échanges d'informations sont négativement et significativement reliés à la variable dépendante.

ANNEXE D : RÉSULTATS DES EFFETS DE MODÉRATION

D.1 VUE PERSONNEL SOIGNANT ET VUE SERVICE DES APPROVISIONNEMENTS

L'analyse des effets d'interactions a permis d'identifier les variables explicatives ayant un effet modérateur sur certains indicateurs de performance en commun entre la vue personnel soignant et la vue service des approvisionnements. Après examen des résultats des Tableaux D.1 à D.8, nous pouvons faire les constats suivants :

(vi) Il existe des différences entre les vues par rapport à la corrélation de la taille et de certaines variables dépendantes (voir Tableaux D.2, D.5, D.6 et D.8). Les valeurs des corrélations nous indiquent que plus la taille de l'organisation est petite, plus celle-ci a un impact sur la *conformité au niveau de la livraison des fournitures* (FIAB2) et le % des *inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FB4) pour la vue service des approvisionnements. Les valeurs des corrélations nous montrent également que pour le personnel soignant, plus la taille de l'organisation est grande, plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) est élevée. De plus, pour le service des approvisionnements, la taille de l'organisation a un effet sur le *temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* ou T4 ($\beta = 0{,}210^{**}$)

(vii) La dimension confiance a un effet positif et significatif sur la *disponibilité des fournitures* (DIPS1) pour le service des approvisionnements (voir Tableau D.3). Ce résultat révèle que plus le partenaire d'échanges avec qui on peut faire du réapprovisionnement est excellent, plus la disponibilité des fournitures aux unités soins est grande.

(viii) La dimension engagement, quant à elle, a une influence positive sur quatre indicateurs de performance pour le service des approvisionnements (voir Tableaux D.3, D.5, D.7 et D.8). Il est donc possible d'affirmer que plus celui-ci est engagé à collaborer, et ce à long terme avec le personnel soignant, plus la *disponibilité des fournitures* (DIPS1), le *% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FB4), *l'accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FX1), le *temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (T4) sont élevés.

(ix) Il apparaît que la dimension communication a un impact positif et significatif sur deux indicateurs de performance (voir Tableaux D.5 et D.7). D'abord, plus la vue personnel soignant communique aussitôt que possible les problèmes de réapprovisionnement auprès de leur partenaire, plus le *% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FB4) est faible et plus *l'accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FX1) demeure flexible. Ensuite, plus la communication avec le service des approvisionnements telle que perçue par le personnel soignant est précise, pertinente, adéquate, crédible et complète, plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) augmente.

(x) Les procédures ont un effet sur seulement un indicateur de performance (voir Tableau D.6). À cet égard, pour le personnel soignant, plus les documents relatifs aux activités de réapprovisionnement sont clairs et détaillés pour leur partenaire, plus la *qualité des fournitures* (QUAL1) est élevée. Par contre, cette dimension affiche une valeur significative et négative pour le service des approvisionnements.

(xi) La dimension échanges d'informations a une influence positive sur deux indicateurs de performance pour le service des approvisionnements (voir Tableaux D.4 et D.6). En fait, plus celui-ci partage des informations avec leur partenaire, plus la *qualité des fournitures* (QUAL1) et la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) augmentent.

(xii) La dimension coordination n'a aucun effet sur les indicateurs de performance communs entre les deux vues.

(xiii) La dimension participation, quant à elle, a un effet positif et très significatif sur quatre indicateurs de performance (voir Tableaux D.1, D.5, D.6 et D.7). Lorsque la vue personnel soignant participe souvent à l'élaboration des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec le service des approvisionnements, plus les *fournitures aux bons endroits et emplacements* (FIAB1), le *% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FB4) et *l'accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FX1) sont fiables mais pour ce dernier, c'est la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) qui augmente.

(xiv) La gestion des divergences a une influence positive et significative sur trois indicateurs de performance (voir Tableaux D.3, D.6 et D.7). En fait, plus le service des approvisionnements arrive à un compromis acceptable pour leur partenaire lors d'un désaccord, plus la *disponibilité des fournitures* (DISP1), *l'accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FX1) et *temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (T4) sont importants.

(xv) L'adaptation représente la dimension ayant une influence sur un plus grand nombre d'indicateurs (voir Tableaux D.1 à D.5, D.6 et D.7). À cet effet, plus le service des approvisionnements adapte leurs activités de réapprovisionnement aux besoins du personnel soignant, plus l'adaptation a un impact sur les *fournitures aux bons endroits et emplacements* (FIAB1), la conformité au niveau de la livraison des fournitures (FIAB2), la *disponibilité des fournitures* (DIPS1), la *qualité des fournitures* (QUAL1), le *% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FB4), *l'accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (FX1) et *temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres* (T4). Cependant, cette dimension a une influence négative mais significative sur DISP1, FB4, FB8, FX1 et T4 pour le personnel soignant.

Tableau D.1 : Fournitures aux bons endroits et emplacements (FIAB1)

	PS[1] et SA[2] (n = 155)		PS[1] (n = 104)		SA[2] (n = 51)		p[4]
Variables	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Taille	-0,080	*	-0,038	-	-0,154	*	0,252
Confiance	0,200	***	0,152	**	0,283	**	0,216
Engagement	0,240	****	0,183	**	0,317	***	0,207
Communication	0,063	-	0,116	*	0,004	-	0,261
Procédures	0,192	***	0,228	***	0,187	**	0,404
Échanges d'informations	-0,027	-	0,038	-	-0,093	-	0,227
Coordination	0,034	-	0,096	*	-0,055	-	0,194
Participation	0,133	**	0,288	****	-0,093	-	0,013**
Gestion des divergences	0,135	**	0,132	**	0,202	**	0,341
Adaptation	0,019	-	-0,066	-	0,174	*	0,084*

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.2 : Conformité au niveau de la livraison des fournitures (FIAB2)

	PS[1] et SA[2] (n = 155)		PS[1] (n = 104)		SA[2] (n = 51)		p[4]
Variables	Coefficient	p[3]	Coefficient	p[3]	Coefficient	p[3]	
Taille	-0,073	*	0,024	-	-0,259	**	0,050**
Confiance	0,261	****	0,213	***	0,330	***	0,236
Engagement	0,229	****	0,193	**	0,317	***	0,225
Communication	0,142	**	0,217	***	0,048	-	0,163
Procédures	0,195	***	0,222	***	0,194	**	0,434
Échanges d'informations	0,112	**	0,207	***	0,048	-	0,178
Coordination	0,056	-	0,131	**	-0,081	-	0,113
Participation	-0,021	-	0,020	-	-0,063	-	0,318
Gestion des divergences	0,106	**	0,107	*	0,159	*	0,382
Adaptation	0,102	*	0,015	-	0,269	**	0,069*

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.3 : Disponibilité des fournitures (DISP1)

	PS[1] et SA[2] (n = 155)		PS[1] (n = 104)		SA[2] (n = 51)		p[4]
Variables	Coefficient	p[3]	Coefficient	p[3]	Coefficient	p[3]	
Taille	-0,014	-	0,023	-	-0,054	-	0,330
Confiance	0,071	*	-0,039	-	0,210	**	0,075*
Engagement	0,073	*	-0,082	-	0,329	***	0,008***
Communication	0,106	**	0,021	-	-0,051	-	0,341
Procédures	0,261	****	0,078	-	0,217	**	0,209
Échanges d'informations	0,076	*	0,078	-	-0,015	-	0,298
Coordination	0,024	-	-0,010	-	-0,019	-	0,480
Participation	0,195	***	0,251	***	0,085	-	0,165
Gestion des divergences	0,157	**	0,020	-	0,276	**	0,067*
Adaptation	-0,067	-	-0,199	**	0,344	***	0,001****

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.4 : Qualité des fournitures (QUAL1)

	PS[1] et SA[2] (n = 155)		PS[1] (n = 104)		SA[2] (n = 51)		p[4]
Variables	Coefficient	p[3]	Coefficient	p[3]	Coefficient	p[3]	
Taille	-0,090	*	-0,042	-	-0,172	*	0,227
Confiance	0,100	*	0,023	-	0,215	**	0,133
Engagement	0,190	***	0,144	**	0,268	**	0,230
Communication	0,165	***	0,082	-	0,255	**	0,154
Procédures	0,112	**	0,210	***	-0,187	**	0,011**
Échanges d'informations	0,122	**	0,019	-	0,269	**	0,072*
Coordination	0,116	**	0,064	-	0,192	**	0,229
Participation	0,322	****	0,353	****	0,257	**	0,273
Gestion des divergences	0,212	***	0,165	**	0,298	***	0,211
Adaptation	0,080	*	-0,023	-	0,345	***	0,015**

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.5 : % des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres (FB4)

	PS[1] et SA[2] (n = 155)		PS[1] (n = 104)		SA[2] (n = 51)		p[4]
Variables	Coefficient	p[3]	Coefficient	p[3]	Coefficient	p[3]	
Taille	-0,030	-	0,107	*	-0,269	**	0,015**
Confiance	0,210	***	0,118	*	0,323	***	0,109
Engagement	0,206	***	0,080	-	0,389	****	0,030**
Communication	0,109	**	0,223	***	-0,013	-	0,086*
Procédures	0,061	-	0,071	-	0,182	**	0,260
Échanges d'informations	0,092	*	0,202	***	-0,016	-	0,104
Coordination	0,124	**	0,188	**	0,030	-	0,181
Participation	0,214	***	0,364	****	-0,004	-	0,014**
Gestion des divergences	0,073	*	0,031	-	0,197	**	0,168
Adaptation	-0,001	-	-0,209	***	0,279	**	0,002***

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.6 : Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit (FB8)

	PS[1] et SA[2] (n = 155)		PS[1] (n = 104)		SA[2] (n = 51)		p[4]
Variables	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Taille	-0,136	**	-0,216	***	0,112	-	0,029**
Confiance	0,086	*	-0,016	-	0,149	*	0,167
Engagement	0,069	*	0,113	*	-0,036	-	0,197
Communication	0,224	****	0,041	-	0,312	***	0,054*
Procédures	0,238	****	0,111	*	-0,065	-	0,157
Échanges d'informations	0,121	**	-0,026	-	0,253	**	0,052*
Coordination	0,142	**	0,013	-	0,211	**	0,126
Participation	0,239	****	0,169	**	0,411	****	0,065*
Gestion des divergences	0,233	****	0,166	**	0,220	**	0,375
Adaptation	-0,126	**	-0,120	*	-0,085	-	0,420

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.7 : Accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres (FX1)

	PS[1] et SA[2] (n = 155)		PS[1] (n = 104)		SA[2] (n = 51)		p[4]
Variables	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Taille	0,061	-	0,086	*	0,000	-	0,312
Confiance	0,149	**	0,071	-	0,266	**	0,126
Engagement	0,115	**	-0,040	-	0,345	***	0,012**
Communication	0,141	**	0,249	***	0,020	-	0,091*
Procédures	0,127	**	0,105	*	0,169	*	0,355
Échanges d'informations	0,026	-	0,042	-	0,048	-	0,487
Coordination	0,102	*	0,141	**	0,043	-	0,287
Participation	0,250	****	0,361	****	0,106	-	0,061*
Gestion des divergences	0,061	-	-0,037	-	0,237	**	0,056*
Adaptation	0,056	-	-0,090	*	0,282	**	0,015**

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.8 : Temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres (T4)

	PS[1] et SA[2] (n = 155)		PS[1] (n = 104)		SA[2] (n = 51)		p[4]
Variables	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Taille	0,012	-	-0,107	*	0,210	**	0,034**
Confiance	0,090	*	0,025	-	0,194	**	0,164
Engagement	0,163	**	0,072	-	0,316	***	0,073*
Communication	-0,012	-	0,057	-	0,090	-	0,425
Procédures	-0,043	-	0,065	-	0,126	*	0,363
Échanges d'informations	0,040	-	0,093	-	0,063	-	0,432
Coordination	0,043	-	0,108	*	0,037	-	0,342
Participation	0,172	***	0,214	***	0,219	**	0,488
Gestion des divergences	0,027	-	-0,087	*	0,309	***	0,010***
Adaptation	0,072	*	-0,094	*	0,245	**	0,025**

(1) Vue personnel soignant
(2) Vue service des approvisionnements
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

D.2 VUE SERVICE DES APPROVISIONNEMENTS ET VUE CORPORATION D'ACHATS

Les résultats de l'analyse des corrélations pour chacun des indicateurs de performance en commun pour la vue service des approvisionnements et vue corporation d'achats sont présentés dans les Tableaux D.9 à D.17.

Après examen des résultats des tableaux, nous pouvons faire les constats suivants :

(iv) La dimension confiance a un effet très significatif et positif pour le service des approvisionnements sur quatre indicateurs de performance (voir Tableaux D.11, D.12, D.13 et D.15). Plus le partenaire avec qui on peut faire du réapprovisionnement est excellent, plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) est fiable, plus les *épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé* (COUT1), les *économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les*

mandats et les appels d'offres signés (C1) augmentent et plus les *délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres lors du processus de renégociation* (TEMPS2) sont courts. Par contre, pour la corporation d'achats, les deux indicateurs suivants : FB8 et COÛT1, cette dimension a un effet négatif.

(v) La dimension engagement a une influence significative sur quatre indicateurs de performance (voir Tableaux D.11, D.12, D.13 et D.16). Plus le service des approvisionnements est engagé à collaborer avec la corporation d'achats, plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8), les *épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé* (COUT1), le *nombre total de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités* (QUANT1), les *économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés* (C1) sont importants. Toutefois, ce dernier affiche une valeur négative pour la corporation d'achats et également sur FB8, COÛT1 et QUANT1. Cet effet de modération indique que plus le niveau d'engagement est bas, plus cette dimension a un impact sur ces quatre indicateurs.

(vi) La dimension communication, quant à elle, a un effet positif et significatif sur un indicateur de performance pour les deux vues (voir Tableau D.17). Plus la communication avec leur partenaire est complète et précise, plus la *qualité des fournitures* (QUAL1) est grande. De plus, pour le service des approvisionnements, cette dimension a une influence positive et significative sur le *nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier* ou QT1 (D.14).

(vii) La dimension procédures a une influence positive et significative pour la corporation d'achats (voir Tableau D.16). En fait, plus les documents relatifs aux tâches sont clairs et détaillés pour cette vue, plus cette dimension influence le *nombre total de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités* (QUANT1). Également, pour cette vue, cette dimension a un effet positif sur QUAL1 (D.17) mais demeure négatif pour le service des approvisionnements.

(viii) Les échanges d'informations influencent positivement et significativement trois indicateurs de performance pour la vue service des approvisionnements (voir Tableaux D.11, D.12 et D.17). Plus, il y a un partage des informations avec leur partenaire, plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8), la *qualité des fournitures* (QUAL1) et les *épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé* (COUT1) augmentent. Par contre, pour la corporation d'achats, cette dimension a une influence significativement négative sur COÛT1 et QUAL1.

(ix) La dimension coordination a un effet sur trois indicateurs de performance (voir Tableaux D.11, D.12 et D.17). Plus les activités du service des approvisionnements sont bien coordonnées avec leur partenaire, plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8), les *épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé* (COUT1) et la *qualité des fournitures* (QUAL1) augmentent. Mais, pour la corporation d'achats, cette dimension a un effet négatif et significatif sur ces deux indicateurs.

(x) La dimension participation, quant à elle, influence un seul indicateur de performance (voir Tableau D.15). En fait, plus le service des

approvisionnements participe avec leur partenaire à l'élaboration des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement, plus les *délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres lors du processus de renégociation* (TEMPS) sont raccourcis contrairement à la corporation d'achats où la valeur est négative.

(xi) La gestion des divergences est une dimension qui influence significativement cinq indicateurs de performance (voir Tableaux D.10 à D.13 et D.17). Pour la corporation d'achats plus les désaccords avec leur partenaire ont été résolus de manière moins collaborative, plus cette dimension a un impact sur les *fournisseurs rencontrant les conditions de service* (FIAB3), la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8), les *épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé* (COUT1), les *économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés* (C1) et la *qualité des fournitures* (QUAL1). Toutefois, pour le service des approvisionnements, plus les désaccords avec leur partenaire ont été résolus de manière satisfaisante, plus la performance est augmentée pour ces cinq indicateurs.

(xii) La dimension adaptation a une influence sur deux indicateurs de performance pour le service des approvisionnements (voir Tableaux D.12 et D.17). À cet effet, plus ce dernier s'adapte aux besoins formulés par leur partenaire, plus les *épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé* (COUT1) et la *qualité des fournitures* (QUAL1) sont élevés.

(xiii) Enfin, aucun effet modérateur n'est à noter pour le *% demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, mandats et d'appels d'offres non traités et sans erreurs* ou FIAB5 (voir Tableau D.9).

Tableau D.9 : % demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres non traités et sans erreur (FIAB5)

	SA[1] et CA[2] (n = 31)		SA[2] (n = 23)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,402	***	0,510	***	0,429	*	0,418
Engagement	0,323	**	0,461	***	-0,101	-	0,115
Communication	0,235	*	0,193	*	0,553	**	0,197
Procédures	0,282	**	0,225	*	0,607	**	0,171
Échanges d'informations	0,497	****	0,569	****	0,458	*	0,381
Coordination	0,378	***	0,362	**	0,471	*	0,396
Participation	0,067	-	0,066	-	0,513	**	0,159
Gestion des divergences	0,132	-	0,226	*	-0,350	*	0,117
Adaptation	0,403	***	0,440	***	0,684	**	0,233

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.10 : Fournisseurs rencontrant les conditions de service (FIAB3)

	SA[1] et CA[2] (n = 31)		SA[2] (n = 23)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,190	*	0,481	***	0,048	-	0,171
Engagement	0,117	-	0,379	**	-0,033	-	0,194
Communication	0,283	**	0,309	**	0,642	**	0,189
Procédures	0,056	-	0,107	-	0,415	*	0,252
Échanges d'informations	0,306	**	0,545	***	0,217	-	0,218
Coordination	0,174	*	0,366	**	-0,068	-	0,183
Participation	-0,027	-	0,243	*	0,078	-	0,367
Gestion des divergences	-0,033	-	0,335	**	-0,616	**	0,017**
Adaptation	0,212	*	0,497	***	0,466	*	0,468

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.11 : Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit (FB8)

	SA[1] et CA[2] (n = 31)		SA[2] (n = 23)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,515	****	0,612	****	-0,574	**	0,003***
Engagement	0,408	***	0,514	***	-0,479	*	0,015**
Communication	0,139	-	0,095	-	-0,132	-	0,324
Procédures	0,046	-	-0,106	-	-0,247	-	0,386
Échanges d'informations	0,427	***	0,386	**	-0,243	-	0,095*
Coordination	0,331	**	0,302	**	-0,514	**	0,040**
Participation	0,121	-	-0,072	-	-0,112	-	0,468
Gestion des divergences	0,230	*	0,201	*	-0,830	***	0,003***
Adaptation	0,402	***	0,356	**	-0,110	-	0,167

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.12 : Épargnes en $ selon le dernier prix payé en comparaison au nouveau prix payé (COÛT1)

	SA[1] et CA[2] (n = 31)		SA[2] (n = 23)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,404	***	0,558	****	-0,653	**	0,003***
Engagement	0,257	**	0,411	**	-0,539	**	0,019**
Communication	0,209	*	0,245	*	0,058	-	0,351
Procédures	0,178	*	0,161	-	-0,242	-	0,207
Échanges d'informations	0,417	***	0,439	***	-0,374	*	0,042**
Coordination	0,395	***	0,482	***	-0,550	**	0,011**
Participation	0,204	*	0,185	-	-0,154	-	0,247
Gestion des divergences	0,244	**	0,284	**	-0,741	***	0,007***
Adaptation	0,278	**	0,317	**	-0,524	**	0,035**

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.13 : Économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés (C1)

	SA[1] et CA[2] (n = 31)		SA[2] (n = 23)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,497	****	0,608	****	-0,230	-	0,030**
Engagement	0,269	**	0,409	**	-0,700	**	0,005***
Communication	0,358	**	0,387	**	0,097	-	0,267
Procédures	0,254	**	0,161	-	0,303	-	0,382
Échanges d'informations	0,401	***	0,306	**	0,308	-	0,498
Coordination	0,330	**	0,300	**	-0,093	-	0,210
Participation	0,229	*	0,220	*	-0,097	-	0,261
Gestion des divergences	0,295	**	0,336	**	-0,539	**	0,029**
Adaptation	0,363	**	0,369	**	0,116	-	0,294

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.14 : Nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier (QT1)

	SA[1] et CA[2] (n = 31)		SA[2] (n = 23)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,601	****	0,592	****	0,230	-	0,186
Engagement	0,362	**	0,369	**	-0,120	-	0,155
Communication	0,373	***	0,421	**	-0,216	-	0,091*
Procédures	0,337	**	0,209	*	0,434	*	0,307
Échanges d'informations	0,423	***	0,304	**	0,476	*	0,342
Coordination	0,458	***	0,390	**	0,342	-	0,456
Participation	0,341	**	0,267	*	-0,194	-	0,174
Gestion des divergences	0,345	**	0,237	*	0,021	-	0,330
Adaptation	0,491	****	0,387	**	0,246	-	0,377

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.15 : Délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres lors du processus de renégociation (TEMPS2)

	SA[1] et CA[2] (n = 31)		SA[2] (n = 23)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,560	****	0,632	****	0,045	-	0,081*
Engagement	0,478	***	0,491	***	0,269	-	0,301
Communication	0,263	**	0,304	**	-0,077	-	0,217
Procédures	0,238	**	0,192	*	0,225	-	0,473
Échanges d'informations	0,462	***	0,543	***	-0,034	-	0,100
Coordination	0,503	****	0,542	***	0,085	-	0,149
Participation	0,259	**	0,284	**	-0,355	*	0,093*
Gestion des divergences	0,328	**	0,342	**	-0,186	-	0,138
Adaptation	0,471	***	0,470	***	0,119	-	0,218

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.16 : Nombre total de demandes d'achats, bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités (QUANT1)

	SA[1] et CA[2] (n = 31)		SA[2] (n = 23)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,444	***	0,521	***	0,344	-	0,331
Engagement	0,275	**	0,438	***	-0,507	**	0,020**
Communication	0,272	**	0,245	*	0,256	-	0,491
Procédures	0,087	-	-0,140	-	0,753	***	0,013**
Échanges d'informations	0,399	***	0,311	*	0,698	**	0,140
Coordination	0,268	**	0,168	-	0,564	**	0,174
Participation	0,050	-	-0,012	-	0,224	-	0,316
Gestion des divergences	0,242	**	0,274	*	-0,189	-	0,173
Adaptation	0,259	**	0,254	*	0,260	-	0,495

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.17: Qualité des fournitures (QUAL1)

	SA[1] et CA[2] (n = 31)		SA[2] (n = 23)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,322	**	0,379	**	-0,200	-	0,115
Engagement	0,205	*	0,246	*	0,168	-	0,435
Communication	0,158	*	0,153	-	0,136	-	0,486
Procédures	0,064	-	0,033	-	-0,201	-	0,318
Échanges d'informations	0,421	***	0,573	****	-0,415	*	0,015**
Coordination	0,438	***	0,529	***	-0,205	-	0,056*
Participation	0,170	*	0,246	*	0,096	-	0,379
Gestion des divergences	0,123	-	0,214	*	-0,436	*	0,085*
Adaptation	0,317	**	0,391	**	-0,322	-	0,068*

(1) Vue service des approvisionnements
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

D.3 VUE PERSONNEL SOIGNANT ET VUE CORPORATION D'ACHATS

Enfin, les Tableaux D.18 à D.21 présentent les coefficients de corrélation par rapport à la vue personnel soignant et vue corporation d'achats pour chacun des indicateurs de performance communs.

(v) Les dimensions confiance et engagement ont un effet significatif et négatif sur un seul indicateur de performance pour la vue corporation d'achats (voir Tableau D.19). Ainsi, plus le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir leur relation avec leur partenaire sont moins importants et que la corporation d'achats n'est pas engagée à collaborer avec ce dernier, plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) est affectée. Toutefois, pour le personnel soignant, l'engagement a une influence positive sur cet indicateur.

(vi) La communication influence positivement et significativement le *temps de réponse du service des approvisionnements* ou FX2 (voir Tableau D.18), et

ce pour les deux vues. Donc, plus la communication est précise avec leur partenaire lors du réapprovisionnement et plus les documents relatifs aux activités sont clairs et détaillés, plus le temps de réponse de leur partenaire respectif est rapide.

(vii) Les procédures ont un effet positif sur la *satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement* ou S1 (voir Tableau D.20) pour les deux vues. Lorsque l'on observe le Tableau D.18, cette dimension a une influence négative sur FX2 pour le personnel soignant contrairement à la corporation d'achats.

(viii) La gestion des divergences a un effet sur deux indicateurs de performance (voir Tableaux D.19 et D.21). Plus le personnel soignant arrive à un compromis acceptable pour leur partenaire lors du réapprovisionnement plus la *qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit* (FB8) et la *qualité des fournitures* (QUAL1) sont élevées contrairement à la corporation d'achats.

(ix) L'adaptation a un effet sur seulement un indicateur de performance (voir Tableau D.18). Pour la corporation d'achats, plus celle-ci s'adapte aux besoins formulés par leur partenaire plus le *temps de réponse du service des approvisionnements* (FX2) est restreint.

(x) Les dimensions suivantes : les échanges d'informations, la coordination et la participation n'ont aucun effet modérateur sur les indicateurs de performance communs entre la vue personnel soignant et la vue corporation d'achats.

Tableau D.18 : Temps de réponse du service des approvisionnements (FX2)

	PS[1] et CA[2] (n = 112)		PS[1] (n = 104)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,156	**	0,150	**	0,169	-	0,483
Engagement	-0,017	-	-0,025	-	-0,014	-	0,491
Communication	0,263	****	0,238	***	0,731	***	0,067*
Procédures	-0,009	-	-0,095	*	0,507	**	0,077*
Échanges d'informations	0,197	***	0,223	***	0,257	-	0,469
Coordination	0,188	**	0,202	***	0,077	-	0,391
Participation	0,059	-	0,111	*	0,193	-	0,427
Gestion des divergences	-0,085	*	-0,056	-	-0,535	**	0,119
Adaptation	0,026	-	0,011	-	0,623	**	0,059*

(1) Vue personnel soignants
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.19 : Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit (FB8)

	PS[1] et CA[2] (n = 112)		PS[1] (n = 104)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	-0,052	-	-0,016	-	-0,574	**	0,082*
Engagement	0,075	-	0,113	*	-0,479	*	0,083*
Communication	0,028	-	0,041	-	-0,132	-	0,352
Procédures	0,083	*	0,111	*	-0,247	-	0,214
Échanges d'informations	-0,021	-	-0,026	-	-0,243	-	0,314
Coordination	-0,015	-	0,013	-	-0,514	**	0,103
Participation	0,154	**	0,169	**	-0,112	-	0,269
Gestion des divergences	0,120	*	0,166	**	-0,830	***	0,016**
Adaptation	-0,116	*	-0,120	*	-0,110	-	0,491

(1) Vue personnel soignants
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.20 : Satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement (S1)

	PS[1] et CA[2] (n = 112)		PS[1] (n = 104)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,192	**	0,172	**	0,431	*	0,265
Engagement	0,054	-	0,062	-	-0,101	-	0,361
Communication	0,413	****	0,389	****	0,725	***	0,134
Procédures	0,147	**	0,089	*	0,805	***	0,013**
Échanges d'informations	0,229	***	0,202	***	0,461	*	0,261
Coordination	0,397	****	0,375	****	0,532	**	0,333
Participation	0,457	****	0,473	****	0,391	*	0,413
Gestion des divergences	-0,007	-	0,035	-	-0,447	*	0,130
Adaptation	0,009	-	-0,035	-	0,455	*	0,126

(1) Vue personnel soignants
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

Tableau D.21 : Qualité des fournitures (QUAL1)

	PS[1] et CA[2] (n = 112)		PS[1] (n = 104)		CA[2] (n = 8)		p[4]
Variables indépendantes	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	**Coefficient**	**p[3]**	
Confiance	0,015	-	0,023	-	-0,200	-	0,311
Engagement	0,133	**	0,144	**	0,168	-	0,479
Communication	0,087	*	0,082	-	0,136	-	0,453
Procédures	0,198	***	0,210	***	-0,201	-	0,182
Échanges d'informations	-0,002	-	0,019	-	-0,415	*	0,158
Coordination	0,046	-	0,064	-	-0,205	-	0,277
Participation	0,311	****	0,353	****	0,096	-	0,276
Gestion des divergences	0,122	**	0,165	**	-0,436	*	0,084*
Adaptation	-0,039	-	-0,023	-	-0,322	-	0,249

(1) Vue personnel soignants
(2) Vue corporation d'achats
(3) p = niveau de signification pour les corrélations
(4)Test bilatéral de différence entre coefficients de corrélation de chaque sous-groupe
* p < 0,10 ; **p < 0,05 ; ***p < 0,01 ; ****p < 0,001

ANNEXE E : GUIDE D'ENTREVUE

1. Introduction

1.1 Pouvez-vous me donner un bref aperçu du cheminement de votre carrière jusqu'à aujourd'hui ?

2. Votre organisation

2.1 Quelle est la mission de votre centre hospitalier ?

2.2 Comment décririez-vous votre centre hospitalier en comparaison avec d'autres centres hospitaliers du réseau ?

2.2 Quelles sont les spécialités de votre organisation ?

2.3 Quel est le secteur le plus important dans l'environnement de votre organisation ?

3. Caractéristiques générales du réapprovisionnement

3.1 D'après vous, quel est le positionnement de votre service ?

3.2 Pouvez-vous identifier vos clients ?

3.3 Pouvez-vous identifier votre marché ?

3.4 Selon vous, quels sont les impératifs technologiques, sectoriels, économiques, etc. ?

4. Activités de réapprovisionnement

4.1 Quel est le pourcentage du budget annuel de l'hôpital est consacré à la fonction de réapprovisionnement ?

4.2 Quelles sont les activités de réapprovisionnement ?

4.3 Comment décrivez-vous chacune de ces activités ?

4.4 Quelle importance relative accordez-vous pour chacune de ces activités ?

5. Modes de réapprovisionnement

5.1 Quelles sont les modes de réapprovisionnement utilisés dans votre organisation ?

5.2 Pouvez-vous me décrire chacun de ces modes ?

6. Processus de réapprovisionnement

6.1 Quels sont les groupes de professionnels impliqués dans le processus ?

6.2 Quels sont les rôles et les responsabilités de chacun des groupes de professionnels impliqués dans le processus ?

6.3 Combien de magasins ou de réserves ou autres détenez-vous et quel est le rôle respectif de chacun ?

6.4 Combien de familles de produits vous avez au sein de votre organisation ?

6.5 Pouvez-vous identifier ces familles de produits ?

6.6 Pouvez-vous décrire vos tâches lors du réapprovisionnement ?

6.7 Est-ce que vous utilisez le système SAP R/3 lors du réapprovisionnement ?

6.8 Est-ce que vous utilisez des plates-formes électroniques lors du réapprovisionnement ?

6.9 Le processus diffère-t-il selon le type de produits (codés, non codés, d'immobilisations) ?

7. Indicateurs de performances

7.1 Selon les dimensions de performance (fiabilité, flexibilité, coût, temps, qualité, quantité, disponibilité et satisfaction), quelles sont celles dont vous privilégiez ?

7.2 Quelles sont les mesures de performance que vous privilégiez ?

ANNEXE F : QUESTIONNAIRES
VOLET PERSONNEL SOIGNANT

I. VOTRE ORGANISATION

1. Votre profession :

- ☐ Infirmier assistant-chef
- ☐ Chef des approvisionnements
- ☐ Directeur du service d'administration
- ☐ Directeur des opérations
- ☐ Technicien en approvisionnement
- ☐ Assistant à la coordination
- ☐ Infirmier-chef
- ☐ Directeur général
- ☐ Conseiller
- ☐ Acheteur
- ☐ Commis senior
- ☐ Commis intermédiaire
- ☐ Magasinier
- ☐ Préposé
- ☐ Documentaliste
- ☐ Autre (précisez) :

2. Nombre d'années dans cette organisation :_____
3. Nombre d'années au poste occupé actuellement : _____
4. Pour quel(s) département(s) travaillez-vous au sein de votre organisation? _____

II. ACTIVITÉS DE RÉAPPROVISIONNEMENT

5. Même si vous n'êtes pas directement impliqué dans les activités de réapprovisionnement, quelle est l'importance des dimensions suivantes pour chacune de ces activités ?

	ACTIVITÉS DE RÉAPPROVISIONNEMENT																								
	Achat							Négociation							Commande										
	Pas important						Très important	Pas important						Très important	Pas important						Très important				
Fiabilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Flexibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Coût	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Temps	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Qualité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Quantité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Disponibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
	Prélèvement							**Livraison**							**Rangement**										
Fiabilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Flexibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Coût	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Temps	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Qualité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Quantité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Disponibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				

III. COLLABORATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT ENTRE LES GROUPES

6. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement?

	Avec le service des approvisionnements						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Ce groupe est un excellent partenaire avec qui on peut faire du réapprovisionnement.	1	2	3	4	5	6	7
Le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir notre relation avec ce groupe en vaut la peine.	1	2	3	4	5	6	7
Le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir notre relation avec ce groupe sont importants.	1	2	3	4	5	6	7
Nous comptons généralement sur l'appui de ce groupe pour des questions de réapprovisionnement.	1	2	3	4	5	6	7
Nous sommes ouverts aux demandes d'information supplémentaires de ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nous attendons à ce que les intérêts de ce groupe soient pris en considération quand un problème surgit.	1	2	3	4	5	6	7
Nous sommes très engagés à continuer avec ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nous désirons collaborer à long terme avec ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7

IV. COMMUNICATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

7. Selon vous, la communication avec le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement est :

	Avec le service des approvisionnements						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
pertinente	1	2	3	4	5	6	7
précise	1	2	3	4	5	6	7
adéquate	1	2	3	4	5	6	7
complète	1	2	3	4	5	6	7
crédible	1	2	3	4	5	6	7

8. Nous communiquons aussitôt que possible les problèmes de réapprovisionnement auprès du service des approvisionnements.

Auprès du service des approvisionnements						
Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
1	2	3	4	5	6	7

V. PROCÉDURES DE RÉAPPROVISIONNEMENT

9. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement?	**Avec le service des approvisionnements**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Les documents expliquent clairement et de façon détaillée les tâches pour ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Les documents expliquent clairement et de façon détaillée les activités pour ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Les documents définissent clairement et de façon détaillée les fréquences de réapprovisionnement pour ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7

VI. ÉCHANGE D'INFORMATIONS LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

10. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement?	**Avec le service des approvisionnements**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous partageons des informations avec ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nous tenons informés ce groupe des évènements ou des changements susceptibles de l'affecter.	1	2	3	4	5	6	7
Nous échangeons des informations fréquemment et de façon informelle avec ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7

VII. COORDINATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

11. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement?	**Avec le service des approvisionnements**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nos activités avec ce groupe sont bien coordonnées.	1	2	3	4	5	6	7
Dans cette relation, nous savons toujours ce que nous sommes supposés de faire pour ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7

VIII. PARTICIPATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

12. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement?

	Le service des approvisionnements						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous participons à l'élaboration des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nos suggestions sont généralement retenues par ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nous cherchons des conseils auprès de ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Ce groupe recherche nos conseils.	1	2	3	4	5	6	7

IX. GESTION DES DIVERGENCES LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

13. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement?

	Le service des approvisionnements						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous essayons d'arriver à un compromis acceptable pour le groupe lors d'un désaccord.	1	2	3	4	5	6	7
Au cours de la dernière année, les désaccords entre nous et ce groupe ont été résolus de manière collaborative.	1	2	3	4	5	6	7
Au cours de la dernière année, les désaccords entre nous et ce groupe ont été résolus de manière satisfaisante.	1	2	3	4	5	6	7

X. ADAPTATION AU NIVEAU DU RÉAPPROVISIONNEMENT

14. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le service des approvisionnements lors du réapprovisionnement?

	Le service des approvisionnements						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous nous adaptons généralement aux besoins formulés par ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nous adaptons nos activités de réapprovisionnement aux besoins de ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7

XI. PERFORMANCE DU RÉAPPROVISIONNEMENT

15. Quelle est l'importance actuelle des indicateurs de performance suivants dans le cas des fournitures de consommation courante ?

	Niveau d'importance des indicateurs						
Fiabilité	Pas important						Très important
Retard de livraison des fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7

% de la fréquence de livraison des fournitures respectée dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
% de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres émis sans intervention.	1	2	3	4	5	6	7
Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	1	2	3	4	5	6	7
% des livraisons de fournitures aux bons endroits.	1	2	3	4	5	6	7
% de rangement de fournitures aux bons emplacements.	1	2	3	4	5	6	7
Flexibilité							
Accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
Temps de réponse du service des approvisionnements.	1	2	3	4	5	6	7
Flexibilité au niveau du traitement des demandes d'achats (réquisition, EBPro)	1	2	3	4	5	6	7
Temps							
Délais de traitement des demandes d'achats (réquisition, EBPro).	1	2	3	4	5	6	7
Temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
Qualité							
% de plaintes au niveau des fournitures.	1	2	3	4	5	6	7
% des fournitures conformes selon les standards établis	1	2	3	4	5	6	7
Qualité générale des fournitures	1	2	3	4	5	6	7
Disponibilité							
% de fournitures en stock dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
% de fournitures disponibles dans une autre unité de soins, une réserve, un double casier, un chariot et autres lors de rupture des stocks.	1	2	3	4	5	6	7
Satisfaction							
Satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement.	1	2	3	4	5	6	7

VOLET CORPORATION D'ACHATS

I. VOTRE ORGANISATION

1. Votre profession :

- [ ] Infirmier assistant-chef
- [ ] Chef des approvisionnements
- [ ] Directeur du service d'administration
- [ ] Directeur des opérations
- [ ] Technicien en approvisionnement
- [ ] Assistant à la coordination
- [ ] Infirmier-chef
- [ ] Directeur général
- [ ] Conseiller
- [ ] Acheteur
- [ ] Commis senior
- [ ] Commis intermédiaire
- [ ] Magasinier
- [ ] Préposé
- [ ] Documentaliste
- [ ] Autre (précisez) :

2. Nombre d'années dans cette organisation :_____
3. Nombre d'années au poste occupé actuellement : _____
4. Pour quel(s) département(s) travaillez-vous au sein de votre organisation? _____

II. ACTIVITÉS DE RÉAPPROVISIONNEMENT

5. Même si vous n'êtes pas directement impliqué dans les activités de réapprovisionnement, quelle est l'importance des dimensions suivantes pour chacune de ces activités ?

	ACTIVITÉS DE RÉAPPROVISIONNEMENT																								
	Achat							Négociation							Commande										
	Pas important						Très important	Pas important						Très important	Pas important						Très important				
Fiabilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Flexibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Coût	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Temps	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Qualité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Quantité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Disponibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
	Prélèvement							**Livraison**							**Rangement**										
Fiabilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Flexibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Coût	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Temps	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Qualité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Quantité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Disponibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				

III. COLLABORATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT ENTRE LES GROUPES

6. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et les services des approvisionnements lors du réapprovisionnement?

	Avec les services des approvisionnements						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Ce groupe est un excellent partenaire avec qui on peut faire du réapprovisionnement.	1	2	3	4	5	6	7
Le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir notre relation avec ce groupe en vaut la peine.	1	2	3	4	5	6	7
Le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir notre relation avec ce groupe sont importants.	1	2	3	4	5	6	7
Nous comptons généralement sur l'appui de ce groupe pour des questions de réapprovisionnement.	1	2	3	4	5	6	7
Nous sommes ouverts aux demandes d'information supplémentaires de ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nous attendons à ce que les intérêts de ce groupe soient pris en considération quand un problème surgit.	1	2	3	4	5	6	7
Nous sommes très engagés à continuer avec ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nous désirons collaborer à long terme avec ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7

IV. COMMUNICATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

7. Selon vous, la communication avec les services des approvisionnements lors du réapprovisionnement est :

	Avec les services des approvisionnements						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
pertinente	1	2	3	4	5	6	7
précise	1	2	3	4	5	6	7
adéquate	1	2	3	4	5	6	7
complète	1	2	3	4	5	6	7
crédible	1	2	3	4	5	6	7

8. Nous communiquons aussitôt que possible les problèmes de réapprovisionnement auprès des services des approvisionnements.

Auprès des services des approvisionnements						
Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
1	2	3	4	5	6	7

V. PROCÉDURES DE RÉAPPROVISIONNEMENT

9. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et les services des approvisionnements lors du réapprovisionnement?	**Avec les services des approvisionnements**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Les documents expliquent clairement et de façon détaillée les tâches pour ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Les documents expliquent clairement et de façon détaillée les activités pour ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Les documents définissent clairement et de façon détaillée les fréquences de réapprovisionnement pour ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7

VI. ÉCHANGE D'INFORMATIONS LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

10. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et les services des approvisionnements lors du réapprovisionnement?	**Avec les services des approvisionnements**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous partageons des informations avec ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nous tenons informés ce groupe des évènements ou des changements susceptibles de l'affecter.	1	2	3	4	5	6	7
Nous échangeons des informations fréquemment et de façon informelle avec ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7

VII. COORDINATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

11. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et les services des approvisionnements lors du réapprovisionnement?	**Avec les services des approvisionnements**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nos activités avec ce groupe sont bien coordonnées.	1	2	3	4	5	6	7
Dans cette relation, nous savons toujours ce que nous sommes supposés de faire pour ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7

VIII. PARTICIPATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

12. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et les services des approvisionnements lors du réapprovisionnement?

	Les services des approvisionnements						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous participons à l'élaboration des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nos suggestions sont généralement retenues par ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nous cherchons des conseils auprès de ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Ce groupe recherche nos conseils.	1	2	3	4	5	6	7

IX. GESTION DES DIVERGENCES LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

13. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et les services des approvisionnements lors du réapprovisionnement?

	Les services des approvisionnements						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous essayons d'arriver à un compromis acceptable pour le groupe lors d'un désaccord.	1	2	3	4	5	6	7
Au cours de la dernière année, les désaccords entre nous et ce groupe ont été résolus de manière collaborative.	1	2	3	4	5	6	7
Au cours de la dernière année, les désaccords entre nous et ce groupe ont été résolus de manière satisfaisante.	1	2	3	4	5	6	7

X. ADAPTATION AU NIVEAU DU RÉAPPROVISIONNEMENT

14. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et les services des approvisionnements lors du réapprovisionnement?

	Les services des approvisionnements						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous nous adaptons généralement aux besoins formulés par ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7
Nous adaptons nos activités de réapprovisionnement aux besoins de ce groupe.	1	2	3	4	5	6	7

XI. PERFORMANCE DU RÉAPPROVISIONNEMENT

15. Quelle est l'importance actuelle des indicateurs de performance suivants dans le cas des fournitures de consommation courante ?	**Niveau d'importance des indicateurs** Pas important						Très important
Fiabilité							
% de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres émis sans intervention.	1	2	3	4	5	6	7
Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	1	2	3	4	5	6	7
Niveau de service du fournisseur.	1	2	3	4	5	6	7
% de soumissions, de mandats et d'appels d'offres négociés sans erreur.	1	2	3	4	5	6	7
% des fournisseurs rencontrant les conditions de :							
qualité	1	2	3	4	5	6	7
livraison	1	2	3	4	5	6	7
flexibilité	1	2	3	4	5	6	7
fiabilité	1	2	3	4	5	6	7
coût	1	2	3	4	5	6	7
Flexibilité							
Temps de réponse des services des approvisionnements.	1	2	3	4	5	6	7
Flexibilité au niveau du traitement des soumissions, des mandats et d'appels d'offres.	1	2	3	4	5	6	7
Coût							
Économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés.	1	2	3	4	5	6	7
Épargnes en $ sur le prix du marché.	1	2	3	4	5	6	7
Coût d'émission d'une soumission, d'un mandat et d'un appel d'offres.	1	2	3	4	5	6	7
Dernier prix payé en $ en comparaison au nouveau prix payé en $.	1	2	3	4	5	6	7
Coût des achats en commun par famille de produit.	1	2	3	4	5	6	7
Revenus excédentaires en $.	1	2	3	4	5	6	7
Temps							
Délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres.	1	2	3	4	5	6	7
Temps de cycle du processus de renégociation des fournitures.	1	2	3	4	5	6	7

Qualité

% de plaintes au niveau des fournitures.	1	2	3	4	5	6	7
% des fournitures conformes selon les standards établis	1	2	3	4	5	6	7
Qualité générale des fournitures	1	2	3	4	5	6	7

Quantité

Nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier.	1	2	3	4	5	6	7
Nombre total de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres.	1	2	3	4	5	6	7
Nombre de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités.	1	2	3	4	5	6	7

Satisfaction

Satisfaction générale envers les services des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement.	1	2	3	4	5	6	7

VOLET SERVICE DES APPROVISIONNEMENTS

I. VOTRE ORGANISATION

1.Votre profession :

- [ ] Infirmier assistant-chef
- [ ] Chef des approvisionnements
- [ ] Directeur du service d'administration
- [ ] Directeur des opérations
- [ ] Technicien en approvisionnement
- [ ] Assistant à la coordination
- [ ] Infirmier-chef
- [ ] Directeur général
- [ ] Conseiller
- [ ] Acheteur
- [ ] Commis senior
- [ ] Commis intermédiaire
- [ ] Magasinier
- [ ] Préposé
- [ ] Documentaliste
- [ ] Autre (précisez) :

2. Nombre d'années dans cette organisation :_____

3. Nombre d'années au poste occupé actuellement : _____

4. Pour quel(s) département(s) travaillez-vous au sein de votre organisation? _____

II. ACTIVITÉS DE RÉAPPROVISIONNEMENT

5. Même si vous n'êtes pas directement impliqué dans les activités de réapprovisionnement, quelle est l'importance des dimensions suivantes pour chacune de ces activités ?

	ACTIVITÉS DE RÉAPPROVISIONNEMENT																								
	Achat							Négociation							Commande										
	Pas important						Très important	Pas important						Très important	Pas important						Très important				
Fiabilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Flexibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Coût	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Temps	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Qualité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Quantité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Disponibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
	Prélèvement							**Livraison**							**Rangement**										
Fiabilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Flexibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Coût	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Temps	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Qualité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Quantité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Disponibilité	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				
Satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				

III. COLLABORATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT ENTRE LES GROUPES

6. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le personnel soignant et la corporation d'achats lors du réapprovisionnement?	**Avec le personnel soignant**							**Avec la corporation d'achats**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Chaque groupe est un excellent partenaire avec qui on peut faire du réapprovisionnement.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir notre relation avec ces groupes en vaut la peine.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Le temps et les efforts consacrés pour développer et maintenir notre relation avec ces groupes sont importants.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nous comptons généralement sur l'appui de ces groupes pour des questions de réapprovisionnement.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nous sommes ouverts aux demandes d'information supplémentaires de ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nous attendons à ce que les intérêts de ces groupes soient pris en considération quand un problème surgit.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nous sommes très engagés à continuer avec ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nous désirons collaborer à long terme avec ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

IV. COMMUNICATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

7. Selon vous, la communication avec le personnel soignant et la corporation d'achats lors du réapprovisionnement est :	**Avec le personnel soignant**							**Avec la corporation d'achats**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
pertinente	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
précise	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
adéquate	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
complète	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
crédible	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

8. Nous communiquons aussitôt que possible les problèmes de réapprovisionnement auprès du personnel soignant et de la corporation d'achats.	**Auprès du personnel soignant**							**Auprès de la corporation d'achats**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

V. PROCÉDURES DE RÉAPPROVISIONNEMENT

9. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le personnel soignant et la corporation d'achats lors du réapprovisionnement ?	**Avec le personnel soignant**							**Avec la corporation d'achats**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Les documents expliquent clairement et de façon détaillée les tâches pour chacun de ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Les documents expliquent clairement et de façon détaillée les activités pour chacun de ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Les documents définissent clairement et de façon détaillée les fréquences de réapprovisionnement pour ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

VI. ÉCHANGES D'INFORMATIONS LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

10. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le personnel soignant et la corporation d'achats lors du réapprovisionnement ?	**Avec le personnel soignant**							**Avec la corporation d'achats**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous partageons des informations avec ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nous tenons informés ces groupes des évènements ou des changements susceptibles de les affecter.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nous échangeons des informations fréquemment et de façon informelle avec ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

VII. COORDINATION AU NIVEAU DU RÉAPPROVISIONNEMENT

11. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le personnel soignant et la corporation d'achats lors du réapprovisionnement ?	**Avec le personnel soignant**							**Avec la corporation d'achats**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nos activités avec ces groupes sont bien coordonnées.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Dans cette relation, nous savons toujours ce que nous sommes supposés faire pour ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

VIII. PARTICIPATION LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

12. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le personnel soignant et la corporation d'achats lors du réapprovisionnement ?	**Le personnel soignant**							**La corporation d'achats**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous participons à l'élaboration des objectifs et des prévisions de réapprovisionnement avec ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nos suggestions sont généralement retenues par ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nous cherchons des conseils auprès de ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Ces groupes recherchent nos conseils.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

IX. GESTION DES DIVERGENCES LORS DU RÉAPPROVISIONNEMENT

13. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le personnel soignant et la corporation d'achats lors du réapprovisionnement ?	**Le personnel soignant**							**La corporation d'achats**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous essayons d'arriver à un compromis acceptable pour ces groupes lors d'un désaccord.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Au cours de la dernière année, les désaccords entre nous et ces groupes ont été résolus de manière collaborative.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Au cours de la dernière année, les désaccords entre nous et ces groupes ont été résolus de manière satisfaisante.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

X. ADAPTATION AU NIVEAU DU RÉAPPROVISIONNEMENT

14. Dans quelle mesure les énoncés suivants décrivent la relation qui existe entre vous et le personnel soignant et la corporation d'achats lors du réapprovisionnement ?	**Le personnel soignant**							**La corporation d'achats**						
	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord	Tout à fait en désaccord						Tout à fait en accord
Nous nous adaptons généralement aux besoins formulés par ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nous adaptons nos activités de réapprovisionnement aux besoins de ces groupes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

XI. PERFORMANCE DU RÉAPPROVISIONNEMENT

15. Quelle est l'importance actuelle des indicateurs de performance suivants dans le cas des fournitures de consommation courante ?	**Niveau d'importance des indicateurs**						
Fiabilité	Pas important						Très important
Taux mensuel de rotation des stocks dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
Retard de livraison des fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
% de la fréquence de livraison des fournitures respectée dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
% de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres émis sans intervention.	1	2	3	4	5	6	7
Nombre de lignes factures litigieuses sur le nombre total de lignes commandes.	1	2	3	4	5	6	7
Nombre de lignes « back order » sur le nombre total de lignes commandes.	1	2	3	4	5	6	7
Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	1	2	3	4	5	6	7
% des livraisons de fournitures aux bons endroits.	1	2	3	4	5	6	7
% de rangement de fournitures aux bons emplacements.	1	2	3	4	5	6	7
% de prélèvement des fournitures selon les quantités demandées.	1	2	3	4	5	6	7
Niveau de service du fournisseur.	1	2	3	4	5	6	7
% de soumissions, de mandats et d'appels d'offres négociés sans erreur.	1	2	3	4	5	6	7

% des fournisseurs rencontrant les conditions de :							
qualité	1	2	3	4	5	6	7
livraison	1	2	3	4	5	6	7
flexibilité	1	2	3	4	5	6	7
fiabilité	1	2	3	4	5	6	7
coût	1	2	3	4	5	6	7
Flexibilité							
Accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
Temps de réponse de la corporation d'achats.	1	2	3	4	5	6	7
Temps de réponse du personnel soignant.	1	2	3	4	5	6	7
Flexibilité au niveau du traitement des demandes d'achats (réquisition, EBPro)	1	2	3	4	5	6	7
Flexibilité au niveau du traitement des bons de commande.	1	2	3	4	5	6	7
Flexibilité au niveau du traitement des soumissions, des mandats et d'appels d'offres.	1	2	3	4	5	6	7
Coût							
Économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés.	1	2	3	4	5	6	7
Coût pour les fournitures à contrat, en achat direct, en inventaire et « one shot ».	1	2	3	4	5	6	7
Épargnes en $ sur le prix du marché.	1	2	3	4	5	6	7
Coût d'émission d'une demande d'achats (réquisition, EBPro).	1	2	3	4	5	6	7
Coût d'émission d'un bon de commande.	1	2	3	4	5	6	7
Coût d'émission d'une soumission, d'un mandat et d'un appel d'offres.	1	2	3	4	5	6	7
Dernier prix payé en $ en comparaison au nouveau prix payé en $.	1	2	3	4	5	6	7
Temps							
Délais de traitement des demandes d'achats (réquisition, EBPro).	1	2	3	4	5	6	7
Délais de traitement des bons de commande.	1	2	3	4	5	6	7
Délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres.	1	2	3	4	5	6	7
Temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
Temps de cycle du processus de renégociation des fournitures.	1	2	3	4	5	6	7

Qualité							
% de plaintes au niveau des fournitures.	1	2	3	4	5	6	7
% des fournitures conformes selon les standards établis	1	2	3	4	5	6	7
Qualité générale des fournitures	1	2	3	4	5	6	7
Quantité							
Nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier.	1	2	3	4	5	6	7
Nombre de fournitures à réapprovisionner dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
% des requêtes papiers par rapport au nombre de requêtes électroniques.	1	2	3	4	5	6	7
Nombre total de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres.	1	2	3	4	5	6	7
Nombre de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités.	1	2	3	4	5	6	7
% de nouvelles fournitures qui doivent être approuvées formellement.	1	2	3	4	5	6	7
Disponibilité							
% de fournitures en stock dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	1	2	3	4	5	6	7
% de fournitures disponibles dans une autre unité de soins, une réserve, un double casier, un chariot et autres lors de rupture des stocks.	1	2	3	4	5	6	7
Satisfaction							
Satisfaction générale envers le personnel soignant lors des activités de réapprovisionnement.	1	2	3	4	5	6	7
Satisfaction générale envers la corporation d'achats lors des activités de réapprovisionnement.	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE G : FICHES INDICATEURS

Indicateurs de fiabilité				
Numéro	**Indicateur**	**Définition**	**Activités**	**Vue**
FB1	Taux mensuel de rotation des stocks dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	Indicateur de renouvellement des stocks dans une période donnée (rapport entre les sorties et le stock physique moyen correspondant).	Commande	SA
FB2	Retard de livraison des fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	Connaître le dépassement du délai de livraison dans les unités de soins ou autres endroits.	Livraison	SA et PS
FB3	% de la fréquence de livraison des fournitures respectée dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	Intervalle désignant le rythme de la fréquence de livraison dans les unités de soins.	Livraison	SA et PS
FB4	% des inventaires de fournitures conformes dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	Relevé détaillé des stocks dans les unités de soins à une période donnée.	Commande	SA et PS
FB5	% de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres émis sans intervention.	Nombre de demandes d'achats (ou autres) émis sans intervention par rapport au nombre total de demandes d'achat (ou autres).	Achat Négociation Commande	SA, PS et CA
FB6	Nombre de lignes factures litigieuses sur le nombre total de lignes commandes.	Nombre de lignes de factures litigieuses rapporté au nombre total de lignes commandes.	Commande	SA
FB7	Nombre de lignes « back order » sur le nombre total de lignes commandes.	Nombre de lignes commandes en retard par rapport au nombre total de lignes commandes. Division de la commande référence. Si une commande concerne « x » références, on dit qu'elle est composée de « x » lignes de commandes.	Commande	SA
FB8	Qualité du devis technique qui reflète la fiabilité du produit.	Connaître la qualité du devis technique afin de comparer les caractéristiques techniques d'un produit avec un autre produit.	Achat Négociation Commande	SA, PS et CA
FB9	% des livraisons de fournitures aux bons endroits.	Connaître la distribution des fournitures afin de détecter si ces dernières sont aux endroits prédéterminés.	Livraison	SA et PS
FB10	% de rangement de fournitures aux bons emplacements.	Connaître la disposition des fournitures afin de détecter si ces dernières sont aux emplacements prédéterminés.	Rangement	SA et PS
FB11	% de prélèvement des fournitures selon les quantités demandées.	Nombre de prélèvement des biens d'un stock au fur et à mesure des besoins au magasin général selon les quantités à réapprovisionner.	Prélèvement	SA
FB12	Niveau de service du fournisseur.	Degré de l'importance relative du service assuré aux usagers à l'occasion d'une prestation.	Achat Négociation	SA et CA
FB13	% de soumissions, de mandats et d'appels d'offres négociés sans erreur.	Nombre de soumissions (ou autres) négociés sans erreur par rapport au nombre total de soumissions négociés (ou autres).	Achat Négociation	SA et CA
FB14	% des fournisseurs rencontrant les conditions de qualité.	Nombre de fournisseurs par rapport au nombre total de fournisseurs rencontrant les conditions de qualité.	Achat Négociation	SA et CA
FB15	% des fournisseurs rencontrant les conditions de livraison.	Nombre de fournisseurs par rapport au nombre total de fournisseurs rencontrant les conditions de livraison.	Achat Négociation	SA et CA
FB16	% des fournisseurs rencontrant les conditions de flexibilité.	Nombre de fournisseurs par rapport au nombre total de fournisseurs rencontrant les conditions de flexibilité.	Achat Négociation	SA et CA
FB17	% des fournisseurs rencontrant les conditions de fiabilité.	Nombre de fournisseurs par rapport au nombre total de fournisseurs rencontrant les conditions de fiabilité.	Achat Négociation	SA et CA
FB18	% des fournisseurs rencontrant les conditions de coût.	Nombre de fournisseurs par rapport au nombre total de fournisseurs rencontrant les conditions de coût.	Achat Négociation	SA et CA

Indicateurs de flexibilité				
Numéro	**Indicateur**	**Définition**	**Activités**	**Vue**
FX1	Accès aux fournitures dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	Connaître l'emplacement des fournitures dans les unités de soins ou autres emplacements.	Commande	SA et PS
FX2	Temps de réponse du service des approvisionnements.	Intervalle de temps mis par le service des approvisionnements pour traiter un ordre.	Commande Négociation	PS et CA
FX3	Temps de réponse de la corporation d'achats.	Intervalle de temps mis par la corporation d'achats pour traiter un ordre.	Négociation	SA
FX4	Temps de réponse du personnel soignant.	Intervalle de temps mis par le personnel soignant pour traiter un ordre.	Commande	SA
FX5	Flexibilité au niveau du traitement des demandes d'achats (réquisition, EBPro).	Temps de traitement des demandes d'achat s(réquisition, EBPro).	Commande Achat	SA et PS
FX6	Flexibilité au niveau du traitement des bons de commande.	Temps de traitement des bons de commande.	Achat	SA
FX7	Flexibilité au niveau du traitement des soumissions, des mandats et d'appels d'offres.	Temps de traitement des soumissions, des mandats et d'appels d'offres.	Négociation	SA et CA

Indicateurs de coût				
Numéro	**Indicateur**	**Définition**	**Activités**	**Vue**
C1	Économies en $ négociées sur les bons de commande, les soumissions, les mandats et les appels d'offres signés.	Montant total des économies lors de la négociation.	Négociation	SA et CA
C2	Coût pour les fournitures à contrat, en achat direct, en inventaire et « one shot ».	Total des dépenses engagées pour les fournitures à contrat, en achat direct, en inventaire et « one shot ».	Achat	SA
C3	Épargnes en $ sur le prix du marché.	Réduction des prix découlant du marché.	Achat Négociation	SA et CA
C4	Coût d'émission d'une demande d'achats (réquisition, EBPro).	Coût interne passé entre les centres de travail.	Achat	SA
C5	Coût d'émission d'un bon de commande.	Nombre de bons de commande passés aux fournisseurs par rapport aux commandes reçues.	Achat	SA
C6	Coût d'émission d'une soumission, d'un mandat et d'un appel d'offres.	Ordre par lequel est déclenché un processus de mise à la disposition de celui dont il émane de certains produits dans des conditions déterminées.	Négociation	SA et CA
C7	Dernier prix payé en $ en comparaison au nouveau prix payé en $.	Indice d'évaluation des prix (prix payé par rapport au nouveau prix payé).	Achat Négociation	SA et CA
C8	Coût des achats en commun par famille de produit.	Total des dépenses engagées par famille de produit.	Négociation	CA
C9	Revenus en $.	Gains d'efficacité provenant d'une opération.	Négociation	CA

Indicateurs de temps				
Numéro	**Indicateur**	**Définition**	**Activités**	**Vue**
T1	Délais de traitement des demandes d'achats (réquisition, EBPro).	Temps nécessaire à la réalisation des demandes d'achats (réquisition, EBPro).	Achat Commande	SA et PS
T2	Délais de traitement des bons de commande.	Temps nécessaire à la réalisation des bons de commande.	Achat Commande	SA
T3	Délais de traitement des soumissions, des mandats et des appels d'offres.	Temps nécessaire à la réalisation des soumissions, des mandats et des appels d'offres.	Négociation	SA et CA
T4	Temps passé pour faire l'inventaire des besoins dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	Temps passé pour identifier les besoins en fournitures à réapprovisionner.	Commande	SA et PS
T5	Temps de cycle du processus de renégociation des fournitures.	Mesure la simplicité et l'efficacité du processus de renégociation des fournitures.	Négociation	SA et CA

Indicateurs de qualité				
Numéro	**Indicateur**	**Définition**	**Activités**	**Vue**
QL1	% de plaintes au niveau des fournitures.	Nombre de plaintes provenant de l'utilisation des fournitures utilisées.	Achat Négociation Commande	SA, PS et CA
QL2	% des fournitures conformes selon les standards établis	% de fournitures conformes aux spécifications recommandées du secteur de la santé.	Achat Négociation Commande	SA, PS et CA
QL3	Qualité générale des fournitures	Fait référence à la qualité générale des fournitures perçue par les usagers.	Achat Négociation Commande	SA, PS et CA

Indicateurs de quantité				
Numéro	**Indicateur**	**Définition**	**Activités**	**Vue**
QT1	Nombre de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres à renouveler ou à renégocier.	Nombre de bons de commande (ou autres) à renouveler ou à renégocier, rapporté au total des bons de commande (ou autres).	Achat Négociation	SA et CA
QT2	Nombre de fournitures à réapprovisionner dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	Nombre de fournitures en inventaire dans les unités de soins (ou autres) par rapport au nombre total de fournitures à réapprovisionner.	Commande	SA
QT3	% des requêtes papiers par rapport au nombre de requêtes électroniques.	Nombre de requêtes papiers par rapport au nombre de requêtes électroniques.	Achat	SA
QT4	Nombre total de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres.	Ratio de conformité permettant de comparer le nombre de demandes d'achats (ou autres) effectuées par rapport au nombre total de demandes d'achat (ou autres) non traitées.	Achat Négociation	SA et CA
QT5	Nombre de demandes d'achats (réquisition, EBPro), de bons de commande, de soumissions, de mandats et d'appels d'offres traités par acheteur selon les secteurs d'activités.	Nombre de demandes d'achats (ou autres) traités pour chacun des acheteurs et les secteurs d'activités qui sous-tendent.	Achat Négociation	SA et CA
QT6	% de nouvelles fournitures qui doivent être approuvées formellement.	Nombre de nouvelles fournitures crées dans le système par rapport au nombre total de fournitures approuvées par le chef d'approvisionnement.	Achat	SA

Indicateurs de disponibilité				
Numéro	**Indicateur**	**Définition**	**Activités**	**Vue**
D1	% de fournitures en stock dans les unités de soins, les réserves, les doubles casiers, les chariots et autres.	Fait référence aux stocks disponibles aux unités de soins ou autres.	Commande	SA et PS
D2	% de fournitures disponibles dans une autre unité de soins, une réserve, un double casier, un chariot et autres lors de rupture des stocks.	Situation dans laquelle un stock physique est temporairement épuisé.	Commande	SA et PS

Indicateurs de satisfaction				
Numéro	**Indicateur**	**Définition**	**Activités**	**Vue**
S1	Satisfaction générale envers le service des approvisionnements lors des activités de réapprovisionnement.	Perception faite par le personnel soignant et la corporation d'achats sur la capacité globale d'un produit ou d'un service à satisfaire ses besoins lors du réapprovisionnement.	Commande Négociation	PS et CA
S2	Satisfaction générale envers le personnel soignant lors des activités de réapprovisionnement.	Perception faite par le service des approvisionnements sur la capacité globale d'un produit ou d'un service à satisfaire ses besoins lors du réapprovisionnement.	Commande	SA
S3	Satisfaction générale envers la corporation d'achats lors des activités de réapprovisionnement.	Perception faite par le service des approvisionnements sur la capacité globale d'un produit ou d'un service à satisfaire ses besoins lors du réapprovisionnement.	Négociation	SA