

Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales

CAHIERS DU LAREPPS

No 05-14

**Enjeux de la configuration des
Centres de Santé et de Services sociaux :
RECENSION DES ÉCRITS**

Par

Marie-Claude Richard

Sous la coordination de

**Danielle Maltais, Denis Bourque, Sébastien Savard,
Marielle Tremblay, Denis Bussières,
Mireille Dumont-Lemasson et Jacques Fournier ¹**

Copublication :

*Groupe de recherche et d'interventions régionales (GRIR), UQÀC,
Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), UQO,
Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), UQÀM.*

**École de travail social
Université du Québec à Montréal**

**© LAREPPS-UQÀM
Juillet 2005**

¹ Danielle Maltais, Sébastien Savard et Marielle Tremblay : Département des sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi (UQÀC);

Denis Bourque : Département de travail social et des sciences sociales, Université du Québec en Outaouais (UQO);

Denis Bussières, Alliances de recherche université-communauté en économie sociale (ARUC-ÉS), Université du Québec à Montréal (UQÀM);

Mireille Dumont-Lemasson : Association des CLSC et des CHSLD du Québec;

Jacques Fournier : Regroupement québécois des intervenants et intervenants en action communautaire (RQIIAC) en CLSC et en Centres de santé du Québec

REMERCIEMENTS

Nous tenons exprimer nos remerciements au Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi pour sa contribution financière et logistique. Nous remercions également l'équipe Économie sociale, santé et bien-être ainsi que Développement des ressources humaines Canada pour leur contribution financière à la réalisation de cette recension des écrits.

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISSN 1490-8069

Table des matières

Liste des abréviations, sigles et acronymes	iii
Introduction	1
1. Présentation de la législation	6
2. Revue de la littérature	10
2.1 Attentes, appréhensions, enjeux et conditions d’implantation entourant les fusions d’établissements	10
2.2 Impacts des fusions d’établissements	18
QUESTIONS CLINIQUES ET PROFESSIONNELLES	
2.2.1 <i>La prestation et l’accessibilité des soins et des services</i>	19
2.2.2 <i>Les services de première ligne</i>	24
2.2.3 <i>La prévention et la promotion de la santé et l’approche communautaire</i>	24
QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET DE GESTION INTERNE	
2.2.4 <i>Les coûts administratifs</i>	25
2.2.5 <i>Les activités de gestion</i>	29
2.2.6 <i>Le fonctionnement interne des organisations</i>	30
2.2.7 <i>La taille des organisations</i>	36
QUESTIONS DE GOUVERNANCE	
2.2.8 <i>Les relations avec les acteurs du milieu</i>	37
2.2.9 <i>La participation citoyenne et la répartition du pouvoir</i>	38
2.2.10 <i>Le rôle de l’État</i>	39
3. Positions d’acteurs à l’égard des fusions d’établissements	40
QUESTIONS CLINIQUES ET PROFESSIONNELLES	
3.1 La prestation et l’accessibilité des soins et des services	40
3.2 Les services de première ligne	44
3.3 La prévention et la promotion de la santé et l’approche communautaire	44
QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET DE GESTION INTERNE	
3.4 Les coûts administratifs	49
3.5 Les activités de gestion	49
3.6 Le fonctionnement interne des organisations	50
3.7 La taille des organisations	51

QUESTIONS DE GOUVERNANCE	
3.8	Les relations avec les acteurs du milieu51
3.9	La participation citoyenne et la répartition du pouvoir.....53
3.10	Le rôle de l'État55
Conclusion57	
Bibliographie59	
Annexes	
A	Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux.....67
B	Relevé des faits saillants tirés de la littérature et des positions des acteurs.....68
C	Tableaux synthèses de la position de différents acteurs.....73
D	Principales caractéristiques de cinq systèmes de santé occidentaux.....76

Liste des abréviations, sigles et acronymes

ACSSS	Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
ARUC-ÉS	Alliances de recherche universités-communautés en économie sociale
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CPS	Centrale des professionnelles et des professionnels de la santé
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CSQ	Centrale des syndicats du Québec
CSSS	Centre de services de santé et de services sociaux
CTROCs	Coalition des tables régionales d'organismes communautaires
ETP	Équivalent temps plein
FIIQ	Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FTQ	Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
HMO	Health Maintenance Organizations
LSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PP	Prévention-promotion
RLS	Réseaux locaux de services
RQIIAC	Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en Centres de santé
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SCFP	Syndicat canadien de la fonction publique
SPGQ	Syndicat des professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec
TRPOCB	Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

Introduction

Plusieurs gouvernements et organisations de services publics tentent d'implanter des changements fondamentaux dans la conception, la gouvernance et la prestation des soins de santé et des services sociaux publics. Par exemple, les services publics américains ont entrepris des initiatives basées sur la réingénierie; en France et au Canada, il existe certains mouvements de décentralisation et de régionalisation; depuis les 20 dernières années, il existe une restructuration continue dans le secteur public britannique, d'abord basée sur l'obtention d'une plus grande productivité mais plus récemment avec une nouvelle emphase sur les partenariats et les réseaux² (Ferlie, Hartley & Martin, 2003).

L'adoption par l'assemblée nationale du Québec en décembre 2003 de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, marque l'avènement d'un nouveau temps de changements dans l'organisation québécoise des soins de santé et des services sociaux. Depuis sa création au début des années 1970, le système public de soins de santé a été façonné au gré de nombreuses réformes telles que celles provoquées par la commission d'enquête Castonguay-Nepveu sur la santé et le Bien-être social et en 1988, par la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux présidée par M. Jean Rochon. Selon l'analyse de Ferlie, Hartley et Martin (2003), il y a un danger que le cycle de ces mutations se répète sans fin, au rythme des nouveaux ministres qui construisent leurs courtes réputations politiques sur la promotion des réformes. Aux dires d'Abrahamson (1996, dans Ferlie, Hartley & Martin, 2003) les réformes ne sont peut-être rien de plus qu'une déclaration gouvernementale à la mode n'entraînant que des impacts hautement superficiels.

Ces allégations n'ont pas empêché le ministre de la Santé et des Services sociaux de présenter en novembre 2003 aux élus et à la population québécoise, un projet de loi proposant la plus imposante réforme du secteur de la santé depuis la mise en place de l'assurance-maladie (Matte et al., 2004). Les objectifs poursuivis par le ministre sont cautionnés par l'ensemble des groupes et organismes du secteur de la santé et des services sociaux qui aspirent eux aussi à une meilleure accessibilité des soins, à la continuité dans la prestation des services, à

² Consulter l'annexe D pour une revue de quelques systèmes de santé occidentaux.

l'amélioration de la santé des populations, à la consolidation des partenariats, à l'implication des divers acteurs de la santé et des services sociaux et à la promotion de leur imputabilité quant à l'état de santé des communautés. Toutefois, le mode d'organisation des services imposé par la nouvelle législation, c'est-à-dire les fusions entre les établissements de santé de type CLSC, centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) et centre hospitalier de soins généraux, constitue un bémol majeur à l'application de la loi et soulève de multiples interrogations au sein des intervenants des différentes organisations du secteur de la santé et des services sociaux.

Les fusions représentent l'une des formes possibles de collaboration entre les établissements. Markham et Lomas (1995) dans leur revue de littérature concernant les arrangements « multi-hôpitaux », soutiennent que la classification des différentes options de collaborations formelles entre les établissements est tributaire de leur position sur un continuum partant du plus faible engagement et de la plus grande autonomie institutionnelle vers le plus grand engagement des parties et un plus grand contrôle du système. Suivant cet ordre, on retrouve les affiliations formelles, les services coopératifs, les alliances stratégiques, les contrats de gestion, les baux et finalement à l'extrémité, les fusions. Selon Hackett (1996), les nombreux changements dans la technologie médicale, la pratique clinique, l'augmentation des attentes des usagers et les coûts réels forcent les changements dans les méthodes traditionnelles de prestation des soins de santé. Inversement, la demande totale pour les soins de santé qui augmente plus rapidement que les ressources force les établissements à considérer des mesures pour se consolider par le biais d'une meilleure utilisation des avoirs ou de l'augmentation de la productivité à l'intérieur ou entre les organisations. Les fusions représentent pour plusieurs une panacée permettant de gérer ces pressions (*Idem*).

Malgré l'apparente soudaineté de cette démarche, les premières fusions d'hôpitaux à l'échelle nationale datent de quelques années. Ces changements dans le fonctionnement des hôpitaux originaient de la conjugaison d'événements tels que l'arrivée de nouvelles techniques chirurgicales et les progrès pharmaceutiques qui ont pavé la voie au développement des programmes de soins à domicile. Aussi, le mouvement de régionalisation a ouvert la porte à une consolidation de la gestion de la santé par la création des régies régionales : divers services relevant d'une même administration permettraient de répondre à divers besoins. Malgré cela, c'est véritablement la crise du financement qui provoqua une réelle transformation du fonctionnement hospitalier. Cette réalité pourtant majeure dans la vie des

Canadiens a fait l'objet de bien peu d'attention de la part des chercheurs du pays. Une conférence tenue en novembre 2000 sur la fusion des soins de santé au Canada et regroupant une centaine de directeurs d'hôpitaux a d'ailleurs permis de dégager le constat à l'effet qu'il n'y a pas assez de recherches à l'échelle du pays sur les fusions d'hôpitaux (Association canadienne des hôpitaux d'enseignement et Hôpital d'Ottawa, 2000). Pourtant, ce mouvement n'est ni récent ni limité à nos frontières.

Par exemple, l'émergence des systèmes multihospitaliers³ aux États-Unis au début des années 1970 ne passa pas inaperçue de la communauté scientifique. Les jugements relevés à propos de cette tendance furent variés. Certains auteurs (Brown & McCool, 1980, Coile, 1992, dans Dranove & Shanley, 1995) ont perçu la croissance des systèmes multihospitaliers comme une réponse aux changements environnementaux; en effet, ils affirmaient que ces systèmes favorisaient l'efficacité et la souplesse de la prestation des services sans sacrifier la qualité des soins. Pourtant, les analystes échouèrent à identifier les mécanismes permettant de réaliser de tels gains. Ils ne parvinrent pas non plus à démontrer que ces gains ne pouvaient être réalisés que par le biais de systèmes fusionnés, remettant ainsi en cause leur raison d'être.

En marge des fusions d'hôpitaux, certaines fusions de missions de CLSC et de CHSLD ont été entreprises au Québec à la fin des années 1990.

Dans le contexte actuel marqué par la ratification précipitée de la loi 25, par la mise en place des fusions d'établissements qu'elle prescrit et par ses répercussions globales sur la législation du système de santé, certains acteurs du milieu de la santé et des services sociaux s'interrogent quant aux effets locaux de cette nouvelle réforme. Une équipe de chercheurs et d'intervenants a donc entrepris de diriger une recension des écrits qui s'inscrit à l'intérieur d'un projet d'étude plus vaste analysant l'impact de la configuration des centres de santé et de services sociaux sur leur mission de première ligne. Le comité d'encadrement de cette revue de littérature est composé de Mme Danielle Maltais de l'Université du Québec à Chicoutimi, M. Denis Bourque de l'Université du Québec en Outaouais, M. Sébastien Savard et Mme Marielle Tremblay de l'Université du Québec à Chicoutimi, M. Denis Bussièrès de

³ Un système multihospitalier comprend deux hôpitaux ou plus, physiquement séparés mais partageant une propriété commune.

l'ARUC-ÉS, Mme Mireille Dumont-Lemasson de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec ainsi que M. Jacques Fournier du RQIIAC.

Afin de saisir davantage les incidences globales des regroupements d'établissements sur le secteur de la santé et des services sociaux, ce document se divise en trois sections. D'une part, il propose une synthèse d'écrits empiriques relatifs aux fusions et à l'intégration des services et d'autre part, une revue des positions de divers acteurs de la santé et des services sociaux, surtout fondée sur la lecture de mémoires. La revue de la littérature constitue le nœud de cet ouvrage et fait suite à la présentation des principales caractéristiques de la loi 25 et du projet de loi 83 ainsi que de leurs implications dans l'organisation des services de santé et des services sociaux québécois. La recension des écrits traite d'abord des attentes et des appréhensions des acteurs locaux face aux fusions imposées, présente ensuite les principaux enjeux liés à ce mode d'organisation des services et dresse enfin le portrait des impacts des fusions d'établissements selon les divers auteurs consultés. À la suite de cette section consacrée à la littérature scientifique, un compte-rendu du positionnement de divers acteurs du secteur de la santé et des services sociaux permet d'avoir un aperçu des positions qui circulent au sein et à la périphérie du réseau à l'égard de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. En complément, les annexes permettent de mettre en relief certaines données importantes de cette synthèse en les présentant sous forme de tableaux.

Parmi les limites de la recension des écrits, il faut d'abord noter le petit nombre d'écrits québécois sur la question des fusions d'établissements. Bien que la priorité ait été accordée aux articles provenant d'expériences québécoises, cette contrainte nous a obligé à recueillir des données à l'intérieur d'une littérature plus internationale. Malgré que les études se référant aux réalités étasuniennes et britanniques par exemple demeurent intéressantes, leurs résultats ne correspondent pas nécessairement aux situations qui prévalent dans le système québécois et doivent donc être considérées avec discernement. Cette première limite de la recension des écrits en a logiquement entraîné une autre, puisque relativement peu de données concernant les fusions de CLSC et de CHSLD ont été relevés dans la littérature, comparativement à l'abondance des références aux expériences hospitalières. Aussi, il est important de souligner que l'échantillonnage des mémoires s'est concentré majoritairement dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Capitale nationale et qu'en conséquence, les données extraites sont mentionnées davantage à titre d'exemple.

Enfin, entre le début de cette recherche et sa publication, de nouvelles dispositions légales sont attendues. Elles devraient modifier certains éléments de la réforme en cours. Le projet de loi 83, dont l'adoption est prévue à la fin du printemps 2005, propose notamment que la population des territoires puisse élire au suffrage universel des représentants sur les conseils d'administration des CSSS et elle augmente les obligations des établissements pour assurer la qualité des services par le réseau public.

1. Présentation de la législation

La *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, connue sous la dénomination de loi 25, a été présentée à l'Assemblée nationale du Québec le 11 novembre 2003 puis sanctionnée le 18 décembre de la même année sur division des membres et dans le contexte d'une motion de clôture.

Selon les documents législatifs, cette loi « *vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux* » (Assemblée nationale du Québec, 2003). À cette fin, elle propose la création d'agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui auront pour mission de mettre en place à l'intérieur de leur territoire, un modèle d'organisation de services intégrés basé sur un ou plusieurs réseaux locaux. Parmi les objectifs poursuivis par cette révision de l'intégration des services, on retrouve :

- une offre de services continus et accessibles;
- une meilleure prise en charge des individus;
- une amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- la proximité des prises de décisions de ceux qui offrent ou utilisent les services;
- la consolidation des partenariats;
- des moyens qui favorisent l'initiative et le dynamisme;
- la mobilisation des cliniciens dans l'organisation et la gestion des services;
- l'engagement et la responsabilité de chacun⁴.

Les fusions des établissements publics, c'est-à-dire les CLSC, les CHSLD et les centres hospitaliers de soins généraux, constituent le mode d'organisation privilégié par le ministre afin de réaliser l'intégration des services. En effet, selon l'article 33 :

« Une fois le décret [...] édicté et si nécessaire, le ministre [...] demande à l'inspecteur général des institutions financières la délivrance de lettres patentes

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004a : 1).

fusionnant en un établissement public, constitué en vertu de cette loi, l'ensemble des établissements publics visés par la proposition et qui ont leur siège sur le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux concerné. [...] Ce nouvel établissement public issu de la fusion, agit comme instance locale du réseau local de services de santé et de services sociaux concerné » (Assemblée nationale, 2003 :11).

Ainsi, de la restructuration de l'organisation des services de santé émergera une instance locale, soit le centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui sera responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation des soins sur un territoire. En tant qu'établissement public de première ligne, il représentera le cœur des réseaux locaux de services qui devront conclure des ententes de service avec lui. Le concept de responsabilité populationnelle présenté dans la loi renvoie à l'idée que la responsabilité de santé d'une population est confiée au CSSS. Ainsi, les acteurs doivent agir de façon concertée pour déterminer les services dont la population a besoin ainsi que pour maintenir et améliorer la santé de cette population.

Ainsi, trois acteurs majeurs se retrouvent au cœur de l'organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux, soit le centre de santé et de services sociaux (CSSS), l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)⁵. Le CSSS, en plus de fournir à la population de son territoire des services communautaires, de l'hébergement de longue durée et dans la plupart des cas, des services hospitaliers courants, a le mandat de coordonner les interventions des autres acteurs (par exemple les cliniques médicales) au sein du réseau local de services et de collaborer avec ces derniers. La notion de territoire du réseau local correspond davantage au territoire desservi par le centre hospitalier, lequel peut inclure le territoire de plusieurs CLSC. De plus, le CSSS doit conclure des ententes avec les établissements spécialisés (les centres jeunesse et les centres de réadaptation) afin d'assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième ligne (MSSS, 2004b). Parmi les résultats tangibles de la création de 95 centres de santé et de services sociaux, de grandes différences peuvent être observées entre les CSSS d'une même région administrative. Ainsi, en Montérégie, le CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais qui regroupe trois CLSC, un CH et un CHSLD compte quelque 2 636 employés⁶ comparativement au CSSS de Vaudreuil-

⁵ Consulter l'annexe A pour des schémas explicatifs.

⁶ Les données totales sont exprimées en équivalent temps plein (ETP).

Soulanges qui n'en compte que 487 et qui regroupe une mission CLSC et une mission CHSLD⁷.

De leur côté, les agences de la santé et des services sociaux ne tiendront plus un rôle de premier plan dans la programmation et l'organisation des services qui relèveront plutôt des CSSS. Le palier régional de gestion devra soutenir le développement et le fonctionnement des réseaux locaux de services, assurer les arbitrages et procéder à l'allocation des ressources financières, en plus d'exercer certaines fonctions en lien avec la santé publique et aux services préhospitaliers d'urgence. Quant au ministère, il devient responsable des fonctions à caractère national telles que la planification, le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation des résultats (MSSS, 2004b). La création de réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) annoncée lors de la présentation de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* est aussi assurée par le biais du projet de loi 83; ces RUIS interviendront auprès des agences et du ministre à propos de la formation médicale, de la répartition des étudiants des facultés de médecine et de la prévention de ruptures de services.

Afin de soutenir ce nouveau mode d'organisation des services, le projet de loi 83 présenté par le ministre Couillard à la fin de 2004 vient modifier la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. En effet, « le projet de loi [83] prévoit l'ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences de la santé et des services sociaux et le ministre de la Santé et des Services sociaux » (Assemblée nationale, 2004 : 2). Ainsi, les instances locales devront définir un projet clinique et organisationnel pour le territoire desservi tandis que les agences agiront comme coordonnateurs du financement, de l'allocation des ressources humaines et des services spécialisés. Selon ses concepteurs, le projet de loi 83 constitue une mise à jour du cadre législatif en santé et services sociaux par le biais de mesures pour clarifier les responsabilités des établissements, des agences et du ministre, pour mieux garantir la qualité des services et pour favoriser une meilleure circulation de l'information nécessaire à la prestation des soins et services :

« Le projet de loi [83] confirme la décentralisation des responsabilités vers le palier local de gestion et, plus précisément, vers le nouvel établissement qu'est le

⁷ Source : Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie : http://www.rsss16.gouv.qc.ca/gouverne/Rapport/RLS_8x11_coul_carte&tableau.pdf

centre de santé et de services sociaux. Celui-ci fournit à la population de son territoire des services communautaires, de l'hébergement de longue durée et, dans la plupart des cas, des services hospitaliers courants » (MSSS, 2004b : 1).

Si le projet de loi 83 a été prévu pour harmoniser l'application de la loi 25, il permet aussi de pousser plus loin la logique de fusions préconisée pour les établissements publics. En effet, la section 530 de l'article 174 prévoit que lorsqu'un seul réseau local de services de santé et de services sociaux couvre la totalité du territoire d'une agence, les responsabilités que la loi confie à une agence peuvent être exercées par l'instance locale de ce réseau. Cette éventualité comprend l'intervention du ministre, qui après avoir consulté les établissements publics du territoire, peut décider de faire le transfert de responsabilités de l'agence vers l'instance locale (Assemblée nationale du Québec, 2004).

2. Revue de la littérature

En fonction des thèmes retenus pour la recherche, la recension des écrits se circonscrit autour de deux axes principaux. Tout d'abord, les attentes et les appréhensions des acteurs de la santé et des services sociaux à l'égard de la fusion des établissements ainsi que les enjeux associés à ce mode d'organisation seront identifiés. Ensuite seront abordés les impacts que ces fusions sont susceptibles d'occasionner au niveau des questions cliniques, professionnelles, administratives, de gestion interne et de gouvernance.

2.1 Attentes, appréhensions, enjeux et conditions d'implantation entourant les fusions d'établissements

La mise en place de réseaux de services de santé intégrés constitue la pierre angulaire du projet gouvernemental concernant la fusion des établissements. Selon Marriot (1996, dans Larivière, 2001), un réseau de services intégrés se définit comme un réseau d'organisations qui fournissent un continuum de services coordonnés à une population définie et qui acceptent d'être tenues cliniquement imputables de l'état de santé de cette population (*Ibid.* : 42, traduction libre). Les réseaux intégrés de services constituent donc l'articulation concrète d'un continuum de services et s'appuient sur un projet concerté d'intégration volontaire des services pour une clientèle commune; « *il s'agit d'un rapprochement naturel par opposition aux fusions de services qui sont davantage un modèle imposé* » (*Idem*). Pourtant, lorsque l'accent est mis sur la fusion ou l'intégration des établissements plutôt que sur l'organisation de la prestation des services, l'émergence des réseaux de services ne se trouve pas favorisée (Lamarche et al., 2001).

Parmi les motifs politiques des fusions, on retrouve des fermetures d'hôpitaux ou de services, l'assurance de la viabilité financière des plus petites organisations, le gage d'un pouvoir de négociation augmenté et même une stratégie de survie par la centralisation des ressources et l'élargissement de l'organisation en réponse aux besoins des usagers (Garside, 1999, dans Hutchings et al., 2003). Dans un certain sens et pour certains gestionnaires, la fusion n'incarne que la voie la plus conventionnelle afin d'améliorer l'efficacité, l'organisation et la coordination des soins et des services de santé (Brouselle et al., 1999). Pourtant, lorsque les décideurs optent pour la consolidation ou la fusion d'établissements, ils entretiennent des

attentes spécifiques à l'égard des bénéficiaires qu'ils encourront. Dans le cas où le pouvoir du marché n'est pas un élément de l'équation, la plupart des fusions sont présumément réalisées dans le but de réaliser des économies d'échelle sous une forme ou une autre (Bojke, Gravelle & Wilkin, 2001; Dranove & Shanley, 1995). Dans les autres cas, les bénéfices anticipés sont les mêmes depuis les années 1980, c'est-à-dire la solidification des performances financières, la consolidation des services et de meilleures capacités d'opération (Bazzoli et al., 2004). De façon plus spécifique, les décideurs escomptent améliorer les réponses aux besoins de la communauté, l'accès et la qualité des soins ainsi que les standards d'accréditation, développer et favoriser la rétention des ressources humaines et cliniques, réaliser une meilleure coordination de la recherche et de l'enseignement, promouvoir la polyvalence des soins, réduire les listes d'attente, majorer les opportunités de formation, optimiser la distribution des ressources cliniques et la gestion des ressources humaines, éliminer la duplication des services, renforcer les compétences et l'innovation, accroître l'influence politique, amender l'utilisation des capitaux et hausser les chances de survie des établissements (Alexander et al., 1996; Denis et al., 1999; Fulop et al., 2002; Markham & Lomas, 1995). Selon Andreopoulos (1997) qui étudia les fusions des centres hospitaliers universitaires, les administrateurs ambitionnent évidemment la réalisation d'économies d'échelle, mais aussi l'amélioration de leur position de négociation face aux compagnies d'assurance et la préservation de leur rôle dans la recherche et dans les services à la communauté.

Dans le contexte américain, il semble que les administrateurs ne soient disposés aux affiliations uniquement dans le cas de pertes financières (Hollis, 1997) et que lorsque la fusion s'avère insuffisante pour maintenir leur solvabilité, les institutions en faillite sont susceptibles d'entraîner la prime d'assurance de leurs patients avec eux (Kassirer, 1996). En Grande-Bretagne, l'allégation implicite derrière les changements du côté de l'offre de soins de santé suggère que les fusions vont, dans un certain sens, améliorer le fonctionnement et l'efficacité des *NHS Trusts*⁸ à travers la synergie (Hackett, 1996). Ainsi, il règnerait chez les

⁸ Le statut indépendant de *NHS Trusts* a été attribué en 1990 aux hôpitaux publics britanniques, ce qui leur a permis d'acquérir une personnalité juridique leur permettant de réinvestir d'éventuels bénéfices, de faire des réserves de capitaux et de négocier les conditions d'emploi locales (Chevrier-Fatome & Daniel, 2002 : 13). Consulter l'annexe D pour plus de détails.

gestionnaires une grande assurance quant à la valeur ajoutée résultant de la fusion de deux hôpitaux, permettant d'assurer une meilleure qualité, des coûts plus bas et des services plus efficaces envers les patients comparativement aux institutions fournissant ces services indépendamment. Même quelque peu aveugle, la foi en une telle synergie ne doit pas être discréditée et dans certains cas, elle permet effectivement de bénéficier d'une valeur ajoutée : d'une part, des réductions de coûts par le biais d'économies d'échelle dans les frais généraux de gestion⁹, et d'autre part, la création d'une source stable d'offre et de demande pour les départements de services à l'intérieur d'une organisation par le biais d'une plus grande masse critique de services. Cependant, la « fusionmania » observée par Hackett (1996) peut se limiter à n'être qu'une voie pragmatique et à court-terme afin de résoudre des problèmes de performance par ailleurs bien enracinés à l'intérieur d'un hôpital. De plus, selon cet auteur, ce mouvement tend davantage à gérer les symptômes du malaise influençant une piètre performance des hôpitaux plutôt que les causes de ces faiblesses. Invariablement, les approches précipitées vers les fusions proviennent d'un manque de compréhension des alternatives stratégiques disponibles pour les hôpitaux et de lacunes au niveau des analyses stratégiques. La nécessité d'établir une direction stratégique doit supporter toutes les fusions réussies, dans le but d'obtenir le plus de bénéfices malgré les inévitables bouleversements organisationnels (Hackett, 1996).

Alors que certains auteurs entretiennent des attentes spécifiques concernant les bénéfices des fusions, d'autres prédisent plutôt la conjoncture de plusieurs préjudices pour le système de santé : effets positifs n'apparaissant qu'à long terme, période d'instabilité et d'augmentation des coûts d'opération résultant de l'inévitable addition de ressources de gestion afin de supporter le processus, accroissement des coûts liés au transport des patients, effets négatifs sur le monde des affaires locales dans le cas où des installations seraient fermées, manque d'accès à certains services, insécurité, anxiété et stress vécus parmi le personnel et les

⁹ La Commission Audit a estimé ces réductions entre 2 et 6% des revenus d'opération (Hackett, 1996 :7).

médecins, résistances aux changements, pertes d'emplois et trop nombreux transferts de postes, perte d'autonomie des institutions individuelles, érosion des loyautés, perte des modèles de référence, interférence avec les plans de pratiques cliniques, perte des réseaux hospitaliers d'enseignement, augmentation de la bureaucratie entraînant une diminution de la flexibilité et de la communication (Bojke, Gravelle & Wilkin, 2001; Markham & Lomas, 1995) et surtout, la marchandisation des soins de santé. Ces appréhensions étaient également soulevées au Québec dans les années 1980, alors que certains observateurs identifiaient les effets pervers des *Health Maintenance Organizations (HMO)* américains.

Aussi, il apparaît que les fusions dans le secteur des soins de santé entraînent les dangers habituels de la concentration des corporations, c'est-à-dire des tendances à l'inflation, de nouvelles charges administratives, un pouvoir politique augmenté (Bond & Weissman, 1997). Selon Demers et al. (2002), lorsque les établissements fusionnés sont de tailles comparables, le risque de domination d'une partie sur une autre est diminué. Par contre, lorsque les établissements fusionnés sont de même poids, mais que les missions, les pratiques et les compétences sont concurrentes plutôt que complémentaires, le risque est élevé que les parties se figent dans un *statu quo* défensif.

Dans un système fusionné, les médecins se questionnent sur la possibilité d'influencer une hiérarchie administrative imposante, bureaucratique et distante (Colón et al., 1999). En effet, selon Bond et Weissman (1997), les fusions limitent sévèrement la liberté de choix des patients. Elles encouragent les usagers à s'identifier au nom d'une corporation ou d'une chaîne plutôt qu'à un dispensateur de soins individuel, ce qui selon eux met en danger l'allégeance du patient à un médecin ou à un hôpital : l'attachement unique entre la personne qui prodigue des soins de santé et celle qui en bénéficie devient de plus en plus précaire (Magel, 1999). De plus, les impacts à long terme de la mobilité des médecins sur la valeur accordée par la société à la profession médicale demeurent incertains (*Idem*). De leur côté, les médecins sont préoccupés tout comme les patients par la qualité du personnel infirmier et du personnel de soutien dans certains hôpitaux récemment intégrés (Colón et al., 1999).

Les fusions constituent des opérations particulièrement complexes dans le champ des méthodes de prises de décision, des cultures de travail, de l'intégration des structures et du profil des individus (Bulletin de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 1999; Sabourin et al., 1994, dans Fournier, 2002). Comme le mentionnent Fulop et al.

(2002), les bénéfices liés aux fusions correspondent pour la plupart aux objectifs identifiés, alors que les inconvénients surviennent au cours du processus de la fusion; les conséquences négatives ne sont donc pas prises en compte lors de prise de décision de réaliser une fusion. Par exemple, la politique de fusion aux États-Unis et en Grande-Bretagne est basée sur l'affirmation à l'avance de l'impact anticipé de la fusion, alors que paradoxalement, peu de recherches ont été produites à propos du processus de fusion et de ce qui survient par la suite. Alors que sont réalisées des recherches sur le mérite des fusions en termes de taille optimale des hôpitaux, il y a peu d'évidences sur les conséquences de fusionner des organisations qui fournissent des services en santé mentale ou en santé communautaire (Hutchings et al., 2003). Enfin, selon Schneider (1969), l'un des problèmes les plus communément associés aux fusions provient du fait qu'aucun établissement n'est prêt à perdre son identité au profit d'un autre établissement, particulièrement lorsque cette identité est enracinée dans les fondations historiques de la communauté. Il est légitime de se questionner si cette perte d'identité organisationnelle constitue un enjeu réel dans le cadre de la fusion d'organismes de vocations différentes.

D'autre part, certains auteurs considèrent que les craintes liées à la réinsertion d'une logique de marché dans un système public (Sodestrom, 1987, dans Bégin & Labelle, 1990) expliquent en partie les atermoiements de l'expérimentation de ce modèle de regroupement au Québec (Bégin & Labelle, 1990). Aujourd'hui encore, les associations de professionnels de la santé et les organismes communautaires appréhendent le partenariat du secteur privé avec les établissements regroupés. Selon eux, cette collaboration soumet la santé aux lois du marché et menace l'utilisation des organismes communautaires à des fins de sous-traitance (CPS, 2004; CTROCs, 2003; FIIQ, 2003). De plus, selon Lachapelle (2004) la création de super-établissements éloignera les conseils d'administration de la population et attirera les individus à la recherche d'un tremplin politique.

L'optimisation des soins et des services constitue selon Kassirer (1996), l'enjeu majeur des fusions d'établissements. À la lecture des objectifs poursuivis par la loi 25, il est possible de supposer qu'il représente également l'enjeu explicite central de la réorganisation actuelle des services. Or, l'amélioration des soins passe par plusieurs éléments qui constituent autant d'enjeux suscités par les fusions. Dans les différentes régions du Québec, les dispositions législatives de la loi 25 sont applicables depuis janvier 2004 et les changements sont de plus en plus perceptibles. Dans un premier temps, les agences de développement de réseaux

locaux de services de santé et de services sociaux ont tenu sur leur territoire respectif une démarche de consultation publique à propos de l'implantation des modèles régionaux de services intégrés. La campagne ministérielle menée au début de 2004 a été présentée aux différents acteurs de la santé et des services sociaux comme visant la prise de connaissance et l'évaluation par les agences de leurs attentes et de leurs appréhensions.

Étant donné que plusieurs incertitudes demeurent quant à l'anticipation des impacts des fusions et que les enjeux sont fondamentaux et vastes, quelques auteurs soulignent l'importance que revêt la prise en considération de certaines conditions favorisant leur implantation. Sans prétendre les présenter en ordre d'importance, les éléments présentés sont les plus récurrents dans la littérature étudiée.

Le temps semble constituer un élément décisif dans la réussite d'une fusion (Bojke, Gravelle & Wilkin, 2001; Bulletin de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 1999; Douville, 1983; Nash & Everett, 1996); en effet, il doit y avoir un équilibre entre le désir d'accélérer et le désir de compléter le processus de façon exhaustive (Isaak & McCutcheon, 1997). D'après John Tory, président-directeur général de *Rogers Cable* et titulaire d'une longue expérience en matière de fusion d'entreprises privées (Association canadienne des hôpitaux d'enseignement et Hôpital d'Ottawa, 2000), la rapidité d'action est la clé du succès d'une fusion, même s'il reconnaît que la capacité d'agir rapidement soit plus facile pour une entreprise privée que pour un hôpital. Néanmoins, selon M. Tory le fait de tarder à agir « engendre un manque d'intégration et reporte à plus tard la prise de décisions difficiles » (*Idem* : 4).

La communication, le leadership, la gestion de la transition et l'implication du personnel apparaissent également comme étant des éléments favorables au succès d'une fusion (Conseil du statut de la femme, 2003; Isaak & McCutcheon, 1997). Aussi, l'intégration des cultures a plus de chances de réussir si la fusion est volontaire (Bulletin de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 1999). En ce sens, Turgeon et Sabourin (1995) affirment qu'il est nécessaire de laisser les partenaires s'approprier d'abord pour favoriser leur cohésion. En somme, l'organisation de réseaux de services intégrés ne passe pas nécessairement par des fusions et encore moins pas des fusions forcées. Une planification minutieuse de la fusion est essentielle afin de réaliser les bénéfices attendus et de préserver le moral des employés (Bojke, Gravelle & Wilkin, 2001).

Si l'absence de conflits et la présence de hiérarchies à l'intérieur des départements administratifs et de support aux patients sont des éléments qui favorisent l'intégration clinique, on retrouve également à ce chapitre la création d'une autorité de prise de décision centralisée (Cohen, Dowling & Gallagher, 2000, Kastor, 2001, Shortell, Gillies & Anderson, 1994, dans Bazzoli et al., 2004), un investissement substantiel dans la capacité de gestion (Bojke, Gravelle & Wilkin, 2001), la collaboration de tous les employés pour établir des valeurs et une vision partagées, pour minimiser les conflits internes et maintenir le moral du personnel (Bojke, Gravelle & Wilkin, 2001; Shih-Jen, Chan & Kidwell, 1999, dans Bazzoli et al., 2004), la communication constante entre les multiples niveaux des hôpitaux consolidés (Cohen, Dowling & Gallagher, 2000, *Idem*) et la proximité géographique des hôpitaux fusionnés (Kastor, 2001, *Idem*).

Dans le cadre de la Conférence sur les fusions des soins de santé au Canada tenue en 2000, les conférenciers (pour la plupart des directeurs d'hôpitaux) ont identifié à même leurs expériences certaines « clés du succès » d'une fusion d'établissements :

- obtenir un appui décisif du gouvernement;
- donner une structure simple au conseil d'administration;
- constituer le conseil d'administration avec des membres qui appuient la fusion;
- agir rapidement parce que la lenteur mine les efforts de changement;
- ne pas s'enliser dans la planification;
- établir des objectifs clairs et les répéter constamment;
- essayer de négocier des fonds de démarrage;
- communiquer souvent;
- célébrer tout ce qui peut l'être pour empêcher les gens de trop se soucier de ce qui n'est plus (Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, 2000 : 12).

Malgré la pertinence de ces pistes, Magel (1999) affirme que les fusions sont temporaires par nature : le milieu est en transformation et les facteurs environnementaux qui ont mené à la fusion n'existent souvent même plus lorsque la consolidation est parvenue à maturité.

D'un autre côté, le secteur privé regorge de conseils sur la façon de réaliser une fusion avec succès, particulièrement sous l'angle des ressources humaines (Field & Peck, 2003). Par exemple, Marks et Mirvis (2000, dans Field & Peck, 2003) mettent l'accent sur l'importance des structures de transition temporaires, créées spécifiquement dans le but de gérer le processus de fusion. Ces structures devraient exister de trois à six mois et devraient mettre l'accent sur le processus d'intégration. Par contre, il y a bien peu de preuves à l'effet que ces

conseils soient pertinents au secteur public. En fait, selon Field et Peck (2003), les concepts clés et les cadres explicatifs provenant du secteur privé ne peuvent être appliqués que de façon très limitée au monde des soins de santé et des services sociaux. Tout de même, l'expérience des fusions des compagnies donne un aperçu de ce qui pourrait survenir lorsque des organisations de santé et de services sociaux fusionnent : les objectifs stratégiques sont rarement atteints, les économies financières ne sont pratiquement jamais réalisées, la productivité chute, le moral du personnel se détériore, et il y a beaucoup d'anxiété et de stress vécu parmi les employés. En termes de compréhension sur ce qui propulse les fusions et sur ce qui survient pendant le processus d'intégration, les constats empiriques et les explications théoriques provenant du secteur privé indiquent qu'il est nécessaire de porter une attention particulière aux rôles joués par les individus, particulièrement par les gestionnaires, les directeurs et les membres élus, aux rôles endossés par les groupes professionnels ainsi qu'au rôle des cultures organisationnelles (*Idem*).

En terminant, le *Bulletin on effectiveness of health service interventions for decision makers* (1996) suggère certaines questions spécifiques pour ceux qui soumettent ou qui étudient les propositions de changements structurels telles que les fusions :

- quelles sont les économies de coûts ou les améliorations dans les soins de santé anticipées par le biais de la fusion proposée ou de la rationalisation des services?
- ces objectifs peuvent-ils être réalisés par d'autres moyens?
- quelles seront les mesures mises en place pour s'assurer que ces bénéfices seront réalisés?
- quels seront les coûts en termes de réduction de l'accès et du choix pour les patients?
- une ligne directrice a-t-elle été établie pour diriger les changements dans les soins de santé, les coûts et l'accès aux patients et comment ceux-ci seront-ils mesurés?

2.2 Impacts des fusions d'établissements

Les impacts des fusions d'établissements mis en relief par les différents auteurs étudiés sont regroupés sous trois catégories (les questions cliniques et professionnelles, les questions administratives et de gestion interne et les questions de gouvernance), elles-mêmes subdivisées selon dix thèmes : la prestation et l'accessibilité des soins et des services, les services de première ligne, les pratiques de prévention et de promotion de la santé et l'approche communautaire, les coûts de services, les activités de gestion, le fonctionnement

interne des organismes, la taille des organisations, les relations avec les acteurs du milieu, la participation citoyenne et la répartition du pouvoir et finalement le rôle de l'État¹⁰.

Puisque l'on conçoit les fusions d'établissements comme des réorganisations structurelles, il est pertinent de tout d'abord rappeler les conclusions des travaux de Kanter (1983, dans Isaak & McCutcheon, 1997) concernant l'influence de la structure sur les individus et la performance. Selon ce chercheur, la structure affecte l'information reçue et la perception de l'information reçue; de la même façon, la structure a un ascendant sur les priorités et les approches des individus face au changement. Particulièrement à l'intérieur de structures traditionnelles, cet effet peut s'étendre sur la continuité et la qualité des soins aux patients. Toutefois, cette interprétation des effets de l'organisation structurelle sur les individus ne fait pas l'unanimité au sein des chercheurs (Contandriopoulos et al., Pas de date; Denis et al., 1999).

¹⁰ Il est possible de consulter l'annexe B pour une synthèse sous forme de tableau.

QUESTIONS CLINIQUES ET PROFESSIONNELLES

2.2.1 *La prestation et l'accessibilité des soins et des services*

L'impact de la fusion des établissements sur l'accessibilité et la prestation des services aux usagers constitue le thème le plus documenté mais aussi le plus controversé de la littérature sur les fusions. Il est possible de diviser globalement les thèses des différents chercheurs afin de mettre en relief trois tendances empiriques majeures qui tendent soit vers une position favorable aux fusions, défavorable ou encore mitigée.

Les tenants de la première grande tendance considèrent que la fusion des établissements entraîne une amélioration de la prestation des services de santé : les programmes de soins médicaux se trouvent élargis, les services tendent à s'uniformiser, la gestion et les équipements sont mis à jour, les revenus augmentent, les structures se solidifient, la perception ainsi que la satisfaction du public à l'égard des soins se bonifient et la relation patient-soignant se personnalise (Briggs et al., 1981, dans Lee & Alexander, 1999; Douville, 1983; Fulop et al., 2002; Magel, 1999; Stewart et al., 2002). Parmi les répercussions des fusions susceptibles d'entraîner de tels effets bénéfiques, les débats se concentrent particulièrement autour de la concentration des soins, de l'abolition des frontières entre les organisations dans un modèle de fusion verticale, de la hiérarchisation, de l'augmentation du bassin de professionnels, de l'uniformisation des règles de fonctionnement, de l'accès favorisé aux formations pour le personnel, de multiples réductions et de la reconfiguration des services.

Ainsi, la reconfiguration des services constitue selon Haigh (2000) le bénéfice potentiel de la fusion le plus convoité. Pourtant, les personnes interrogées dans le cadre de son étude sur la fusion de trois unités de soins du *NHS* britannique considèrent qu'il est possible d'opérer ce changement par le biais d'autres moyens, des alternatives qui permettraient en prime aux unités hospitalières de conserver leur identité individuelle (Haigh, 2000).

Aussi, selon certains praticiens, une plus grande concentration des soins secondaires permet de meilleurs soins aux patients. Pourtant, selon Posnett (1999) cette allégation n'est supportée par aucune preuve empirique; en aucun cas il n'a relevé que la littérature scientifique démontre que les unités de soins plus concentrées dispensent de meilleurs soins aux

patients¹¹. En effet, le degré de concentration ne peut garantir de meilleurs services, à moins que les hôpitaux soient administrés de façon à ce que l'importance de l'efficacité de coûts, les protocoles d'entente pour les traitements et les diagnostics et la vérification des impacts cliniques fassent partie intégrante de la culture organisationnelle, ce qui n'est pas systématiquement le cas (*Idem*).

D'un autre côté, la formule des centres de santé, qui se démarque des modèles verticaux de fusion (Pelland & Lapointe, 1982, dans Bégin & Labelle, 1990) et de gestion en commun, semble selon Bégin et Labelle (1990) permettre une certaine efficacité, c'est-à-dire un impact positif sur l'état de santé des populations desservies. En effet, les centres de santé étudiés par ces auteurs et regroupant les services d'un centre hospitalier et d'un CLSC ont permis d'une part, de rendre physiquement accessible une large gamme de services et d'autre part, d'outrepasser certaines barrières psychologiques et sociales liées à l'utilisation des services sociaux. Certains auteurs notent que l'abolition des frontières entre les organisations autonomes leur permet d'offrir une vaste gamme de services, de maîtriser l'allocation des ressources disponibles et de coordonner efficacement le travail des membres (Demers et al., 2002).

Certains auteurs affirment que les fusions améliorent l'efficacité d'opération (mesurée par l'occupation et les dépenses par admission) comparativement aux hôpitaux non fusionnés (Alexander et al., 1996, dans Lee & Alexander, 1999). D'ailleurs à cet effet, il semble que les hôpitaux impliqués dans une fusion ou une consolidation se révèlent meilleurs à tous les niveaux que la moyenne de l'industrie (Mullner & Andersen, 1987, dans Lee & Alexander, 1999). En effet, selon Fulop et al. (2002), la présence d'un plus grand bassin de professionnels causée par la création d'une organisation plus large, permet aux établissements de développer de grandes équipes de spécialistes et de ce fait, de prétendre à un certain niveau d'excellence clinique.

¹¹ Au Québec, la tendance est à la concentration des soins secondaires pour des raisons de masse critique et de développement de l'expertise professionnelle : par exemple, les médecins généralistes auraient délaissé la pratique des accouchements parce qu'il en faudrait un certain nombre pour rester compétent; autre exemple, celui des chirurgies cardiaques complexes dont les interventions de type transplantation sont concentrées pour cette raison dans certains CH ultraspécialisés; et dernier exemple, à Montréal, les chirurgies de la hanche ont été concentrées dans certains CH pour avoir la masse critique de chirurgiens, augmenter le nombre de chirurgies et cette démarche semble avoir diminué les listes d'attente. Toutefois, l'impact de ces concentrations sur la qualité des services n'avait pas encore été démontré en 1999 selon Posnett (1999) et notre revue de littérature ne nous a pas permis de vérifier si elle l'a été depuis.

Selon Magel (1999), l'implantation de pratiques et de services standardisés permet aux organismes fusionnés de poursuivre des lignes directrices concernant la qualité des soins, la réduction des coûts, l'augmentation du contrôle et la rationalisation de la production. Bien que l'uniformisation des règles de fonctionnement soit vue par certains chercheurs comme un élément permettant d'améliorer la productivité lorsqu'elle facilite les échanges à l'interne, elle s'avère également susceptible d'entraîner l'abandon de façons de faire éprouvées et ainsi réduire la variété des méthodes de travail, de freiner l'innovation et de restreindre le choix laissé aux usagers (Demers et al., 2002).

De plus, si la hiérarchisation inhérente aux fusions d'établissements semble favoriser la continuité des services et dans certains cas, la rationalisation des fonctions administratives sans bouleverser les méthodes de travail, elle peut d'un même souffle provoquer un effet nocif sur les communautés de pratique (c'est-à-dire les groupes de personnes qui s'apprennent mutuellement à accomplir leur travail en mobilisant les connaissances pertinentes), particulièrement lorsque la fusion est imposée (Demers et al., 2002). Les hôpitaux fusionnés, s'ils ne se convertissent pas en soins externes (réhabilitation, soins de longue durée, etc.) et s'ils échappent aux fermetures (Bogue et al., 1995, dans Lee & Alexander, 1999), sont tout de même moins sensibles aux valeurs et aux préférences des usagers (Wooley, 1989).

Enfin, les impacts bénéfiques des fusions sur l'allocation des services sont perçus par certains auteurs comme étant une conséquence des réductions qu'elles entraînent. Ainsi, selon Wooley (1989) les fusions diminuent la compétition et facilitent la collusion mais contribuent surtout à réduire la surconsommation en quantité et en qualité des soins de santé et améliorent de cette façon le fonctionnement du système. Aussi, les fusions auraient des répercussions sur la réduction de la fréquence et de l'importance des périodes de congestion (Brailer, 1992, dans Lynk, 1995), sur la suppression des services de santé dupliqués (Douville, 1983; Lee & Alexander, 1999) ainsi que des ressources en surplus (Bond & Weissman, 1997).

Parallèlement à ces différentes allégations, d'autres auteurs documentent les conséquences négatives des fusions quant à l'accessibilité aux soins. Selon eux, les services se « ghettoïsent » (Benady, 2003) : l'accès local à certains services et particulièrement aux services plus dispendieux est limité (Denis et al., 1999; Magel, 1999) et restreint évidemment l'accès aux gens défavorisés (Andreopoulos, 1997). Les médecins expriment aussi leur part

d'appréhension quant à la définition de leur rôle (Benady, 2003). Effectivement, ceux-ci se retrouvent déchirés entre la prestation des soins et la réduction des coûts (Kassirer, 1996), dénoncent les sévères contraintes de capacité qu'ils subissent et témoignent des conflits de loyauté qui les opposent à leurs anciens collègues désormais hors du réseau (Colón et al., 1999). Dans le contexte britannique, une étude concernant la fusion de trois unités hospitalières appartenant au *NHS* permet à Haigh (2000) de conclure qu'une telle fusion ne semble pas constituer un remède efficace pour les besoins de santé des communautés desservies. Dans ce cas, le support interne en faveur des fusions est partagé et il y a beaucoup de scepticisme quant à la possibilité de réaliser les bénéfices anticipés. Enfin, selon Markham et Lomas (1995), les lourdes bureaucraties entraînent une moins bonne réceptivité aux besoins du patient.

Dans une revue de littérature à propos de la relation entre le volume des activités cliniques d'un hôpital et la qualité des soins, les économies d'échelle et l'accessibilité aux soins (Bulletin on effectiveness of health service interventions for decision makers, 1996), les auteurs émettent deux conclusions principales. Premièrement, la majorité des recherches, parce qu'elles n'ont pas suffisamment pris en compte les différences individuelles, ont probablement surestimé l'ampleur de l'impact du volume sur la qualité des soins. Deuxièmement, parce qu'aucune étude n'indique que l'augmentation du volume dans le temps entraîne des changements en termes d'impact sur la santé, il est plutôt difficile de prévoir ce qui surviendrait à ce niveau si de petites unités de soins s'agrandissaient. Le besoin peut être soulevé, cependant, d'une division plus claire du travail à l'intérieur des hôpitaux et entre les hôpitaux, plutôt qu'une concentration des services entre moins d'hôpitaux. S'il existe un lien positif entre le volume et la qualité dans certaines unités spécialisées (Tilford et al., 2000, cités dans FCRSS-CHSRF, 2002), cette équation ne peut s'appliquer dans le cas de grands établissements et du service aux patients, à cause des différences qui existent dans les groupes de patients traités et de la gravité des maladies (Posnett, 1999).

Les fusions entraînent, dans certains cas, la réorganisation des services à l'intérieur d'un seul bâtiment ou le transfert vers un autre point de services. Or, certains auteurs affirment qu'il existe des évidences comme quoi il y a une réduction de l'accès en fonction de la distance, particulièrement dans les domaines où la perception des besoins et de l'importance sont moindres (par exemple la mammographie). De plus, les personnes ayant de plus faibles revenus seront moins disposées à effectuer de grandes distances pour obtenir des soins

(Posnett, 1999). Malgré qu'elle ne soit pas concluante, cette affirmation correspond à la vision selon laquelle l'accessibilité est influencée négativement par la distance de l'hôpital (Bulletin on effectiveness of health service interventions for decision makers, 1996).

En somme, la fusion déshumanise la prestation des soins (Benady, 2003), perturbe les services (Fulop et al., 2002), compromet le support à long terme des services à la communauté (Kassirer, 1996), ne permet pas d'améliorer les pratiques (Alexander et al., 1996), provoque le mécontentement des clientèles, entraîne une détérioration des services à la population et annihile la capacité des organisations de répondre de façon spécifique aux besoins d'une communauté en raison de l'uniformisation et de la standardisation des services (Sabourin et al., 1994, dans Fournier, 2002). Selon les résultats de Fulop et al. (2002) dans le cadre d'une recherche sur les impacts des fusions à l'intérieur du système de santé national anglais, les fusions ont un effet négatif sur la prestation et le développement des services. En effet, alors que la gestion des services a été mise de côté au cours de la fusion, dans certains cas, le développement des services a lui aussi été reporté d'au moins 18 mois.

Finalement, parmi les chercheurs consultés, quelques-uns demeurent mitigés quant à la nature des impacts des fusions sur l'allocation des soins. Aussi, Kassirer (1996) souligne le fait que plusieurs organisations de soins de santé aient étendu leur gamme de services mais par le biais de l'acquisition de d'autres organisations, ce qui n'affecte pas la localisation des points de services et n'entraîne donc pas de changements concrets pour les usagers. De plus, si la qualité des services et des soins peut parfois être majorée par une augmentation du volume, ce n'est pas systématiquement le cas selon Sheldon et Maynard (1999). Bien que certains auteurs continuent d'affirmer que les impacts des fusions demeurent méconnus (Denis et al., 1999; Garside, 1999; Turgeon & Sabourin, 1995), Benady (2003) pour sa part, conclut qu'elles n'ont pas d'effets sur le manque de ressources. En d'autres mots, les fusions ne favorisent pas une meilleure répartition des ressources. Comme le mentionne Kassirer (1996), il est plus facile d'acquérir des équipements que de développer une prestation de soins de haute qualité, coordonnée et efficace au niveau des coûts.

2.2.2 Les services de première ligne

Bogue et al. (1995) ont observé que lors d'une fusion pratiquée entre des établissements hospitaliers, les services de première ligne tendent à être éliminés de la gamme des services offerts par les hôpitaux « acquis ». Cependant, ils dénoncent le fait que la répercussion de cette nouvelle réalité sur la prestation des services aux usagers soit passée sous silence dans les analyses d'impacts. Pourtant, comme le souligne Bourque (2004a) : « *il est de notoriété mondiale que l'amélioration de l'état de santé des populations passe par les services de première ligne et par des communautés mobilisées pour agir sur les déterminants de la santé* » (p. 2).

Les médecins, qui constituent les acteurs privilégiés de la première ligne, considèrent que les fusions contribuent à éroder leur autonomie clinique ce qui, à terme, mine la viabilité et le caractère sacré de la relation médecin-patient (Magel, 1999). De plus, une mobilité accrue des médecins peut rendre difficile une relation à long terme entre le médecin et le patient (*Idem*).

2.2.3 Les pratiques de prévention et de promotion de la santé et l'approche communautaire

Les organismes communautaires « *comptent parmi les acteurs locaux les plus importants dans la mobilisation des communautés qui est essentielle à leur développement et qui est un facteur déterminant de l'amélioration de l'état de santé des populations* » (INSPQ, 2002, dans Bourque, 2004b : 18). Dans cet extrait, on fait référence à la notion de santé en tant que « *corollaire du développement des communautés et de la participation sociale, et de ce fait, [la santé] exige beaucoup plus que des réseaux de services intégrés* » (Bourque, 2004b : 18).

Dans le cadre de la restructuration du système de santé québécois, Richard et al., (2002) ont étudié deux axes de la réforme qui concernent directement les CLSC : le redéploiement des ressources vers le secteur ambulatoire et l'accent accru sur les services de prévention et de promotion (PP). Selon cette recherche sur les services de prévention et de promotion dans le contexte de la réforme de la santé, l'analyse de facteurs permet d'identifier certaines conditions susceptibles de favoriser l'offre de services PP, notamment le type de territoire (urbain, rural favorisé ou défavorisé) et la collaboration avec les partenaires du milieu. Parmi les sources de tension qui influencent la prestation de services PP, on retrouve les conflits entre les forces externes (par exemple le virage ambulatoire) qui poussent les CLSC vers le

développement des services post-hospitaliers et curatifs, et les forces internes (orientations, valeurs, culture et expertise) qui militent en faveur du maintien des services PP. Une autre source de tension provient de la fusion d'établissements à vocations et à cultures différentes. Considérant la loi sur l'équilibre budgétaire des établissements du réseau (loi 107), certaines pressions sont exercées dans le but d'utiliser les ressources allouées à l'une des missions (par exemple CLSC) pour combler les déficits de ressources vécues par l'autre mission (CHSLD par exemple). Si les auteurs considèrent que la fusion d'établissements à vocation différente (modèle de fusion verticale) peut avoir des avantages au niveau du suivi des clientèles chroniques et des problèmes d'autonomie, ils se demandent comment protéger les orientations PP. Dans le contexte où les services curatifs sont priorisés par rapport à la prévention et la promotion, l'avènement de la loi anti-déficit « *pourrait amener les conseils d'administration à prendre des décisions diminuant la portée de la mission PP dans le CLSC au profit de la mission CHSLD* » (p. 11).

Il faut noter que récemment certains mécanismes de régulation ont été mis en place pour préserver les budgets et les interventions en santé publique afin d'éviter leur érosion. Les établissements locaux ont l'obligation de définir un plan d'action local en santé publique en relation avec les priorités régionales et nationales de santé publique, d'autre part, le mode de financement par programmes les oblige à identifier localement les budgets consacrés à la santé publique. Ces mécanismes seront-ils suffisants pour contrer la tendance constatée les cinq dernières années, la question demeure ouverte.

QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET DE GESTION INTERNE

2.2.4 Les coûts administratifs

Il n'est pas possible de présenter une position unanime des chercheurs concernant l'effet des fusions sur les activités administratives. Selon Hutchings et al. (2003), la majorité de la littérature académique sur les fusions d'hôpitaux considère les gains au niveau de l'efficience et les économies de coûts administratifs comme les motivations premières des fusions. Les chercheurs ont découvert que les déficits financiers, l'économie de coûts de gestion anticipée et l'éventualité du réinvestissement de ces argents dans les services constituent d'importants motifs de fusionner. Cependant dans les faits, les économies réalisées au cours des deux premières années suivant la fusion étudiée se sont avérées au-dessous des cibles et on relève un manque de transparence quant à la façon dont ces sommes ont été réinvesties.

Les bénéfices anticipés des fusionnements d'hôpitaux sont de l'ordre de l'augmentation de l'efficacité, de la sécurité et de la diminution des chevauchements, des coûts d'administration et de gestion et du maintien voire de l'optimisation du niveau de services (FCRSS-CHSRF, 2002). Pourtant, « *au Canada, les données probantes qui démontrent que les fusions sont une source d'économies ont un caractère largement anecdotique et inconcluant* » (*Idem.* : 1). Au contraire, des études américaines ont démontré que les méga-fusions peuvent provoquer une augmentation des coûts, alors qu'au Royaume-Uni, une étude de cas a observé que deux ans après la fusion d'un groupe de quatre *NHS Trusts*, les nouvelles organisations n'avaient pas atteint les économies prévues sur les coûts de gestion (Posnett, 1999). Dans le contexte européen, les conclusions empiriques vont en ce sens et ne permettent pas d'affirmer que les hôpitaux plus volumineux entraînent des économies d'échelle. En effet, la littérature scientifique sur les économies d'échelle, bien qu'elle soit large, qu'elle reflète plusieurs méthodes et qu'elle couvre plusieurs pays, se révèle particulièrement cohérente : les économies d'échelle sont évidentes uniquement dans le cas de petits hôpitaux (moins de 200 lits) et la taille dite optimale varie entre 200 et 400 lits. Au-delà de 400 à 600 lits, les coûts moyens augmentent (*Idem.*). En d'autres mots, les hôpitaux contenant moins de 100 à 200 lits peuvent augmenter leur efficacité en augmentant de taille, mais s'agrandir au-delà de cette marge n'entraînera pas nécessairement la réduction des coûts moyens et si les hôpitaux deviennent trop imposants, ces coûts peuvent augmenter. Ces données concordent avec les résultats de Sheldon et Maynard (1999) selon lesquels le coût semble diminuer un peu lorsque les établissements hospitaliers comptent au-delà de 600 lits, mais la concentration des services vient le majorer en termes de déplacements pour les patients et les soignants, ce qui affectent en retour les conditions d'utilisation et d'accès.

Si l'argent constitue l'élément qui faciliterait la fusion dans la majorité des cas, c'est précisément ce qui manque toujours puisque peu importe la théorie qui la supporte « *une fusion est habituellement menée par la nécessité de réduire les coûts* » (Association canadienne des hôpitaux d'enseignement et Hôpital d'Ottawa, 2000 : 7). Il en résulte une lutte pour concilier la nécessité de penser de façon nouvelle et les contraintes des compressions budgétaires. Selon Hugh Scott, chef de la direction du Centre médical de l'Université McGill (*Idem.*), cette situation paradoxale relève au mieux de la dissonance cognitive, et au pire de la schizophrénie. D'un point de vue économique, les recherches sur les fusions démontrent qu'au moins la moitié de toutes les fusions échouent à réaliser la

synergie attendue et les impacts financiers évalués (Cartwright & Hudson, 2000, dans Dackert et al., 2003).

Selon le *Bulletin on effectiveness of health service interventions for decision makers* (1996), les économies d'échelle réfèrent à une situation où la moyenne des coûts à long terme diminue alors que le volume des activités augmentent. Si, comme les recherches le suggèrent, les économies d'échelle s'épuisent à un niveau relativement bas, les fusions ne peuvent s'attendre à offrir l'opportunité d'améliorer l'efficacité lorsque les hôpitaux impliqués sont déjà au-dessus du seuil. Ces résultats semblent aller à l'encontre de notre intuition : un grand hôpital doit être plus efficient que deux petits puisque la duplication de la gestion peut être, à terme, éliminée. Pourtant, il semble que ce ne soit pas le cas. Il est possible que davantage de gestion soit requise pour faire fonctionner une grande organisation par opposition à deux petites. Fondamentalement, c'est le total des coûts et non seulement les coûts de gestion qui est important. Lorsque les hôpitaux sont caractérisés par un excès de capacité et des équipements inutilisés, la concentration peut devenir (mais ne le devient pas nécessairement) un moyen efficace de réduire les coûts globaux ou une façon de restructurer localement les services de santé (*Idem*).

À propos de l'impact des fusions sur les coûts d'opération, les conclusions des divers auteurs consultés s'avèrent encore une fois partagées. Selon certains, l'accroissement des coûts de fonctionnement suite à la fusion serait lié à la création d'une nouvelle entité (Denis et al., 1999), au décuplement des heures consacrées à l'administration, à l'alourdissement de la complexité des procédures (Sabourin, 1994, dans Fournier, 2002) et à l'expansion des services et du personnel ainsi qu'à la mise à jour des équipements (Briggs et al., 1981, dans Lee & Alexander, 1999). Alors que ces auteurs affirment que les fusions ont une influence sur l'inflation des coûts liés au fonctionnement et sur la complexification des activités administratives, d'autres soutiennent au contraire qu'elles permettent une certaine efficacité économique. En effet, certains hôpitaux considèrent que les consolidations cliniques (c'est-à-dire la fusion de deux départements cliniques en une seule unité de soins) représentent une source d'efficacité économique rendue possible par la fusion (Lynk, 1995). Pourtant, plusieurs études ont démontré que les hôpitaux concernés étaient en mesure d'intégrer et de consolider leurs fonctions administratives mais que la consolidation et l'intégration clinique demeuraient plus difficile à atteindre (Devers et al., 1994, Kastor, 2001, Lesser & Brewster, 2001, dans Bazzoli et al., 2004). Fournier (2002) a quant à lui observé que les fusions

occasionnent une certaine centralisation financière : lors d'une fusion d'établissements, une prise de contrôle d'une organisation sur une autre s'exerce et conséquemment, une plus grande importance est accordée à la gestion d'une des organisations fusionnées par rapport à l'autre.

Selon Dranove et Shanley (1995), les systèmes multihospitaliers peuvent réduire leurs coûts en éliminant les services dupliqués et en diminuant les coûts administratifs. Par contre, il y a peu de raison de croire que les systèmes peuvent réduire significativement leurs coûts administratifs. Selon d'autres auteurs (Levitz & Brooke, 1985, Pattison & Katz, 1983, dans Dranove & Shanley, 1995), les systèmes hospitaliers entraînent des coûts et des tarifs plus élevés mais aussi de plus grandes marges de profits que les hôpitaux non fusionnés. Selon Shortell (1988, dans Dranove & Shanley, 1995), la performance varie beaucoup parmi les hôpitaux, mais elle n'est pas fonction de leur appartenance à un système. Il est souvent possible d'identifier plusieurs façons de réaliser des économies d'échelle à l'intérieur du processus de production, de distribution ou de vente de services. Pourtant, ceci n'implique pas qu'un mode de gouvernance particulier est nécessaire pour réaliser toutes les économies possibles. Non plus que l'objectif d'une fusion est de réaliser toutes les économies possibles. Les fusions peuvent favoriser les économies d'échelle, mais les auteurs concluent que les systèmes ne sont pas davantage en mesure d'exploiter des économies d'échelle comparativement aux hôpitaux séparés (Dranove & Shanley, 1995). Ils ont découvert d'autre part que les systèmes hospitaliers présentent des services et profils financiers plus homogènes que des hôpitaux séparés. Dans le cas de la fusion de deux hôpitaux ontariens, Schneider (1969) rapporte que dans la planification originale, il avait été suggéré qu'un seul hôpital sous une seule administration puisse réaliser des économies annuelles. Cependant, parce que les hôpitaux opéraient toujours lors de la recherche à partir de deux bâtisses, de telles économies n'avaient pas encore été réalisées. De plus, il ne semble pas possible d'effectuer des estimations valables jusqu'au jour où l'hôpital opérera à seul endroit physique. Cependant, pour les départements où l'intégration complète était possible (les laboratoires, la physiothérapie et la pharmacie) des économies ont été rapportées.

D'autre part, certains auteurs soulignent la nécessité de considérer la variabilité des impacts économiques des fusions en fonction de facteurs tels que la taille des établissements ou les conditions des marchés (Fournier, 2002; Lee & Alexander, 1999). En ce sens, la structure administrative ne devrait pas constituer la généralisation d'un modèle unique de gestion, mais

devrait s'adapter aux contextes propres aux régions (Douville, 1983). De plus, il semble que l'amélioration de l'efficacité et le potentiel d'économie de coûts pour les consommateurs sont particulièrement saillants dans les marchés où la compétition est forte et le contrôle des prix est plus faible (Alexander et al., 1996; Connor et al., 1997, Guo & Bazzoli, 1998, dans Lee & Alexander, 1999). Quant à Wooley (1989), les attentes des consommateurs qui demeurent d'abord sensibles à la qualité constituent un autre facteur qui influence les coûts d'opération. En somme, devant la grande variabilité des avis des chercheurs une affirmation comme celle de Mullner et Andersen (1987, dans Lee & Alexander, 1999) à l'effet que les fusions n'ont qu'un impact financier général limité, peut laisser perplexe.

2.2.5 *Les activités de gestion*

Dans le cadre d'une fusion d'établissements, la véritable restructuration est réalisée par le regroupement progressif des services et des départements d'un hôpital. Selon Denis, Lamothe et Langley (1999), la meilleure façon de réorganiser les services cliniques est de procéder par micro-fusions, idéalement dans un processus planifié plutôt que dans un contexte de crise. De l'avis général, les micro-fusions doivent être gérées très soigneusement mais sont trop souvent laissées à elles-mêmes dans la foulée d'un regroupement.

Dans la littérature sur le secteur privé, Coopers et Lybrand (1993, dans Field & Peck, 2003) rapportent que 54% des acquisitions échouent. Parmi les causes de ces échecs on retrouve les attitudes et les compétences de gestion de la compagnie cible, un manque de planification post-fusion et un manque de connaissance à propos de l'industrie cible. Certains auteurs (Shanley & Correa, 1992, dans Dranove & Shanley, 1995) ont démontré que les équipes de gestionnaires provenant des hôpitaux acquis et acquéreurs peuvent présenter des visions très différentes à propos du rationnel expliquant la fusion des hôpitaux. Selon Hackett (1996), parmi les autres raisons expliquant l'échec des fusions, certaines sont en lien direct avec la façon dont est entrepris le processus de fusion. En général, la négligence des gestionnaires de gérer le processus de fusion peut mener à la discorde. De plus, le développement d'une compétition interne entre les organisations produit des relations désastreuses et un manque de collaboration qui affecte sévèrement la performance. Enfin, un manque de contrôle dans la gestion lors de l'intégration des organisations peut mener à de bien piètres perspectives de fusions (Kanter, 1989, dans Hackett, 1996).

2.2.6 *Le fonctionnement interne des organisations*

Certains auteurs estiment que les problèmes des employés sont responsables du tiers à la moitié des échecs des fusions (Davy et al., 1988, dans Dackert et al., 2003). La portée de la donnée humaine dans l'équation des fusions est évidente (Kaye, 1989) et tous les auteurs qui la mentionnent y attribuent une grande importance, voire une valeur déterminante. En effet, les différents auteurs et regroupements recensés au sujet du fonctionnement interne des organisations (Denis et al., 1999; Fournier, 2002; Paquin, 1983) s'entendent pour affirmer que les fusions des établissements portent préjudices au climat de travail, à la motivation des employés, aux relations de travail, à la répartition du pouvoir, aux méthodes de travail et à l'identité organisationnelle. De plus, les fusions accentuent la tendance à la bureaucratisation. Money, Gilfillan et Duncan (1976, dans Dranove & Shanley, 1995) ont étudié les ressources humaines comme déterminants de la performance du système. Ils ont découvert que les attitudes des employés au travers de l'appartenance à un système influence la performance. Selon Garside (1999), l'élément humain ressort aussi comme un élément crucial de la réussite des fusions; en effet, l'auteur affirme que les problèmes avec les employés constituent la cause majeure des échecs des projets de fusions.

Dans leurs travaux évaluant l'expérience de huit centres de santé¹² dans la province de Québec, Bégin et Labelle (1990) ont observé que ceux-ci offrent effectivement les services correspondant à leur double mission de centre hospitalier et de CLSC. De plus, il apparaît qu'aux plans stratégique (la mission, les orientations, les stratégies, etc.) et organisationnel (la structure, la coordination, le budget, etc.) les centres de santé s'avèrent relativement fonctionnels. Par contre, l'aspect opérationnel, c'est-à-dire relatif entre autres à la collaboration, à la communication et au travail multidisciplinaire, entraîne davantage de difficultés. La stratégie d'implantation du concept de fusion qui s'est attardée à convaincre les professionnels de haut en bas de la hiérarchie organisationnelle s'est du même coup butée à la différenciation des pratiques professionnelles. Aussi, les chercheurs ont noté l'émergence de deux sous-cultures opposant les valeurs des professionnels qui y adhèrent : « *d'une part, la coalition hospitalière est préoccupée par les aspects liés à la santé, à l'intervention individuelle et aux aspects plus curatifs. D'autre part, la coalition communautaire se voit investie d'une mission sociale et sanitaire, centrée sur des programmes et sur l'intervention psychosociale et communautaire* » (p. 12). Malgré tout, les auteurs affirment que les

¹² Selon Bégin et Labelle (1990), la principale caractéristique des centres de santé est de regrouper sous une même entité administrative et physique des professions médicales et sociales différenciées et identifiées à des missions distinctes et autonomes, soit les centres hospitaliers et les CLSC (p. 1).

professionnels impliqués dans le projet sont conscients de sa légitimité et qu'en définitive : « *leurs rapports sont marqués par la distance psychologique et sociale davantage que par les conflits* » (*Idem*). De la même façon, Demers, Dupuis et Poirier (2002) affirment qu'au-delà de la mise en place de mécanismes d'intégration organisationnelle, l'intégration des services est d'abord fonction de la collaboration des praticiens qui dispensent ces services.

Les avancées technologiques et médicales, en plus des changements démographiques, appellent aussi des changements structurels dans les systèmes de soins de santé qui s'apparentent au nôtre. Selon Roald et Edgren (2001), peu d'études ont mis l'accent sur les perceptions des employés à l'égard de ces changements. Les chercheurs, qui se sont penchés sur l'étude d'une fusion entre deux hôpitaux orthopédiques norvégiens, ont observé que les objectifs principaux n'ont jamais été réalisés à cause de la résistance considérable des employés à l'égard de cette fusion. En effet, il semble que les problèmes ont été attribués à l'incertitude face aux buts, à la culture organisationnelle et à l'insécurité individuelle, trois sous-catégories dégagées du concept de résistance démontrée par le personnel (Roald & Edgren, 2001). En ce qui concerne l'incertitude face aux buts, il apparaît que plusieurs perceptions circulaient à propos des objectifs de la fusion : la nécessité de prioriser les services, les économies et la rationalisation, la nécessité d'un changement structurel, la récolte d'un trophée pour les gestionnaires, etc. Même les gens à l'interne en faveur de la fusion n'entretenaient pas entre eux de perceptions cohérentes des buts. En plus de la présence de multiples interprétations des visées du projet, les individus tenant des positions formelles et informelles importantes dans les établissements impliqués n'appuyaient pas le besoin d'un changement structurel. De plus, tous les répondants de cette étude ont noté une grande différence de culture¹³ entre les deux hôpitaux et l'émergence d'un conflit opposant ces deux cultures. En somme, Roald et Edgren (2001) concluent que la résistance des employés survenue dans le contexte de cette fusion est un phénomène très difficile voire impossible à neutraliser.

En rapport avec le fonctionnement interne des organisations, le concept de culture a été relevé comme étant particulièrement congruent dans le cadre des fusions, par les conférenciers regroupés autour du thème des fusions d'hôpitaux au Canada. En effet, parmi

¹³ Selon les employés, la notion de culture renvoie aux façons de faire, à l'historique, aux attitudes et aux styles de gestion (Roald & Edgren, 2001).

les facteurs impliqués dans une fusion, la culture, c'est-à-dire « *un tout organique tissé de convictions, de valeurs, de rites, de personnalités et de mythologie qui donne un sens au travail des employés d'une organisation* » (Deal & Kennedy, 1999, dans Association canadienne des hôpitaux d'enseignement et Hôpital d'Ottawa, 2000 : 3), joue un rôle important qui est souvent passé sous silence. Selon M. Rowand de la *Hamilton Hospital Corporation (Idem)*, la culture détermine le rendement du personnel et les problèmes lors des fusions proviennent de la rencontre de cultures d'organisations divergentes. C'est lorsque les employés commencent à travailler et à collaborer ensemble qu'une nouvelle culture organisationnelle peut naître. L'un des conseils prodigués par la plupart des conférenciers, concerne l'établissement d'objectifs clairs permettant de bâtir une nouvelle culture, tout en considérant que cette réalisation constitue une entreprise de longue haleine. Wicks, Meyer et Carlyn (1998, dans Bazzoli, 2004) ont suggéré que l'intégration des cultures parmi le personnel médical constitue un prélude à l'intégration clinique. Selon Dackert et al. (2003), le succès du processus d'intégration est particulièrement dépendant de la façon dont les employés des partenaires de la fusion perçoivent la culture des organisations impliquées et de leurs attentes à propos de la nouvelle organisation. En somme, le fait de connaître les attentes des employés à l'égard de la fusion prodigue un éclairage considérable sur la dynamique du processus d'intégration et les stratégies pour gérer ce processus pourraient être basées sur cette compréhension (*Idem*). Nash et Everett (1996) ont identifié les éléments nécessaires pour assurer une intégration culturelle effective, c'est-à-dire une compréhension des cultures en cause, une affirmation claire quant à la nécessité d'un certain degré de changement ou d'intégration culturelle, une présentation réaliste et positive du futur, un échéancier réaliste ainsi qu'un mécanisme pour superviser la progression des changements et pour identifier les problèmes avant qu'ils deviennent insurmontables. Une autre réalité relative aux fusions et à la culture dans un certain sens, concerne la redistribution des postes de gestion et de direction qui forment la structure organisationnelle et décisionnelle de l'organisation. À ce propos, Lagacé (2004), à l'intérieur de son compte-rendu d'un cas vécu de fusion d'établissements de santé, souligne que ces bouleversements ont contribué à diluer la « culture CLSC ».

Une étude de cas réalisée par Dackert et al. (2003), démontre que les deux groupes d'employés impliqués dans la fusion de leur établissement respectif s'attendaient à ce que l'un d'eux devienne l'organisation dominante après la fusion. Les membres de cette organisation perçue comme étant dominante s'attendaient à changer peu, alors que les employés de l'organisation non-dominante se sentaient menacés par la perspective de la

fusion, ce qui les a entraîné à mettre l'emphase sur leur identité distincte. Se basant sur la théorie de l'identité sociale (Tajfel & Turner, 1979, Turner, 1982, dans Terry, Carey & Callan, 2001), les auteurs suggèrent que pour comprendre l'impact d'une fusion organisationnelle sur les employés, il est nécessaire de considérer à la fois les statuts des deux organisations impliquées et de la perméabilité perçue des frontières entre les groupes à l'intérieur de la nouvelle organisation (Terry, Carey & Callan, 2001). Selon la perspective de l'identité sociale, les perceptions des statuts des groupes et de la perméabilité des frontières¹⁴ entre les groupes constituent des construits pertinents pour comprendre les relations dans le contexte d'une fusion organisationnelle. Ainsi, dans le but d'améliorer leur estime de soi, les gens aspirent à appartenir aux groupes qui se comparent favorablement aux autres groupes, ou en d'autres mots, ils sont motivés à appartenir aux groupes de statuts élevés (Tajfel, 1974, 1975, Tajfel & Turner, 1979, dans Terry, Carey & Callan, 2001). Tel que prédit par la théorie de l'identité sociale, les effets négatifs de la fusion ont affecté davantage les employés ayant des statuts pré-fusion plus bas. Aussi, la perception de la perméabilité des frontières entre les groupes au sein de la nouvelle organisation est positivement associée à l'identification envers cette nouvelle organisation (Terry, Carey & Callan, 2001). Selon les chercheurs, il est ainsi prouvé que les changements organisationnels peuvent entraîner une insécurité d'emploi et menacer l'estime de soi et le bien-être des individus (Callan, Terry & Schweitzer, 1995, Schweiger & Ivancevich, 1985, dans Terry, Carey & Callan, 2001). D'autres recherches ont reconnu l'importance de considérer la nature « intergroupe » d'une fusion (Anastasion et al., 1997, Haunschild, Moreland & Murrell, 1994, Mottola, Bachman, Gaertner & Docidio, 1997, Terry & Callan, 1998, dans Terry, Carey & Callan, 2001). En effet, une fusion organisationnelle signifie que l'identité d'un nouveau groupe est imposée aux employés (Haunschild, 1994, dans Terry, Carey & Callan, 2001); cependant, si l'identité n'est pas perçue comme pouvant fournir aux employés une identité sociale positive, ceux-ci peuvent la rejeter et réendosser l'identité originale, ce qui en retour peut engendrer d'autres conflits et mettre en jeu le succès de la fusion.

Aussi, la taille des organisations, susceptibles de s'agrandir à la suite de fusions, entraîne des inconvénients au niveau des relations entre les gestionnaires et les employés. En effet, selon Fulop et al. (2002), le personnel peut ressentir l'éloignement des gestionnaires tandis que ceux-ci peuvent avoir le sentiment d'être isolés des services qu'ils gèrent. Les répondants

¹⁴ Les frontières imperméables sont considérées comme fermées ou fixes, alors que les frontières sont perméables lorsque les individus sentent qu'ils peuvent passer librement d'un groupe à l'autre et ainsi avoir accès aux opportunités accordées aux membres de l'autre groupe (Terry, Carey & Callan, 2001).

provenant d'organisations de plus petites tailles ont ressenti la perte de la familiarité et du caractère informel des relations. La communication interne s'est vue affectée négativement par les fusions; d'ailleurs à cet effet, les processus de communication à l'intérieur des unités fusionnées sont perçus comme étant lents et incohérents (*Idem*).

Les thèmes centraux de la littérature fournissant des conseils sur la façon de réaliser une fusion avec succès mentionnent, entre autres, la bonne gestion, particulièrement celle qui facilite les structures de transition; l'attention à l'égard des différences de cultures entre les deux organisations; l'établissement d'une communication claire, cohérente et fréquente à propos des changements; et la conservation de la dimension humaine comme élément central du processus de fusion (Field & Peck, 2003). Ces thèmes correspondent aux principales préoccupations exprimées par les employés des *NHS Trusts* (les hôpitaux publics britanniques) expérimentant le changement et recueillis par quelques chercheurs (Bevan & Secombe, 1997, Caspe Healthcare Knowledge Systems, 1999, dans Field & Peck, 2003). En effet, il ressort de cette étude que le personnel aspire à ce que les gestionnaires communiquent ouvertement, soient sensibles aux préoccupations des employés, fournissent des informations claires à propos des changements survenant dans l'organisation, aident le personnel à gérer le stress subi et fournissent de meilleures informations à propos des changements dans le système de santé (Health Education Authority, 1999 dans Field & Peck, 2003). Répondre adéquatement à ces préoccupations exprimées par le personnel apparaît comme étant un déterminant crucial du succès ou de l'échec d'une fusion. Selon Devine et Hirsch (1998, *Ibid.*), le comportement des gestionnaires détermine comment le personnel s'ajuste aux changements. Ces auteurs soulignent le stress et l'anxiété vécus par le personnel au cours des changements majeurs et son besoin d'être soutenu à travers la transition. En effet, le stress d'une fusion peut entraîner de nombreuses conséquences négatives à la fois pour les individus et les organisations. Les chercheurs qui ont étudié les corollaires du stress ont démontré que les changements dramatiques peuvent entraîner des impacts physiologiques prononcés tels qu'une hausse de la pression sanguine, des migraines, de l'insomnie, des tremblements ainsi que des spasmes et des douleurs musculaires. De plus, les conséquences comportementales fréquemment observées incluent l'augmentation de l'absentéisme, la baisse de la productivité et la commission d'actes destructeurs (Kaye, 1989).

En terminant, les chocs de culture entre les organisations fusionnées sont inévitables; si ceux-ci ne sont pas gérés adéquatement, ils risquent de devenir la cause principale d'un échec

(Devin & Hirsch, 1998, dans Field & Peck, 2003). Même les fusions les mieux orchestrées peuvent résulter en un changement menaçant et déstabilisant pour les employés (Kaye, 1989) et aucune preuve empirique ne permet de conclure que les fusions améliorent le recrutement et la rétention du personnel (Fulop et al., 2002). D'ailleurs, les changements provoqués par les fusions peuvent avoir un effet désastreux sur le moral du personnel et ainsi affecter la qualité des soins aux patients (Woodward et al., 1999, dans FCRSS-CHSRF, 2002). De plus, le défi de gérer un changement de culture massif est de taille et il est nécessaire. Selon Kanter (1989, dans Hackett, 1996), les organisations doivent développer les processus de gestion qui stimule l'engagement, la coopération et le consensus à travers la nouvelle organisation fusionnée et qui ne crée pas de rivalité interne majeure.

2.2.7 *La taille des organisations*

L'organisation des services de soins primaires et leur rôle comme garde-fou envers des services spécialisés coûteux sont devenus des questions clés pour les politiciens, les gestionnaires et les professionnels de la santé de plusieurs systèmes de santé. L'importance pour les soins primaires de fournir des services accessibles et de haute qualité tout en restreignant l'escalade des coûts est largement reconnue. En Angleterre, on attend des groupes de soins primaires créés autour de 1999, qu'ils jouent un rôle clé dans l'amélioration de la santé, la réduction des inégalités, la gestion d'un budget unifié pour les soins de santé de leur population inscrite, la modernisation des services, l'accroissement de la qualité et l'intégration des services par le biais d'un partenariat plus étroit. Selon Bojke, Gravelle et Wilkin (2001), la taille des organisations de soins primaires ne constitue qu'un des facteurs qui influence leur performance, les autres facteurs étant de l'ordre des priorités politiques, des fonctions, des autres traits organisationnels et du milieu dans lequel ils opèrent. De plus, il n'existe aucune preuve que l'augmentation des groupes et des unités de soins primaires au-delà de 100 000 patients, par exemple par le biais d'une fusion, générera automatiquement des améliorations substantielles quant à leur performance globale ou leurs économies d'échelle. Aussi, la taille optimale varie substantiellement en fonction des différentes fonctions des groupes et des unités de soins primaires. Enfin, une taille unique ne conviendra pas pour tous : être plus gros pourra être mieux pour certaines fonctions et pire pour d'autres.

Si ces conclusions sont particulièrement pertinentes dans le cadre des questions auxquelles font face les organisations de soins primaires en Angleterre, elles peuvent être également pertinentes pour tous les politiciens, les gestionnaires et les professionnels de la santé qui font face à des choix à propos de la taille optimale des organisations de soins de santé. En effet, il semble que les avantages économiques sont plus nombreux dans les hôpitaux de petites tailles (Lynk, 1995, dans Lee & Alexander, 1999) et que la réduction des coûts suite aux fusions est plus importante pour les établissements de tailles similaires (Connor et al., 1997, dans Lee & Alexander, 1999).

QUESTIONS DE GOUVERNANCE

2.2.8 Les relations avec les acteurs du milieu

À cause de l'incompatibilité des cultures organisationnelles et de l'élimination de services, les fusions mettent durement à l'épreuve les relations entre les médecins et la communauté (Greene, 1990, dans Lee & Alexander, 1999) ainsi que certaines collaborations avec d'autres organismes (Fournier, 2002). De plus, les fusions semblent préparer les hôpitaux, les compagnies d'assurance, les groupes de médecins et les compagnies pharmaceutiques à se battre entre eux pour le contrôle des soins plutôt qu'à collaborer ensemble (Bond & Weissman, 1997). Dans l'univers européen, il semble que l'objectif antérieur des fusions d'établissements c'est-à-dire l'augmentation du pouvoir dans le marché, s'est aujourd'hui substitué à celui de devenir un acteur substantiel de la scène de la santé locale (Garside, 1999). Pourtant, dans le cadre d'un bilan personnel à l'égard d'une situation de fusion d'établissements de santé, Lagacé (2004) mentionne que plusieurs relations ont été interrompues avec les partenaires du milieu. Notamment, la nouvelle organisation s'est retirée de la Table sectorielle santé et services sociaux « *sous le prétexte que nulle concertation n'était plus nécessaire étant donné que tout ce secteur était maintenant fusionné* » (p. 10). Selon l'auteur, la Direction a ultérieurement tenté de rétablir les ponts fracturés entre autres avec les organismes communautaires.

Dans l'étude sur la fusion de deux hôpitaux ontariens à la fin des années 1960 (Schneider, 1969), le succès de la fusion s'est révélé être fonction du support et de l'acceptation des gens de la communauté. Le fait que le nouvel hôpital ait fonctionné en douceur pendant plus d'un an constitue pour l'auteur une preuve suffisante que les gens de la communauté ne l'ont pas seulement accepté, mais supporté. L'auteur est confiant que les avantages pour la communauté en termes d'accès et de soins améliorés surpassent de loin les gains financiers. L'élimination des services dispendieux dupliqués constitue certainement un facteur financier important, mais il permet un bénéfice encore plus considérable en permettant d'optimiser ces services. Les planifications sont faites en fonction d'utiliser les ressources au maximum, tout en gardant à l'esprit les besoins de la communauté. Dans le même sens, le portrait de quelques centres de santé regroupant les services d'un centre hospitalier et d'un CLSC démontre qu'au plan de la fonctionnalité externe, les établissements intègrent bien leur environnement : ils s'allient les multiples partenaires de milieu et la population semble apprécier les services offerts en concertation (Bégin & Labelle, 1990).

2.2.9 *La participation citoyenne et la répartition du pouvoir*

D'une part, il semble que la taille des établissements suite à une fusion occasionne une diminution de l'autonomie des services et des prises de décisions locales (Fulop et al., 2002). Aussi, sans totalement contredire la conclusion de Wooley (1989) qui rejette l'hypothèse selon laquelle la fusion des hôpitaux promouvoit le monopole hospitalier, Benady (2003) souligne que la fusion favorise l'accroissement du pouvoir des hôpitaux.

Lors d'une fusion, le leadership et la gouvernance prennent une importance considérable. C'est souvent le gouvernement qui est à l'origine d'une fusion et son action est décisive tout au long de la démarche. De son côté, le conseil d'administration doit servir de lien entre la communauté et l'hôpital. En effet, « *parce que les hôpitaux ont été à l'origine des établissements indépendants, qui ont été par la suite absorbés par les systèmes de santé provinciaux, ils ont conservé leur conseil d'administration qui est chargé du fonctionnement, du financement au moyen de levées de fonds et de la création de liens avec la collectivité* » (Association canadienne des hôpitaux d'enseignement et Hôpital d'Ottawa, 2000 : 9). Le conseil d'administration doit aussi élaborer des politiques et des stratégies conformes aux visions gouvernementales. Par contre, les plans complexes pour combiner les conseils d'administration n'ont pas toujours donné d'heureux résultats. Le consensus dégagé à la conférence à propos de la conception d'un conseil d'administration au cours de la transition comprend « *un groupe de volontaires frais, disposé à appuyer les actions d'un chef de la direction venu de l'extérieur des hôpitaux engagés dans la fusion* » (p. 9). Cependant, le rôle de leadership du conseil d'administration ne doit pas chevaucher sur la gestion. Selon David McCutcheon, chef de la direction du *Sunnybrook and Women's Health Sciences Centre* (*Ibid.*), les qualités essentielles à un chef de la direction qui ralliera le personnel et la collectivité au cours d'une fusion, sont la capacité d'agir de manière décisive dans un contexte chaotique et être visible et accessible en tout temps. De plus, l'appui des médecins est essentiel dans le processus de changement. En effet, « *au sein de l'hôpital, leur soutien et leur engagement sont essentiels à la réorganisation des programmes et à la réaffectation des ressources, et à l'extérieur de l'hôpital ils peuvent façonner l'opinion de la collectivité dans un sens ou dans l'autre* » (p. 10).

2.2.10 *Le rôle de l'État*

Selon Mur-Veeman, van Raak et Paulus (1999), l'intégration des soins est nécessaire pour assurer l'adéquation entre les demandes individuelles et l'offre professionnelle et organisationnelle. Bien que ce soit là une hypothèse fondamentale pour tous les individus impliqués dans les soins de santé et les services sociaux, l'ampleur et la persistance des obstacles à l'intégration constituent des problèmes communs dans la majorité des pays européens. L'augmentation du nombre de patients chroniques au cours des dernières années démontre clairement la nécessité de soins de santé et de services sociaux continus et intégrés. Les agences de soins sont conscientes de cette situation, mais étant donné leur incapacité de réaliser ces intégrations, elles concentrent leurs efforts à la coordination des soins. C'est ainsi que les auteurs questionnent le rôle de l'État à l'intérieur du processus d'intégration des soins. Suite à l'analyse du rôle du gouvernement hollandais qui présente selon eux des similarités avec d'autres pays occidentaux, les auteurs soutiennent qu'en principe, les autorités sont appelées à jouer un rôle de facilitateur social. Toutefois, pour plusieurs raisons, le gouvernement semble incapable de stimuler adéquatement l'établissement de structures de soins intégrés; les actions de l'État se bornent à les promouvoir ou les inhiber. Les auteurs concluent que lorsque les réseaux locaux jouent un rôle dominant dans la distribution de soins intégrés, la conduite gouvernementale la plus efficace devrait comprendre un mélange de mesures spécifiques adaptables selon les circonstances locales, combinées à des mesures de conduite plus générale, telles que des incitatifs financiers (Mur-Veeman, van Raak & Paulus, 1999).

3. Position d'acteurs à l'égard de la Loi 25 et des fusions d'établissements

La commission parlementaire tenue par le ministre de la Santé à la fin de l'année 2003, a permis à des regroupements et des organismes du secteur de la santé et des services sociaux d'exprimer par le biais de mémoires¹⁵ leurs visions sur la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Au cours des derniers mois, plusieurs groupes se sont donc prononcés sur des notions telles que l'optimisation des services, la représentation citoyenne, le découpage territorial, le financement, les ententes de service et du même coup sur les enjeux concernant la logique de mission des établissements, le rôle des médecins, la privatisation des services de santé, les services de première ligne, la centralisation des pouvoirs et la taille des organisations dans le cadre de l'instauration des CSSS.

3.1 La prestation et l'accessibilité des soins et des services

En principe, les réseaux locaux de services devraient permettre d'améliorer la santé et le bien-être de la population, de renforcer la première ligne, d'élargir l'accès aux soins et aux services, de soutenir l'intégration des soins et des services, de favoriser une gestion efficace et efficiente, de mieux contribuer localement et régionalement à l'atteinte d'objectifs nationaux de santé et de respecter et de prendre en compte les besoins et spécificités des communautés locales (FIIQ, 2003).

À titre d'exemple, selon les administrateurs du CLSC du Grand Chicoutimi, situé sur l'un des six territoires sociosanitaires de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, la fusion des trois établissements publics présents sur le territoire (c'est-à-dire un Centre hospitalier, un CHSLD ainsi que le CLSC) concorde avec les besoins de la population. En effet, ceux-ci assument que la fusion favorisera « *l'éclairage multilatéral de l'information, le partage d'expertise, une meilleure continuité des services et une plus grande accessibilité à la population* », en plus d'accentuer l'influence politique au niveau local et d'optimiser la capacité opérationnelle de l'établissement fusionné (CLSC du Grand Chicoutimi, 2004 : 10). De plus, la desserte

¹⁵ Voir le tableau synthèse de l'annexe C.

d'une population en très grande majorité locale, s'inscrit selon eux dans la logique de fusion promue par la loi. Cette restructuration permettra d'appliquer une logique de services ralliant tous les acteurs de la santé et des services sociaux et en ce sens, il s'avère que cette option est préférable à la négociation d'ententes, susceptible de provoquer des réactions protectionnistes et une logique d'établissement. Cette perspective est partagée par l'Association des hôpitaux du Québec (2003) qui, suite aux expériences de certains de ses membres, a conclu que les ententes de service, les protocoles et les tables de concertation ne permettent pas d'atteindre un réel fonctionnement en réseau et que se sont plutôt les structures qui doivent être modifiées. En somme, les administrateurs sont convaincus que la gestion des soins par une entité unique permettra d'améliorer sensiblement la qualité des soins et générera des économies d'échelle.

Pour sa part, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003) reconnaît l'efficacité des fusions réalisées dans des contextes favorables : « *les établissements membres de notre association ne sont pas réfractaires aux regroupements et aux fusions administratives s'il s'agit d'un moyen pour mieux servir la population. Dans plusieurs régions, les centres de santé, issus du regroupement des forces entre le CLSC, le CHSLD et l'hôpital local, ont su réaliser l'intégration des services tant généraux que spécialisés* » (p. 3). Toutefois, l'Association recommande d'éviter de considérer les fusions comme des solutions miracles et surtout d'imposer une formule unique.

D'autres groupes sont moins modérés quant à l'expression de leur désaccord face à la loi 25. Dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean, la position de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (2004), en regard du scénario proposé par l'Agence, est double : « *si [...] les fusions peuvent avoir des conséquences néfastes aussi bien sur le plan organisationnel que sur le plan de l'offre de services, à l'inverse, la marginalisation du Complexe hospitalier de la Sagamie [...] apparaît [à la FIIQ] aussi menaçante puisqu'elle ne permet pas d'offrir un continuum de soins à la population* » (p. 12). En effet, la branche régionale de la Fédération craint que la fusion des établissements déshumanise les soins (FIIQ, 2004). Aussi, selon la FIIQ (2003) à l'échelle de la province, les fusions telles que présentées jusqu'à présent dans les écrits tendent à perdre l'enjeu de l'optimisation des soins et des services de santé. Effectivement, elles n'entraînent pas d'effets bénéfiques sur la répartition des ressources, ni sur le financement des acteurs, ni sur le respect des missions propres aux établissements, ni sur les relations médecin-patient ni sur la liberté de choix des

patients; elles ne s'attaquent ni aux problèmes de sous-financement des établissements (Centrale des syndicats du Québec, 2003) et de distributions anémiques des ressources ni à la promotion d'une approche médicale de la santé. Par exemple, selon les analyses de Lagacé (2004) sept ans après la fusion de plusieurs établissements de santé d'une MRC, il semble que le niveau de performance du CLSC fusionné n'a pas encore rejoint le niveau antérieur aux fusions. Aussi, selon Beaupré (1995, dans Fournier, 2002), l'augmentation de l'intensité des soins et des services d'assistance et de réadaptation se révèle moindre dans les établissements intégrés (4%) que dans les établissements non intégrés (46%).

Auparavant, selon Matte et al. (2002), les besoins de la population étaient pris en charge par les différents établissements de santé selon leur mission respective, à la fois différentes et complémentaires. Les individus cheminaient à travers ces instances par le biais de protocoles inter-établissements et c'est précisément « *les difficultés dans ces liaisons entre établissements qui ont servi de justification à la mise en place des réseaux locaux* » (p. 2). Toujours selon eux, la logique de mission d'établissements qui régissait le système de santé et de services sociaux est remplacée par une logique basée sur une approche par programme qui s'inscrit dans le format hospitalier : « *cette logique par programme est une logique hospitalière (départements d'oncologie, d'obstétrique, de gériatrie, etc.) et semble vouloir répondre à des besoins hospitaliers* » (*Idem*). En comparaison, l'organisation des services en CLSC est davantage basée sur une structure d'âge et ceux-ci sont offerts selon une perspective globale de l'individu et de son milieu par une équipe multidisciplinaire. Alors que la loi 25 ne pallie pas le manque de coordination des médecins de pratique privée avec l'ensemble des établissements (sauf les hôpitaux), ces auteurs appréhendent le risque que les silos d'établissements deviennent désormais des silos de programmes (*Idem*).

Du côté des acteurs de la santé et des services sociaux, des sons de cloche bien différents se font entendre. Tout d'abord, les différentes associations et regroupements qui représentent les médecins semblent appuyer le ministre dans ses objectifs et certains voient même dans le dépôt de la loi 25 une invitation à ce que les acteurs de la santé travaillent ensemble (Collège des médecins, 2003; Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2003). Cependant, ces deux groupes avancent certaines conditions au succès d'une telle entreprise, notamment à l'égard de la clarification des responsabilités des RUIS, de la préservation des missions des établissements fusionnés (Collège des médecins, 2003) et de la nécessité d'assurer la prise en charge des besoins de santé et de la continuité des services tout au long de l'épisode de soins

(Association médicale du Québec, 2003). De plus, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2003) constate que la loi actuelle sur la santé et les services sociaux permet déjà d'atteindre les objectifs poursuivis par le ministre; elle recommande donc de réorganiser d'abord les services pour ensuite revoir les structures.

Un peu dans le même sens, les établissements spécialisés soutenant les services de deuxième et de troisième lignes semblent favorables aux réseaux locaux dont ils font partie, ce qui ne les empêche pas de nourrir des préoccupations qui leur sont propres. Ainsi, alors que l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2003) se dit disposée à assurer la continuité et la fluidité du continuum des services de santé, l'Ordre des pharmaciens du Québec (2003) prône une plus grande place pour les pharmaciens au sein des réseaux locaux de services, tandis que l'Association des centres jeunesse du Québec (2003) recommande pour sa part l'ouverture de corridors de service entre les réseaux locaux et les instances à vocations régionales.

D'un autre côté, un mouvement tend à rassembler différentes instances syndicales sous des considérations plus négatives à l'égard de la loi 25. Ainsi, alors que certaines organisations affirment que les fusions nuisent à l'amélioration des services (Coalition Solidarité Santé, 2003) d'autres allèguent qu'elle risque d'accentuer la détérioration des services à la population (Confédération des syndicats nationaux, 2003) et de concentrer les ressources humaines et matérielles vers les grands centres (Solidarité rurale du Québec, 2003). Selon la Centrale des syndicats du Québec (2003), la loi 25 ne répond pas aux besoins en matière d'accessibilité et propose une réforme des structures sans objet aux fins de création de services intégrés. Enfin, pour la Fédération des travailleurs du Québec (2003), la loi 25 ne règle pas les problèmes actuels d'accessibilité et de pénurie de main-d'œuvre.

3.2 Les services de première ligne

Selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003), « *[plusieurs] études démontrent qu'un réseau de première ligne bien organisé et doté des ressources appropriées permettrait de réduire considérablement la pression sur les urgences, les services médicaux spécialisés, les services hospitaliers à l'interne et à l'externe* » (p. 5). Or, si l'Association se dit en accord avec la volonté de réseauter l'ensemble des ressources de santé publiques, privées et communautaires, elle tient un tout autre discours face à l'imposition des fusions d'établissements : « *à la limite, [les fusions] risquent de retarder l'atteinte de l'objectif d'intégrer les services, en détournant toutes les énergies [...] vers un débat de structures au détriment du nécessaire débat sur les meilleures façons d'améliorer les services à la population* » (p. 9). Pour sa part, la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (2003) considère que l'intégration forcée des CLSC dans un établissement « multivocationnel » constitue la soustraction d'un élément essentiel de l'accès aux services de première ligne; une fois les entités CLSC disparues, les centres hospitaliers prioriseront naturellement leurs propres besoins qui relèvent davantage de la deuxième et de la troisième lignes. Dans le même sens, la perte d'importance des missions propres aux CLSC, c'est-à-dire la promotion, la prévention, la prestation de services de nature psychosociale et le soutien à domicile, et la structure unique que la loi impose font fi des connaissances acquises en matière de déterminants de la santé (FIIQ, 2003) au profit de la mission curative des hôpitaux. De plus, la Fédération est d'avis que la loi 25 dilue les services de première ligne dans un modèle mixte ouvert au marché de l'entrepreneuriat privé (*Idem*).

3.3 La prévention et la promotion de la santé et l'approche communautaire

D'entrée de jeu, le Conseil du statut de la femme (2003) souligne l'absence de la notion de promotion dans la définition des services de première ligne telle que présentée dans la loi 25. De plus, de l'avis de la CTROCs (2003), la vision curative de la santé et l'intégration des organismes communautaires dans les réseaux locaux continuera d'exclure les individus qui sont la raison d'être du mouvement communautaire c'est-à-dire les personnes marginalisées et ignorées. Même le rapport volontaire à l'organisme est menacé puisque la porte d'entrée ne sera plus la même. De l'avis de certains organismes, la prévention et le virage social de la santé risquent d'être engloutis dans un réseau dominé par les centres hospitaliers et les programmes de santé physique (CPS, 2004; CTROCs, 2003). Dans la région de Montréal,

Moisan (2004) observe une certaine préoccupation de la part de la Commission scolaire de Montréal, des CLSC et des CHSLD à l'égard de la perte d'importance de la prévention au profit d'une approche curative de la santé. Plusieurs groupes insistent pour que la mission prévention, sociale et communautaire des CLSC soit préservée et garantie par l'agence. (*Idem*; CTROCs, 2003). Par exemple dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, bien que les fusions représentent une alternative qu'il appuie, le CLSC du Grand Chicoutimi, par la voix de ses administrateurs, confirme la nécessité de sauvegarder les budgets des services de première ligne qui touchent la prévention, la réadaptation, la réinsertion et l'organisation communautaire (CLSC du Grand Chicoutimi, 2004). Cette préoccupation quant à l'avenir des approches de prévention et de promotion de la santé est partagée par plusieurs groupes. Ainsi, la FIIQ évoque certaines appréhensions quant au mode de financement tributaire d'indicateurs tels que l'accès, la qualité, les coûts et les résultats sur la santé et donc insensible aux déterminants de la santé et aux approches de prévention et de promotion (FIIQ, 2004 :14). Aussi, selon la Coalition Solidarité Santé (2003), la loi 25 fait la promotion de l'approche bio-médicale, ouvre la porte au secteur privé, menace l'autonomie des organismes et ignore les véritables solutions, un avis qui est partagé par la FTQ (2003), qui craint que la loi réduise les services sociaux au profit des hôpitaux et démotive les acteurs de la santé et des services sociaux. Le Syndicat des professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec (2003) pousse ses appréhensions plus loin en affirmant que le poids des CH risque de compromettre l'approche communautaire de la santé et menace l'avenir des CLSC; pour le SPGQ (2003), les fusions forcées sont tout simplement contre-productives. En ce sens, la CTROCs (2003) recommande d'agir sur les déterminants de la santé et de maintenir les missions CLSC et CHSLD, particulièrement le rôle de porte d'entrée du système de santé des CLSC. Aussi, elle prescrit l'injection de fonds publics supplémentaires octroyés à la mission globale des CLSC et plus spécifiquement aux approches de prévention et de promotion.

Si la promotion de la vision curative de la santé semble inévitable pour certains groupes face au poids des centres hospitaliers à l'intérieur des CSSS, le nouveau découpage territorial des réseaux locaux favorisera une fois encore les hôpitaux. En effet, selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003) : « *la logique même du projet de loi [25] implique la mise en place [...] d'une assise territoriale basée sur le bassin de desserte de l'hôpital régional ou sous-régional* » (p. 9). Or, ce territoire est souvent vaste, ses contours vaguement délimités et il présente de nombreux chevauchements. De plus, l'adoption de ces territoires

résolument administratifs entraînera des coûts en termes de présence envers les communautés en éloignant les dispensateurs de services de la population et mettra en jeu le sentiment d'appartenance des citoyens à l'égard de leurs établissements.

Selon Bourque (2004b), ce qui pose aussi problème avec les bassins de desserte des centres hospitaliers comme base d'organisation des réseaux locaux de services est le fait que ces territoires soient peu significatifs d'un point de vue social et communautaire. Les partenaires que les réseaux « locaux » doivent mobiliser (institutions locales, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, etc.) ne se reconnaissent souvent pas dans ces bassins de desserte qui sont des territoires administratifs. Ces partenaires existent en fonction d'une autre réalité, soit celle d'un territoire vécu, en général celui d'un CLSC qui correspond à une municipalité ou une municipalité régionale de comté (MRC) selon le cas. La différence entre les deux est déterminante. Sur un territoire vécu, les partenaires se sentent concernés par des problèmes communs et ils ont développé des rapports de proximité et de collaboration entre eux. À l'opposé, les territoires administratifs sont davantage déterminés par des frontières bureaucratiques et se caractérisent par l'amalgame de communautés hétérogènes qui n'évoluent pas dans le même environnement socio-économique, voire culturel, et où les acteurs sociaux ne sont pas confrontés aux mêmes réalités. Selon l'auteur, la mobilisation des acteurs dans un tel contexte sera nettement plus difficile, voire compromise puisqu'un des moteurs principaux de la mobilisation des communautés est le sentiment d'appartenance. La loi 25 confie donc le mandat stratégique de développer des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à une nouvelle instance dont les centres hospitaliers sont souvent les pièces maîtresses et cela sur des territoires qui risquent d'être contre-productifs toujours selon Bourque (2004b).

L'un des enjeux de la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux pour les organismes communautaires est celui du maintien de leur identité et de leur autonomie, alors que « *leur statut d'acteur social d'intérêt public pourrait être mis en péril au profit d'un rôle de fournisseur de services sous contrat avec les centres de santé et de services sociaux* » (Bourque, 2004b : 19). Les défis qu'ils devront relever sont de l'ordre de la gestion de la compétition lors des questions de financement ainsi que de l'obtention d'une représentation auprès des CSSS en tant que partenaires à l'orientation et à la mise en place des réseaux locaux. Toujours selon Bourque (2004b), les organisations communautaires

détiennent une fonction vitale dans le maintien et le développement de la santé des populations :

« Les organismes communautaires tirent leur essentialité non pas uniquement des services qu'ils offrent, mais de la fonction sociale qu'ils remplissent [qui] renvoie au développement de l'innovation qui les caractérise, à la pluralité des approches qu'ils véhiculent, à la promotion de la citoyenneté, à la qualité de leurs réponses aux besoins des personnes et des collectivités, à leur potentiel de mobilisation communautaire et citoyenne, etc. [Ainsi], la prise en compte de l'autonomie du communautaire [constitue] un moyen pour arriver à rendre productifs les rapports de partenariat [...]. La stratégie gagnante à ce chapitre [...] est celle de l'addition des forces (sociales, économiques, culturelles, institutionnelles) d'un milieu plutôt que la simple hiérarchisation des services » (Ibid. : 20).

Selon Lachapelle (2004), la mobilisation des populations passe nécessairement par un territoire local, c'est-à-dire un cadre de relations de proximité auquel les gens se reconnaissent. La plupart du temps, ce territoire vécu correspond au bassin de desserte d'un CLSC comme un quartier ou une municipalité ou même une municipalité régionale de comté. Or, la réforme actuelle mise sur une logique administrative de planification des services au détriment d'une logique communautaire. En effet, « *alors que la réorganisation des services de première ligne aurait commandé une attention particulière aux questions de proximité (ne serait-ce que pour mieux mettre à contribution les réseaux naturels d'entraide), les agences ont procédé à la création de super établissement desservant des territoires sur lesquels personnes ne se reconnaît* » (Ibid. : 2). Il existe une distinction entre territoire administratif et territoire vécu où les partenaires « *se sentent concernés par des problèmes communs et [où] ils ont développé des rapports de proximité et de collaboration entre eux* » (Bourque, 2004b : 10). Les territoires administratifs comprennent des communautés provenant de milieux socio-économiques différents qui ne se reconnaissent pas dans leurs expériences des problèmes sociaux. Les bassins de desserte des centres hospitaliers ne sont pas significatifs dans une perspective sociale et communautaire, pourtant ils servent souvent de base à l'organisation locale des réseaux de services.

L'organisation communautaire est en mesure de contribuer de façon solide au développement des projets cliniques des CSSS (Lachapelle, 2004). Dans cette perspective, il est nécessaire de miser sur les rapports de vrai partenariat avec le milieu communautaire et sur l'expertise du milieu local. En effet, l'expertise des CLSC quant à l'action sur les déterminants de la santé et le développement des communautés n'est plus à démontrer. De leur côté, les centres hospitaliers ne démontrent qu'une connaissance et une compréhension limitées du milieu

communautaire. Enfin, l'auteure propose le retour aux pratiques d'éducation populaire « *entendue comme processus d'empowerment individuel et collectif dans des démarches qui partent du quotidien, permettent à des gens défavorisés et souvent exclus de prendre conscience de leurs capacités individuelles et collectives, renforcent à terme l'autonomie de la communauté et la solidarité de ses membres et débouchent sur l'action citoyenne* » (Lachapelle, 2004 : 7).

Pour la CTROCs, l'intégration des services comporte son lot de pièges : « *le projet de loi 25 peut avoir pour effet de redéfinir la mission des organismes communautaires autonomes, de les cloisonner à des clientèles cibles, de les inscrire dans les continuums de services, de les amener à participer à des plans régionaux et locaux d'organisation de services et de changer leurs pratiques* » (p. 11). Comme plusieurs autres acteurs, la Coalition reconnaît la légitimité de vouloir faciliter le cheminement des individus dans le réseau de la santé et des services sociaux, cependant « *cela doit se faire dans le respect des missions et des approches développées par les organismes communautaires* » (*Idem*). Officiellement, l'État reconnaît la contribution et l'autonomie des organismes communautaires : certains articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire¹⁶ en témoignent. Pourtant, la loi 25 ne semble pas perpétuer cette orientation, ce que déplore la CTROCs : « *dans le projet de loi 25, il nous est difficile d'entrevoir comment le ministre prévoit, sous la gouverne des services intégrés, actualiser ses engagements envers les organismes communautaires. Il y a là une incohérence marquée* » (p. 16).

¹⁶ Parmi ses recommandations, la CTROCs exhorte le gouvernement à actualiser rapidement cette politique émise en 2001 et à la réaliser par le biais du cadre de référence négocié avec le comité aviseur de l'action communautaire autonome.

QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET DE GESTION INTERNE

3.4 Les coûts administratifs

Selon l'expérience de Lagacé (2004), les fusions engendrent effectivement des coûts au niveau de la gestion. En effet, si dans son cas les CLSC n'ont pas subi autant de pertes d'emplois que les CHSLD, ils en sont encore en 2004 à réaliser la planification triennale adoptée en 1995. De plus, au niveau budgétaire, ils en sont à la deuxième année sur trois d'un processus de récupération budgétaire consécutive à un déficit budgétaire attribuable majoritairement à la hausse des congés de maladie et des coûts de médicaments. Pourtant en 16 ans, le CLSC n'avait été déficitaire qu'à une seule occasion (Lagacé, 2004).

Dans son mémoire déposé à Québec dans le cadre des consultations régionales sur le projet de loi 25, la Centrale des professionnelles et des professionnels de la santé (2004) émet le constat suivant : alors qu'il est reconnu que les fusions engendreront des coûts supplémentaires, l'État n'émet pas l'intention d'injecter de l'argent neuf permettant de mener ces réformes à terme. Cette réalité inquiète et questionne la CPS : « *où les coupes se feront-elles alors que le réseau est déjà sous-financé et que plusieurs secteurs crient famine depuis des années?* » (p. 3). De son côté, la FIIQ (2004) craint que les fusions viennent alourdir les processus administratifs et organisationnels.

3.5 Les activités de gestion

Le mode d'allocation des ressources est lui aussi réformé; en effet, on passe d'un mode d'allocation des ressources dit historique à un mode d'allocation populationnel. Le mode d'allocation historique finançait les régions et les établissements en reconduisant les enveloppes budgétaires, en ajoutant un certain montant d'indexation et en distribuant certains budgets de développement. Désormais, le mode d'allocation populationnel répartit des budgets par programme en fonction des besoins de la population et des caractéristiques des régions. En réalité, il s'agit d'établir le coût type pour chaque programme où la dépense de référence correspond au coût moyen au Québec pour un programme donné, et de financer les

régions en multipliant les coûts des programmes par le nombre de personnes habitant chaque région. Selon Matte et al. (2002) on ne tient pas compte dans ce calcul des facteurs de défavorisation sociale et économique. De plus, comme il n'y a pas d'ajout d'argent neuf, ce sont les « régions riches » qui devront financer les « régions pauvres », sans égard au niveau de pauvreté réel de la population. Dans les conditions d'un système de santé public, les organismes communautaires craignent que leur financement soit déterminé uniquement à partir des ententes de service conclues avec les instances locales et ne considère pas l'ensemble de leur mission en tant qu'entités autonomes (Conseil du statut de la femme, 2003). À ce propos, le Collège des médecins (2003) est d'avis que le déploiement de ressources financières et technologiques fait partie des conditions que la loi 25 se doit de respecter. Si la Fédération des médecins spécialistes du Québec (2003) favorise pour sa part l'intégration des services, elle ne retrouve pas dans la loi 25 la promesse des ressources nécessaires pour y parvenir.

3.6 Le fonctionnement interne des organisations

Suite à l'expérience de la fusion entre le Centre hospitalier de l'Université Laval, l'Hôtel-Dieu de Québec et l'Hôpital Saint-François-d'Assise survenue à Québec en 1995, les bilans permettent de mesurer l'ampleur des coûts psychologiques de la restructuration sur le personnel, en regard de certains indicateurs patents. Alors que les travailleurs se sont retrouvés déracinés de leur milieu de travail et implantés dans un nouvel environnement, le taux d'absentéisme a littéralement explosé et le recours au programme d'aide aux employés s'est sensiblement intensifié (Conseil provincial des affaires sociales, 2004).

Ainsi, selon la Centrale des professionnelles et des professionnels de la santé (2004), il apparaît que les fusions des établissements affectent le climat de travail, la motivation des employés, les relations de travail, la répartition du pouvoir, les méthodes de travail et l'identité organisationnelle. Selon le Conseil provincial des affaires sociales (2004), les travailleurs de la santé ont dû apprendre à s'adapter aux structures nouvelles depuis plusieurs années, ce qui n'amortit pas l'impact des fusions actuelles. En effet, les fusions impliquent un véritable choc culturel pour le personnel : nouvelle culture d'organisation, nouvelles méthodes de travail, nouveaux milieux de travail parfois. Ces transformations constituent des déracinements éprouvants pour les employés : *« les travailleurs et travailleuses, forcés malgré eux à changer d'environnement de travail, se sentent dévalorisés et non respectés.*

Ayant perdu leur sentiment d'appartenance à leur établissement, les travailleurs se découragent » (Conseil provincial des affaires sociales, 2004 : 5). En ce sens, la FIIQ (2004) redoute que les fusions déstabilisent les équipes de travail, affectent le personnel et l'offre de services. D'un autre côté, l'Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux (2003) demande de garantir les tâches des cadres suite aux fusions.

Enfin, autre exemple local, les administrateurs du CLSC du Grand Chicoutimi dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, anticipent certains avantages consécutifs aux fusions pour le personnel, ils comptent s'assurer que les pratiques actuelles soient considérées dans le cadre de l'intégration des professionnels et que tous les changements dans l'organisation du travail fassent l'objet de discussions (CLSC du Grand Chicoutimi, 2004 : 18).

3.7 La taille des organisations

L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2003) reconnaît l'efficacité des fusions réalisées dans des contextes favorables, mais recommande d'éviter de créer des entités démesurées. Dans le même sens, le Conseil du statut de la femme (2003) mentionne que ce qui peut constituer un regroupement naturel de structures, à taille humaine en région, est susceptible de se transformer ailleurs en « méga-structures hospitalo-centristes ». Or, les nouvelles structures locales imposées par la loi ne constituent pas une garantie d'accessibilité et de flexibilité (CTROCs, 2003).

QUESTIONS DE GOUVERNANCE

3.8 Les relations avec les acteurs du milieu

Pour Solidarité rurale du Québec (2003), la loi apparaît comme étant contradictoire avec le processus de décentralisation promu par le gouvernement. Il semble en effet qu'il y ait lieu de se questionner sur la réelle volonté de décentralisation véhiculée par la loi : les programmes et les services seront déterminés par le ministère, le CSSS rendra opérationnelles les décisions au niveau local, les sous-traitants signeront des ententes de service avec les CSSS, les CSSS des contrats de performance avec les agences qui de leur côté rendront des comptes au Ministère. La FIIQ (2003) exprime sa crainte de voir la fragilisation des régies régionales (ou agences) qui confient leurs pouvoirs aux seules mains du ministre.

Aussi, la loi 25 permet et favorise les ententes de services, c'est-à-dire possiblement une forme de sous-traitance avec les groupes communautaires. C'est le CSSS qui définit les modalités de services qu'il veut sous-traiter aux groupes communautaires et aux entreprises d'économie sociale, ce qui amène Matte et al. (2004) à s'interroger si ces ententes de service seront définies en partenariat avec le milieu. De plus, « *le CSSS sera imputable des argents dépensés et de la qualité des services offerts dans le cadre de ces ententes. Il s'agira clairement d'un rôle de contrôle ou de coordination des services* » (Idem : 7). Dans un contexte de sous-financement du communautaire, il est illusoire de considérer que les groupes seront en mesure d'accepter librement ces ententes de service.

Ainsi, d'un côté on inclut le privé, les entreprises d'économie sociale et les groupes communautaires dans le réseau local à qui l'on confie la responsabilité populationnelle et de l'autre on n'identifie pas toujours clairement qui sera le dispensateur des différents services. Puisque la composition des réseaux locaux comprend des médecins de famille, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale mais également des ressources privées du territoire, l'Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux (2003) s'interroge sur leur statut : lorsque des ententes seront conclues, ces ressources deviendront-elles des établissements au sens de la LSSS? Comme le souligne Matte et al. (2004) : « *on tente de vouloir imputer une responsabilité de coordination des services et de contrôle de qualité de services aux CSSS sans obligation de dispensation de services par le public. C'est un glissement bien amorcé vers la privatisation et la communautarisation des services* » (p. 3). En ce sens, la CTROCs (2003) exhorte le gouvernement à la non marchandisation des services publics.

De plus selon Bourque (2004b), la loi 25 redéfinit les relations entre les établissements publics de première ligne (les CSSS) et les organismes communautaires du milieu, qui se réaliseront par le biais d'ententes de service. Effectivement, « *les CSSS sont invités à convenir d'ententes de service avec les organismes communautaires ce qui impliquent des relations plus hiérarchiques que les relations plutôt horizontales qui avaient généralement cours entre les CLSC et les organismes communautaires* » (Bourque, 2004b : iii). Selon cet auteur, plusieurs problèmes sont soulevés par le nouveau rôle de coordination des CSSS. Notamment, on introduit de nouveaux rapports entre les organismes publics et communautaires, c'est-à-dire « *des rapports contractuels (donc hiérarchiques) où*

l'établissement acquiert un pouvoir sur l'organisme, entre autres, par le financement, dans la reddition de compte et sur le contrôle de la qualité des services » (Ibid. : 16). Parallèlement, le CSSS devra continuer à entretenir des rapports de collaboration avec les acteurs de la santé dans d'autres projets n'impliquant pas d'ententes de service. La possible cohabitation de ces deux types de rapports est sérieusement mise en doute.

3.9 La participation citoyenne et la répartition du pouvoir

Selon les dispositions de la loi 25, les nouveaux établissements auraient été administrés par un conseil composé de 16 membres provisoires désignés par le ministre (article 5), ce qui avait fait réagir vivement plusieurs groupes. Parmi ceux-ci, l'AHQ (2003) signifiait ainsi son désaccord : *« le projet [de loi 25] ne contient aucune indication sur les facteurs que le ministre devra considérer pour procéder à la nomination d'administrateurs provisoires qui pourraient bien rester en fonction pendant plusieurs années. Rien ne permet donc de croire que ces administrateurs devront être représentatifs des milieux qui ont permis la création de l'instance locale ou dont celle-ci émane. Contrairement à tout ce qui a été jusqu'à maintenant prévu dans les versions successives de la Loi sur les services de santé et les services sociaux depuis son adoption en 1971, l'Assemblée nationale est maintenant invitée à renoncer aux choix préalables requis pour assurer une représentativité équilibrée des acteurs en présence »* (p. 9). Simultanément, l'Association prônait un principe de gestion communautaire s'appuyant sur l'équilibre entre l'apport de la communauté interne de l'établissement et celui de la communauté externe, permettant ainsi aux personnes responsables de la production et de la prestation des soins et des services de *« jouer un rôle dans l'orientation de l'établissement, dans la planification de son développement et dans la réalisation de sa mission »* (p. 10), tandis que l'implication des clientèles favorisait le maintien de *« l'adéquation entre l'offre de services et les besoins »* (p. 10). Cette opinion était partagée par le Collège des médecins (2003), considérant que la loi doit permettre la nomination des bonnes personnes au sein des conseils d'administration, c'est-à-dire des individus qui doivent : *« bien connaître les besoins de leur communauté, provenir de différents milieux, avoir des informations variées et complémentaires et entretenir une vision du bien commun au-dessus d'intérêts partisans »* (p. 2). L'Association des centres jeunesse du Québec (2003) soulignait aussi le malaise autour du processus de sélection des membres de l'administration des agences et des instances locales, en considérant toutefois la nature provisoire de ces conseils d'administration.

Dans le cadre de son mémoire sur les dispositions de la loi 25, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003) dénonçait elle aussi la nomination par le ministre des administrateurs des instances locales, qui réduisait selon elle l'impact de la participation citoyenne (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2003). Cette appréhension était partagée par la FIIQ (2004) qui appréhendait que les fusions d'établissements ne contribuent à la disparition de la moitié des représentants de la population aux instances décisionnelles. Or, la loi 83 vient modifier cette disposition. En effet, le conseil d'administration de l'instance locale est composé de quatre personnes élues par la population, de deux personnes désignées par le ou les comités des usagers de l'établissement, d'un médecin pratiquant en cabinet privé et désigné par les membres du département régional de médecine générale, d'une personne désignée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, d'une personne désignée par et parmi les membres du conseil des infirmiers et infirmières de l'établissement, d'une personne désignée par et parmi le personnel de l'établissement, d'une personne désignée par les conseils d'administration des fondations de l'établissement, de deux personnes désignées par l'agence concernée et choisies selon une liste de noms fournie par les établissements de la région, de deux personnes reconnues pour leur compétence en gestion et désignées par les membres du conseil d'administration dont au moins l'une est choisie à partir d'une liste de noms fournie par les organismes communautaires du territoire, et enfin du directeur général de l'établissement (article 59).

Il reste que pour le Conseil du statut de la femme (2003), certains éléments font cruellement défaut à la loi 25. On lui reproche notamment son mutisme quant à la représentation de la population en général et des femmes en particulier sur les conseils d'administration des agences régionales et des instances locales. De plus, la loi prévoit des ententes bipartites mais aucune structure de concertation permettant de refléter la dynamique de l'ensemble des éléments du réseau local, ni de structure de coordination en condition de vie des femmes prenant compte des besoins de celles-ci dans la planification régionale des services.

Aussi, selon Solidarité rurale du Québec (2003), la loi 25 tente de rapprocher les lieux de décisions des citoyens mais retire leur autonomie aux CLSC ruraux. D'un côté, les acteurs reconnaissent que la loi 25 doit faire l'objet d'une large consultation publique (Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, 2003) et que les décisions concernant la santé de la population doivent prévoir la possibilité d'une participation citoyenne démocratique (CTROCs, 2003). Pourtant, on s'interroge quant à la possible réduction des lieux d'expression démocratique, alors que la loi 25 ne prévoit pas l'aménagement de mécanismes de consultation des membres des communautés locales ni des intervenants locaux (Centrale des syndicats du Québec, 2003; FIIQ, 2003). Enfin, l'AHQ (2003) recommande « *qu'un établissement ne puisse être fusionné qu'avec son consentement, ou, à défaut, lorsque l'intérêt public le justifie* » (p. 15).

3.10 Le rôle de l'État

Comme plusieurs autres regroupements et organisations de la santé, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003) appuie les objectifs d'optimisation de l'accessibilité et de la continuité dans l'offre de services de santé et de services sociaux. Toutefois, d'autres conditions que les fusions imposées par la loi doivent être rencontrées pour atteindre ces objectifs : « *un financement accru pour l'ensemble des services de première ligne, une modification aux règles d'allocation des ressources financières aux établissements et une accélération dans l'implantation des technologies de l'information* » (p. 31). Le sous-financement des services à domicile, des services offerts aux jeunes, aux personnes souffrant de problèmes transitoires ou chroniques de santé mentale et le vieillissement de la population constituent autant d'exemples de besoins d'investissements d'argent neufs en santé de la part de l'État.

De plus, compte tenu de la proportion des dépenses consacrées aux hôpitaux à l'échelle de la province, il semble difficile pour l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003) : « *de ne pas conclure qu'il y aurait lieu de favoriser, graduellement, un certain transfert de ressources du secteur hospitalier vers les ressources de la première ligne* » (p. 33). Selon la Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (2003), la loi 25 s'inscrit dans la perspective libérale visant la réingénierie de l'État.

Conclusion

En parallèle avec les conclusions de la bibliographie analytique de Brouselle et al. (1999), il est possible d'émettre quelques considérations générales qui se dégagent de la recension des écrits. Tout d'abord, une grande proportion d'articles porte sur les répercussions économiques des fusions d'un point de vue quantitatif. Aussi, plusieurs articles abordent les conséquences des fusions en regard de la concentration du marché, ce qui se révèle moins pertinent dans le contexte des systèmes de santé canadien et québécois. De plus, bien qu'ils soient mentionnés, les avantages non économiques des fusions n'ont été l'objet que de peu de recherches méthodiques. Enfin, de nombreuses publications soulignent la variabilité des résultats des fusions. Selon la FCRSS-CHSRF (2002) « *malgré la force de l'attrait du principe 'plus c'est gros, mieux ça vaut' pour les fusionnements d'hôpitaux, il est clair que les preuves empiriques appuyant ce principe sont faibles et que le potentiel de résultats négatifs est important. En regard de la faiblesse des fondements sur lesquels elle s'appuie, la fièvre des fusions est un ahurissant phénomène d'emballlement et ceux qui l'encouragent devraient être sommés de démontrer le bien-fondé de leur cause* » (p. 2).

En somme, les données empiriques se révèlent particulièrement divisées quant aux impacts potentiels des fusions. De plus, les expérimentations québécoises relèvent de l'étude de cas et leurs conditions spécifiques s'avèrent peu appropriées à la généralisation. Aussi, alors que les avantages liés aux fusions constituent pour la majorité des objectifs identifiés, donc des impacts attendus, les inconvénients constituent quant à eux des conséquences inattendues qui devraient d'une manière ou d'une autre être prises en compte lors de la planification des fusions. En réalité, l'amélioration des soins et la réduction des coûts sont difficiles à quantifier et il est d'autant plus difficile de faire consensus sur ce qui devrait être mesuré et quelles sont les comparaisons valides. En effet, s'il existe plusieurs chiffres sur le résultat des traitements, sur les visites de patients, sur le nombre d'interventions, sur les compressions budgétaires et sur la redistribution des fonds, une lacune fondamentale demeure : peu d'études semblables existaient pour les hôpitaux antérieurs aux fusions (Association canadienne des hôpitaux d'enseignement et Hôpital d'Ottawa, 2000).

En conclusion, Hackett (1996) souligne que les avantages des fusions semblent avoir été surexposés. Il reste tout de même des raisons réelles de considérer l'option de la fusion.

Cependant, les cliniciens et les gestionnaires doivent comprendre de façon plus globale le besoin de faire correspondre la diversité du milieu avec les compétences et les ressources de leurs organisations afin de considérer les conditions qui vont dicter leur choix entre les alternatives existantes. Soulignons en terminant l'idée de Denis et al. (1999) selon laquelle un système de santé ne peut être régénéré uniquement par une réforme des structures. Or, « *les fusions d'établissements ne sont pas une panacée; elles offrent parfois des possibilités d'économie et d'amélioration des services, mais la plupart de ces avantages pourraient aussi être obtenus par d'autres formules* » (Paquin, 1983 : 15). La reconfiguration des services de santé et des services sociaux de première ligne est en cours de réalisation au Québec et ses multiples impacts devront faire l'objet de recherches afin d'en mesurer les effets (positifs ou négatifs) à moyen et long terme.

Bibliographie

- Alexander, J.A., Halpern, M.T. & Lee, S.-Y.D. (February 1996). The short-term effects of merger on hospital operations. *HSR : Health Services Research*, 30, 827-847
- Andreopoulos, S. (1997, January 2). The folly of teaching-hospital mergers. *The New England Journal of Medicine*, 336, 61-64
- Assemblée nationale du Québec. (2003, chapitre 21). *Projet de loi n° 25*. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Éditeur officiel du Québec, 16 pages
- Assemblée nationale du Québec. (2004). *Projet de loi n° 83*. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives. Éditeur officiel du Québec, 105 pages
- Association canadienne des hôpitaux d'enseignement et Hôpital d'Ottawa (Mars 2000). *Rapport de la conférence. Fusions des soins de santé au Canada - Prescriptions*. Ottawa, 14 pages
- Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux (ACSSS) (2003). Analyse et critique des sections contenues au projet de loi 25, tel que déposé le 11 novembre 2003.
- Association des centres jeunesse du Québec. (Décembre 2003). *Projet de loi n° 25*. Commentaires concernant la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. 8 pages
- Association des CLSC et des CHSLD du Québec. (Novembre 2003). *Au-delà des structures, mieux servir la population*. Mémoire sur le projet de loi 25 - Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. 40 pages
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (Décembre 2003). *Avis sur le projet de modification de la gouverne*. Projet de loi 25. 11 pages
- Association des hôpitaux du Québec (AHQ). (Décembre 2003). *Mémoire sur le projet de loi n° 25*. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. 15 pages

- Association médicale du Québec. (Décembre 2003). *Au-delà des structures...* Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales sur le projet de loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi n° 25). Association médicale du Québec, Montréal, 19 pages
- Bazzoli, G.J., Dynan, L., Burns, L.R. & Yap, C. (September 2004). Two decades of organisational change in health care : What have we learned? *Medical Care Research and Review*, 61 (3) 247-331
- Bégin, C. & Labelle, B. (1990). *L'intégration verticale des services de santé au Québec : le cas des centres de santé*. Ste-Foy, Université Laval Faculté des sciences de l'administration, 21 p.
- Benady, S. (2003, December 16). Quebec's health restructuring has doctors feeling left out. *Medical Post*, 39, 5-6
- Bogue, R.J., Shortell, S.M., Sohn, M.-W., Manheim, L.M., Bazzoli, G. & Chan, C. (1995). Hospital reorganization after merger. *Medical care*, 33, 676-686
- Bojke, C., Gravelle, H. & Wilkin, D. (Mar 2001). Is bigger better for primary care groups and trusts? *British Medical Journal*, 322 (7286) p. 599-602
- Bond, P. & Weissman, R. (1997). The costs of mergers and acquisitions in the U.S. health care sector. *International Journal of Health Services*, 27, 77-87
- Bourque, D. (2004a). L'enjeu du territoire des réseaux locaux de services. *Interaction*, 66, p. 9
- Bourque, D. (2004b). *Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires*. Laboratoire de recherche sur les pratiques et politiques sociales et Centre d'étude et de recherche en intervention sociale, 25 pages
- Brouselle, A., Denis, J.-L. & Langley, A. (1999). *Que savons-nous des fusions d'hôpitaux?* Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 14 p.
- Bulletin de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (Hiver 1999). Constance, argent et communication : la recette de la réforme hospitalière. *Quid novi Bulletin de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, 2, 7
- Bulletin on effectiveness of health service interventions for decision makers. (December 1996). Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access, *Effective Health Care*, 2 (8) p. 1-16
- Centrale des professionnelles et des professionnels de la santé. (Mars 2004). *Avis déposé à l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et des services sociaux de la Capitale nationale*. Québec, 8 pages
- Centrale des syndicats du Québec. (Décembre 2003). *Une gouvernance régionale et des réseaux locaux de services : au service de qui?* Mémoire présenté à la Commission des

affaires sociales lors des auditions publiques sur le projet de loi n° 25 : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. 26 pages

Chambaretaud, S., Lequet-Slama, D. & Rodwin, V.G. (Juin 2001). *Couverture maladie et organisation des soins aux États-Unis*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Études et Résultats, No. 119, 12 pages

Chevrier-Fatome, C. & Daniel, C. (Juin 2002). *Le système de santé en Angleterre. Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*. Rapport no.2002-105, Inspection générale des affaires sociales, 42 pages

CLSC du Grand Chicoutimi (Mars 2004). *Mémoire sur la consultation proposée pour l'implantation d'un modèle régional d'organisation de services intégrés*. Pour l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean. 26 pages

Coalition des tables régionales d'organismes communautaires. (Décembre 2003). *À la santé de la solidarité! Redonner aux services sociaux leurs lettres de noblesses!* Mémoire portant sur le projet de loi 25 présenté au ministre Philippe Couillard à la Commission parlementaire de l'Assemblée nationale du Québec. 23 pages

Coalition Solidarité Santé. (Décembre 2003). *Un projet de loi à retirer... un processus à reprendre*. Mémoire de la Coalition Solidarité Santé présenté à la Commission des affaires sociales sur le projet de loi 25 Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. 30 pages

Collège des médecins du Québec. (Décembre 2003). *Projet de loi n° 25*. Mémoire présenté à la Commission des Affaires sociales. 5 pages

Colón, G., Gupta, A & Mango, P. (1999). M&A Malpractice. *The McKinsey Quarterly*, 1, 62-74

Confédération des syndicats nationaux. (2003). *Sortir des continuel recommencements*. Mémoire de la Confédération des syndicats nationaux. Présenté à la Commission des affaires sociales lors des auditions publiques sur le projet de loi n° 25. 10 pages

Conseil du statut de la femme. (Décembre 2003). *Avis. Commentaires sur le projet de loi n° 25*. Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, 23 pages

Conseil provincial des affaires sociales (SCFP-FTQ). (Mars 2004). *Apprendre du passé*. Avis présenté à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale. 9 pages

Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. & Touati, N. (Pas de date). *Intégration des soins : concepts et mise en œuvre*. Département d'administration de la santé : UDM, 12 pages

Dackert, I., Jackson, P.R., Brenner, S-O. & Johansson, C.R. (2003). Eliciting and analysing employees' expectations of a merger. *Human Relations*, 56 (6) 705-725

- Demers, L., Dupuis, A. & Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? *Santé mentale au Québec*, XXVII, 74-92
- Denis, J.-L., Lamothe, L. & Langley, A. (1999). The struggle to implement teaching-hospital mergers. *Canadian Public Administration/Administration publique du Canada*, 42, 285-311
- Docteur, E., Suppanz, H. & Woo, J. (2003). *The US health system : An assessment and prospective directions for reform*. OECD, Economics Department, Working papers no.350, 63 pages
- Douville, G.R. (Mars-avril 1983). La fusion de quatre corporations : l'expérience du Centre hospitalier régional de Lanaudière. *Administration hospitalière et sociale*, 27-32
- Dranove, D. & Shanley, M. (Jan 1995). Cost reductions or reputation enhancement as a motives for mergers : the logic of multihospital systems, *Strategic Management Journal*, 16 (1) p. 55-74
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ). (Décembre 2003). *Pour l'avenir des services publics... projet de loi 34, projet de loi 35, projet de loi 7, projet de loi 8, projet de loi 25, projet de loi 30, projet de loi 31. Projets de loi : inutiles, incomplets, dangereux*. Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, Québec, 52 pages
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ). (Mars 2004). *Mémoire de la FIIQ et de ses syndicats affiliés dans le cadre de la consultation faite par l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean*. 19 pages
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). (Décembre 2003). Mémoire à la Commission des affaires sociales relativement au projet de loi n° 25 *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. FMOQ, 12 pages
- Fédération des médecins spécialistes du Québec. (Décembre 2003). Mémoire de la fédération des médecins spécialistes du Québec présenté à la Commission des affaires sociales, *Projet de loi n° 25*. FMSQ, Montréal, 15 pages
- Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ). (Décembre 2003). *Position de la FTQ présentée à la Commission des affaires sociales sur le projet de loi n° 25 Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Bibliothèque nationale du Québec, Montréal, 8 pages
- Ferlie, E., Hartley, J. & Martin, S. (2003). Changing public service organizations : Current perspectives and future prospects. *British Journal of Management*, 14, p. S1-S14
- Field, J. & Peck, E. (December 2003). Mergers and acquisitions in the private sector : What are the lessons for health and social services? *Social Policy & Administration*, 37 (7) p. 742-755

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé – Canadian Health Services Research Foundation (2002). *À bas les mythes. Mythe : Fusionnements d'hôpitaux : plus c'est gros, mieux ça vaut*. Ottawa : CHSRF – FCRSS. 2 pages
- Fournier, J. (2002). Dossier sur les fusions CLSC-CHSLD : Pensons-y avant! *Interaction communautaire*, 59
- Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C. & Walters R. (2002). Process and impact of mergers of NHS trusts : multicentre case study and management cost analysis. *BMJ*, 325 (7358) p. 246
- Garside, P. (1999, 6 February). Evidence based mergers? *BMJ*, 318, 345-346
- Hackett, Mark C. (1996). Are there alternatives to merger? *Health Manpower Management*, 22 (5) p. 5-14
- Haigh, D.I. (2000). Mergers in action: an examination of the efficacy of a merger between three NHS Hospital Trusts and the subsequent effects of that merger. *Total Quality Management*, 11 (4/5/6) p. S589-S595
- Hollis, S.R. (March/April 1997). Strategic and economic factors in the hospital conversion process. *Health Affairs*, 131-143
- Hutchings, A., Allen, P., Fulop, N., King, A., Protopsaltis, G., Normand, C. & Walters, R. (April 2003). The process and impact of trust mergers in the National Health Service : A financial perspective. *Public Money and Management*, p. 103-112
- Institut canadien d'information sur la santé. (2004). *Les soins de santé au Canada*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 137 pages
- Isaak, S. & McCutcheon, D. (Fall 1997). Organizational restructuring in health care : a successful approach. *Healthcare Management*, 10, 34-41
- Kassirer, J.P. (1996, March 14). Mergers and acquisitions – Who benefits? Who loses? *The New England Journal of Medicine*, 334, 722-723
- Kaye, G.H. (1989). Multis, mergers, acquisitions and the healthcare provider. *Nursing Management*, 20 (4) p.54-62
- Lachapelle, R. (2004). *Enjeux institutionnels pour l'organisation communautaire dans les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. RQIIAC-Montréal, 7 pages
- Lagacé, G. (été 2004). Cas vécu : les effets néfastes des fusions. Les fusions c'est aussi ça la vie... *Interaction communautaire*, Numéro 66, p. 10
- Lamarche, P.A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M. & Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8, 71-92

- Larivière, C. (2001). Les réseaux intégrés de services : fondements, définitions et modes d'organisation. Dans Comité conjoint CLSC-Centres jeunesse (Éd.), *Guide pour soutenir le partenariat. Entente CLSC-Centre-Jeunesse*. (pp. 23-62), Montréal : Université de Montréal
- Lee, S.-Y.D. & Alexander, J.A. (September 1999). Consequences of organisational change in U.S. hospitals. *Medical Care Research and Review*, 56, 227-276
- Lynk, W.J. (1995). The creation of economic efficiencies in hospital mergers. *Journal of Health Economics*, 14, 507-530
- Magel, J.S. (Spring 1999). Consolidation in the health care sector. *Journal of health care finance*, 22-28
- Markham, B. & Lomas, J. (Fall 1995). Review of the multi-hospital arrangements literature : benefits, disadvantages and lessons for implementation. *Healthcare Management*, 8, 24-35
- Matte, I. et l'équipe communautaire de la Clinique communautaire de Pointe St-Charles (Novembre 2004). *Mise en place des centres de santé et de services sociaux. Quels enjeux pour les citoyen(ne)s et les groupes ?* Document de travail, 8 pages
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). Le système de santé et de services sociaux au Québec. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 16 pages
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004b). *Communiqués du ministre*. Gouvernement du Québec, Direction des communications.
- Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. (Mai 2000). *Le système de santé en France*. Haut comité de santé publique, 29 pages
- Moisan, J-L. (13 mai 2004). La création des réseaux locaux de santé et de services sociaux. Nombreuses inquiétudes concernant la prévention. *Diapason*, Bulletin d'information de la Direction de santé publique de Montréal, 8 (3) p. 1-2
- Mur-Veeman, I., van Raak, A. & Paulus, A. (1999). Integrated care : the impact of governmental behaviour on collaborative networks. *Health Policy*, 49, 149-159
- Nash, M.G. & Everett, L.N. (July-August 1996). Cultural cohesion versus collision. A model for facilitating organizational mergers. *JONA*, 26 (7-8) p. 11-18
- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). (Décembre 2003). *Projet de loi no. 25 Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. OPQ, 14 pages
- Paquin, M. (Mars-avril 1983). Les fusions d'établissements : un point de vue critique. *Administration hospitalière et sociale*, 13-15
- Posnett, J. (1999). Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *British Medical Journal*, 319 (7216) 1063-1065

- Richard, L., D'Amour, D., Labadie, J-F., Brodeur, J-M., Pineault, R. & Séguin, L. (2002). *Services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 33 p.
- Roald, J. & Edgren, L. (2001). Employee experience of structural change in two Norwegian hospitals. *International Journal of Health Planning and Management*, 16, p. 311-324
- Schneider, R.A. (November 1969). Anatomy of a merger. *Canadian Hospital*, p. 23-25
- Sheldon, T. & Maynard, A. (1999, June 26). Politicians may not have same goals as clinicians with regard to mergers. *BMJ*, 318, 1762
- Solidarité rurale du Québec. (Décembre 2003). *Les CLSC en milieu rural : ancrés dans un milieu de vie*. Déclarations sur la fusion des CLSC avec d'autres institutions de santé en milieu rural imposé par le projet de loi 25. Solidarité rurale du Québec, Nicolet, 4 pages
- Stewart, M., Ellett, F., Golding, S., Hoch, J., Huras, P., McSherry, J., et al. (juin 2002). Évaluation d'une organisation d'intégration des services médicaux dans les soins à domicile. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa, 6 p.
- Syndicat des professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec (2 décembre 2003). *Selon le SPGQ, le projet de loi menace l'avenir des CLSC*. Québec, 2 pages
- Tables des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles. (Décembre 2003). *Est-ce vraiment la meilleure façon d'améliorer les services à la population?* Avis sur le projet de loi n° 25. TRPOCB, Montréal, 15 pages
- Terry, D.J., Carey, C.J. & Callan, V.J. (March 2001). Employee adjustment to an organizational merger : An intergroup perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27 (3) p. 267-280

Turgeon, J. & Sabourin, P. (1995). Reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec : la place des regroupements interétablissements. *Administration publique du Canada*, 39, 192-212

Wooley, J.M. (1989). The competitive effects of horizontal mergers in the hospital industry. *Journal of Health Economics*, 8, 271-291

ANNEXE A



Source : MSSS : <http://www.msss.qc.ca>

ANNEXE B

Relevé des faits saillants tirés de la littérature et des positions des acteurs

LITTÉRATURE EMPIRIQUE

POSITIONS DES ACTEURS

THÈMES ÉTUDIÉS

QUESTIONS CLINIQUES ET PROFESSIONNELLES

1. La prestation et l'accessibilité des soins

Indicateurs d'un impact positif :

- Abolition des frontières entre les organisations, hiérarchisation, continuité des services et rationalisation des fonctions administratives (Demers et al., 2002);
- Augmentation du bassin de professionnels et accès aux formations favorisé (Fulop et al., 2002);
- Pratiques et services standardisés (Magel, 1999);
- Réductions diverses au niveau de la prestation de soins (Bond & Weissman, 1997; Brailer, 1992 dans Lynk, 1995; Douville, 1983; Lee & Alexander, 1999; Wooley, 1989);
- Reconfiguration des services (Haigh, 2000).

Indicateurs d'un impact négatif :

- Risques pour les hôpitaux de se convertir en soins externes, de fermer (Bogue et al., 1995, dans Lee & Alexander, 1999) ou de devenir moins sensibles aux usagers (Wooley, 1989);
- Ghettoisation et déshumanisation des soins (Benady, 2003);
- Restriction de l'accès (Andreopoulos, 1997; Magel, 1999);
- Distance physique accrue (Posnett, 1999);
- Difficultés rencontrées par les médecins (Benady, 2003; Colón et al., 1999; Kassirer, 1996);
- Alourdissement bureaucratique (Markham & Lomas, 1995);
- Surestimation de l'impact du volume des activités cliniques sur la qualité des soins (Bulletin on effectiveness of health service interventions for decision makers, 1996) ;
- Perturbation des services et effets négatifs sur la prestation et le développement des services (Fulop et al., 2002);
- Compromission du support à long terme des services à la communauté (Kassirer, 1996);
- Pas d'amélioration des pratiques (Alexander et al., 1996);
- Mécontentement des clientèles, détérioration des services à la population et annihilation de la capacité des organisations de répondre de façon spécifique aux besoins d'une communauté en raison de l'uniformisation et de la standardisation des services (Sabourin et al., 1994, dans Fournier, 2002);
- Certaines clientèles priorisées (Fournier, 2002).

Indicateurs d'un impact positif :

- Exhortation à ce que les acteurs de la santé travaillent ensemble (Collège des médecins, 2003).

Indicateurs d'un impact négatif :

- Considération des fusions comme une solution miracle et imposition d'une formule unique (Association des CLSC et des CHSLD du Québec);
- Pas de garantie d'accessibilité et de flexibilité et vision curative de la santé (CTROCs, 2003);
- Conditions à rencontrer pour assurer le succès des fusions (AMQ, 2003; Collège des médecins, 2003);
- Obstacle à l'amélioration des services (Coalition Solidarité Santé, 2003);
- Risque d'accentuation de la détérioration des services (CSN, 2003);
- Ne représentent pas une solution aux problèmes de sous-financement des établissements (Centrale des syndicats du Québec, 2003);
- N'entraînent pas d'effets bénéfiques sur la répartition et la distribution des ressources (FIIQ, 2003).

<p>2. Les services de première ligne</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> Pas de mention dans la littérature consultée</p> <p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Élimination des services de première ligne (Bogue et al., 1995); - Érosion de l'autonomie clinique et mobilité accrue des médecins généralistes (Magel, 1999).</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> Pas de mention dans les mémoires consultés</p> <p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Perte des CLSC et priorité accordée aux besoins des hôpitaux (CTROCs, 2003); - Implantation de structures « hospitalo-centriste » (Conseil du statut de la femme, 2003); - Ouverture au marché de l'entrepreneuriat privé (FIIQ, 2003).</p>
	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> Pas de mention dans la littérature consultée</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> Pas de mention dans les mémoires consultés</p>

3. Les pratiques de prévention et de promotion de la santé et l'approche communautaire

	<p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Incertitudes quant à la protection des orientations de prévention et de promotion (Richard et al., 2002).</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Absence de la notion de promotion de la santé dans la loi 25 (Conseil du statut de la femme, 2003); - Aucune référence au développement communautaire local ou à la diversité des déterminants de la santé (FIIQ, 2003); - Domination des centres hospitaliers (CPS, 2004; CTROCs, 2003); - Découpage territorial en faveur des hôpitaux (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2003).</p>
QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET GESTION INTERNE		
<p>4. Les coûts administratifs</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> - Certaines conditions permettent à la concentration des services de devenir un moyen efficace de réduction des coûts (Bulletin on effectiveness of health service interventions for decision makers, 1996); - Consolidation clinique (Lynk, 1995); - Profils financiers plus homogènes comparativement aux établissements séparés (Dranove & Shanley, 1995); - Réductions de coûts pour des établissements de tailles similaires (Connor et al., 1997, dans Lee & Alexander, 1999).</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> Pas de mention dans les mémoires consultés</p>
<p>Les coûts administratifs (suite)</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Caractère anecdotique et inconcluant des fusions en tant que sources d'économies (FCRSS-CHSRF, 2002); - Pas de corrélation positive entre le volume des établissements et les économies d'échelle (Posnett, 1999; Sheldon & Maynard, 1999); - Accroissement des coûts de fonctionnement et complexification des activités administratives (Briggs et al., 1981, dans Lee & Alexander, 1999; Denis et al., 1999; Sabourin, 1994, dans Fournier, 2002); - Difficultés à réaliser la consolidation clinique (Devers et al., 1994; Kastor, 2001; Lesser & Brewster, 2001, dans Bazzoli et al., 2004); - Centralisation financière (Fournier, 2002); - Caractère improbable de la réduction des coûts administratifs (Dranove & Shanley, 1995).</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Coupures à prévoir (CPS, 2003); - Augmentation des coûts de gestion (Lagacé, 2004).</p>

<p>5. Les activités de gestion</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif</u> :</p> <p>Pas de mention dans la littérature consultée</p> <p><u>Indicateurs d'un impact négatif</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Négligence des gestionnaires à gérer le processus, ce qui peut mener à la discorde (Hackett, 1996); - Développement d'une compétition interne entre les organisations qui produit une compétition désastreuse et un manque de collaboration affectant sévèrement la performance (Kanter, 1989, dans Hackett, 1996). 	<p><u>Indicateurs d'un impact positif</u> :</p> <p>Pas de mention dans les mémoires consultés</p> <p><u>Indicateurs d'un impact négatif</u> :</p> <p>Pas de mention dans les mémoires consultés</p>
<p>6. Le fonctionnement interne des organisations</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des systèmes de supervision clinique, gestion professionnelle plus cohérente et accès à des programmes de formation et de développement de carrière (Fulop et al., 2002). 	<p><u>Indicateurs d'un impact positif</u> :</p> <p>Pas de mention dans les mémoires consultés</p>
<p>Le fonctionnement interne des organisations (suite)</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact négatif</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiérarchisation ayant un effet nocif sur les communautés de pratique (Demers et al., 2002); - Résistance des employés liée à l'incertitude quant aux buts, à la culture organisationnelle et à l'insécurité individuelle (Roald & Edgren, 2001); - Redistribution des postes de gestion (Lagacé, 2004); - Préjudices quant au climat de travail, à la motivation des employés, aux relations de travail, à la répartition du pouvoir, aux méthodes de travail et à l'identité organisationnelle (Denis et al., 1999; Fournier, 2002; Paquin, 1983); - Pas d'amélioration au niveau du recrutement et de la rétention du personnel (Fulop et al., 2002); - Détérioration du moral du personnel (Kaye, 1989; Woodward et al., 1999, dans FCRSS-CHSRF, 2002). 	<p><u>Indicateurs d'un impact négatif</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Climat de méfiance chez le personnel soignant (FIIQ, 2003); - Préjudices quant au climat de travail, à la motivation des employés, aux relations de travail, à la répartition du pouvoir, aux méthodes de travail et à l'identité organisationnelle (CPS, 2004; Conseil provincial des affaires sociales, 2004).
<p>7. La taille des organisations</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif</u> :</p> <p>Pas de mention dans la littérature consultée</p> <p><u>Indicateurs d'un impact négatif</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inconvénients au niveau des relations : perte de leur caractère informel, éloignement et solitude, communication difficile, augmentation du stress et diminution de l'autonomie des services et des prises de décisions locales (Fulop et al., 2002). 	<p><u>Indicateurs d'un impact positif</u> :</p> <p>Pas de mention dans les mémoires consultés</p> <p><u>Indicateurs d'un impact négatif</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imposantes structures locales (CTROCs, 2003).

QUESTION DE GOUVERNANCE

<p>8. Les relations avec les acteurs du milieu</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> - Bonne intégration dans le milieu (Bégin & Labelle, 1990).</p> <p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Contexte de compétition entre les différents acteurs de la santé pour le contrôle des soins (Bond & Weissman, 1997); - Partenariats rompus (Lagacé, 2004).</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> Pas de mention dans les mémoires consultés</p> <p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Contradictions à l'égard d'une volonté de décentralisation (Solidarité rurale du Québec, 2003).</p>
<p>9. La participation citoyenne et la répartition du pouvoir</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> - Renforcement de l'emprise d'une population locale sur les services offerts par des établissements aux vocations complémentaires (Beauchamp, 2002, dans Fournier, 2002)</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> Pas de mention dans les mémoires consultés</p>
<p>La participation citoyenne et la répartition du pouvoir (suite)</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Accroissement du pouvoir des hôpitaux (Benady, 2003).</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Réduction des lieux d'expression démocratique (FIIQ, 2003); - Mutisme quant à la représentation des femmes (Conseil du statut de la femme, 2003).</p>
<p>10 . Le rôle de l'État</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> Pas de mention dans la littérature consultée</p> <p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Incapacité de l'État de stimuler l'établissement de structures de soins intégrés (Fulop et al., 2002).</p>	<p><u>Indicateurs d'un impact positif :</u> Pas de mention dans les mémoires consultés</p> <p><u>Indicateurs d'un impact négatif :</u> - Inscription de la loi 25 dans le contexte libéral de la réingénierie de l'État (FIIQ, 2003).</p>

ANNEXE C
Tableaux synthèses de la position de différents acteurs

Pour faciliter la lecture des différentes positions adoptées par ces organismes, leurs différents arguments ont été regroupés à l'intérieur de trois tableaux. Ces tableaux permettent de classer les organisations selon qu'elles appuient la loi 25 et par le fait même les fusions qu'elle impose, qu'elles en demandent le retrait ou qu'elles expriment à son sujet des avis mitigés.

GROUPES QUI APPUIENT
LA LOI 25 ET LES FUSIONS

Perspectives

**Association des CLSC
et des CHSLD du Québec**

L'Association reconnaît l'efficacité des fusions réalisées dans des contextes favorables mais recommande d'éviter :

- de les considérer comme des solutions miracles;
- de créer des entités démesurées;
- et d'imposer une formule unique.

Association des établissements de réadaptation
en déficience physique du Québec

Les établissements de l'ARDPQ sont disposés à continuer de contribuer à assurer la continuité et la fluidité du continuum des services.

**Association des hôpitaux
du Québec**

L'Association est favorable à la loi dans l'ensemble mais émet certaines recommandations à l'égard :

- de l'échéancier;
- de la nécessité du soutien médical adéquat;
- de l'importance des RUIS;
- **et du mode de désignation des membres des ca.**

**Collège des médecins
du Québec**

Selon le Collège, la loi invite les acteurs du secteur de la santé à travailler ensemble mais se doit de respecter certaines conditions telles que :

- la nomination des bonnes personnes au sein des ca;
- la clarification des responsabilités des RUIS;
- la préservation des missions des établissements fusionnés;
- et le déploiement de ressources financières et technologiques.

GROUPES QUI S'OPPOSENT À LA LOI 25 ET AUX FUSIONS	Arguments
Centrale des syndicats du Québec	Selon la Centrale, la loi : - ne répond pas aux besoins en matière d'accessibilité; - ne résout pas les problèmes de sous-financement; - représente un recul quant à la participation citoyenne; - et propose une réforme des structures sans objet aux fins de création de services intégrés.
Coalition Solidarité Santé	Selon la Coalition, la loi : - fait la promotion de l'approche bio-médicale; - ouvre la porte au secteur privé; - menace l'autonomie des organismes; - et ignore les véritables solutions. Les fusions nuisent à l'amélioration des services.
Confédération des syndicats nationaux	Selon la CSN, la loi risque d'accentuer la détérioration des services à la population.
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec	Selon la FIIQ, la loi : - s'inscrit dans la réingénierie de l'État; - fait fi des déterminants de la santé; - et dilue les services de première ligne dans un modèle ouvert au marché et à l'entrepreneuriat privé.
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec	Selon la FTQ, la loi : - ne règle pas les problèmes actuels d'accessibilité et de pénurie de main-d'œuvre et risque de réduire les services sociaux au profit des hôpitaux; - et démotive les acteurs de la santé et des services sociaux.
Solidarité rurale du Québec	Selon Solidarité rurale du Québec, la loi : - vise à rapprocher les lieux de décisions des citoyens mais retire leur autonomie aux CLSC ruraux; - risque de concentrer les ressources humaines et matérielles vers les grands centres; - et est contradictoire avec le processus de décentralisation promu par le gouvernement.
Syndicat des professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec	Selon le Syndicat, les fusions forcées sont contre-productives. De plus, le poids des CH risque de compromettre l'approche communautaire de la santé et menace l'avenir des CLSC.
Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles	Selon la Table, la loi doit faire l'objet d'une large consultation publique.

GROUPES QUI ÉMETTENT DES AVIS
MITIGÉS À PROPOS DE LA
LOI 25 ET DES FUSIONS

Positions

<p>Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux</p>	<p>L'ACSSS dénonce l'ambiguïté du concept d'instance locale et demande de garantir les tâches des cadres suite aux fusions.</p>
<p>Association des centres jeunesse du Québec</p>	<p>L'Association recommande l'ouverture de corridors de service entre les réseaux locaux et les instances à vocations régionales.</p>
<p>Association médicale du Québec</p>	<p>L'Association insiste sur la nécessité d'assurer la prise en charge des besoins de santé et de la continuité des services tout au long de l'épisode de soins.</p>
<p>Coalition des tables régionales d'organismes communautaires</p>	<p>La CTROCs recommande :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une participation citoyenne démocratique; - la non marchandisation des services publics; - d'agir sur les déterminants de la santé; - le maintien des missions CLSC et CHSLD; - et l'injection des fonds supplémentaires.
<p>Conseil du statut de la femme</p>	<p>Le Conseil appuie les objectifs du ministre mais dénonce les fusions systématiques qui favorise l'approche médicale curative au détriment d'une approche de prévention, de promotion et de prestation de services sociaux.</p>
<p>Fédération des médecins omnipraticiens du Québec</p>	<p>La FMOQ appuie le ministre dans ses objectifs mais constate que la loi actuelle sur la santé et les services sociaux permet de les atteindre et recommande de réorganiser d'abord les services et ensuite les structures.</p>
<p>Fédération des médecins spécialistes du Québec</p>	<p>La Fédération favorise l'intégration des services mais ne retrouve pas dans le projet de loi la promesse des ressources nécessaires pour y parvenir.</p>
<p>Ordre des pharmaciens du Québec</p>	<p>L'OPQ appuie la création de réseaux locaux mais demande que les pharmaciens y occupent une plus grande place.</p>

ANNEXE D
Principales caractéristiques de cinq systèmes de santé occidentaux

	Canada	États-Unis	France	Royaume-Uni	Québec
Données générales	Pop. (2002) : 31,4 millions % de la population âgée de 65 ans et + (2002) : 12,7% Espérance de vie (2001) : 77,1 ans pour les hommes et 82,2 ans pour les femmes ¹	Pop. (2002) : 288 millions % de la population âgée de 65 ans et + (2002) : 12,3% Espérance de vie (2001) : 74,4 ans pour les hommes et 79,8 ans pour les femmes ¹	Pop. (2002) : 59 millions % de la population âgée de 65 ans et + (2002) : 16,3% Espérance de vie (2001) : 75,5 ans pour les hommes et 82,9 ans pour les femmes ¹	Pop. (2002) : 59,2 millions % de la population âgée de 65 ans et + (2002) : 15,9% Espérance de vie (2001) : 75,7 ans pour les hommes et 80,4 ans pour les femmes ¹	Pop. (2003) : 7,4 millions % de la population âgée de 65 ans et + (2003) : 13,3% Espérance de vie (2002) : 76,3 ans pour les hommes et 81,9 ans pour les femmes ⁹
Historique et fonctionnement général du système de santé	Le système de santé s'appuie sur le principe de l'universalité des services de santé dispensés selon les besoins et non selon les moyens financiers des bénéficiaires. Le système de soins de santé canadien est un ensemble coordonné de 13 régimes provinciaux et territoriaux de soins de santé financés par l'État. L'administration et la prestation des services de soins de santé sont sous la responsabilité des provinces et des territoires, qui doivent respecter les dispositions de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . Pendant les années 1980 et 1990, presque toutes les provinces ont entrepris des revues majeures de leur système de santé. Ce processus a ouvert la voie à plusieurs réformes. Malgré leurs différences, ces réformes ont eu plusieurs thèmes en commun comme	Le système de santé dépend essentiellement du secteur privé à la fois pour le financement et la fourniture des soins de santé. D'un autre côté, le secteur public joue un rôle non négligeable en procurant une couverture pour les personnes âgées, les handicapés et les pauvres. ³ Plus de 42 millions d'Américains ne disposent pas d'assurance maladie, soit 15% de la population dont 27% ont un revenu inférieur au seuil de la pauvreté. La prise en charge publique se fait par le biais de deux programmes : <i>Medicare</i> qui couvre toutes les personnes de plus de 65 ans et celles atteintes d'incapacité permanente (soit 15% de la population); et <i>Medicaid</i> qui s'adresse à certaines familles démunies, soit 11% de la population. ⁵ Le système repose sur la concurrence entre les assureurs et les prestataires pour améliorer l'efficacité	L'État joue un rôle majeur dans l'administration du système de santé. Au plan national, c'est le ministère chargé des Affaires sociales et le ministère chargé de la santé qui interviennent au nom de l'État sur le système de santé. La protection sociale contre les risques financiers liés à la maladie est assurée principalement par l'assurance maladie, une branche de la Sécurité sociale. La participation financière du malade constitue un des principes de base du système français de protection sociale maladie. Elle se fonde sur la nécessité de responsabiliser le consommateur de soins et de biens médicaux. ⁶	Le <i>National Health Service</i> , le système de santé national britannique, a été adopté en 1948. La couverture maladie est universelle, gratuite et uniforme sous le seul critère de la résidence. Une première réforme du <i>NHS</i> est survenue en 1991 alors que l'on introduisait des marchés internes au sein du système distinguant les acheteurs de soins (certains médecins généralistes) des producteurs de soins (les hôpitaux). La seconde réforme du <i>NHS</i> rompt partiellement avec la logique des marchés internes et privilégie une refonte structurelle du système de santé. Suite à des années de sous-financement et à la dégradation consécutive des indicateurs sanitaires du pays, le <i>NHS</i> est actuellement au cœur de réformes majeures. Ainsi, les groupes d'achats sont supprimés au profit de structures déconcentrées du <i>NHS</i> , les <i>Primary Care</i>	L'instauration de l'assurance hospitalisation en 1961 a marqué le début du système public de santé et l'accès universel à des services hospitaliers gratuits. En 1971, un programme universel d'assurance maladie a permis à toute la population d'avoir aussi accès sans frais, à des soins et des services médicaux en cabinet privé. S'est ajouté, en 1997, un programme universel d'assurance médicaments. Ce programme mixte de partenariat État-assureurs privés offre une assurance à toute la population, peu importe l'âge, le revenu ou l'état de santé des personnes. L'État définit le panier de services, en finance la production et le fonctionnement et fixe les conditions d'accessibilité sur une base équitable. Le système repose sur trois paliers (central, régional et local), les services sont

	par exemple la gouvernance régionale et la révision des structures de gestion. ²	des soins. ³		<i>Trusts</i> à qui l'on confie l'achat et l'organisation des soins primaires. ⁷	intégrés au sein d'une même administration et le système est sous contrôle public. ⁸
Structures organisationnelles	Les services de soins de santé incluent les soins de santé primaires assurés (comme les services des médecins et autres professionnels de la santé) et les soins hospitaliers, ce qui représente la majorité des dépenses en santé pour les provinces et les territoires. Les médecins généralistes et les médecins de famille fournissent la majorité des soins de santé primaires. ²	Faible rôle de l'État dans la régulation du système de santé et importance du secteur privé dans l'organisation hospitalière. La majorité des lits hospitaliers dépendent du secteur privé non lucratif (56%), un tiers des lits du secteur public et enfin 11% du secteur privé lucratif. ⁵	Les soins avec hébergement sont dispensés dans des établissements publics ou privés. Les hôpitaux publics représentent 64,8 % de l'ensemble des lits. Les établissements privés à but non lucratif assurent davantage les soins de moyen et de long séjour. Le secteur privé lucratif oriente majoritairement son activité vers les soins aigus et plus particulièrement vers la chirurgie. Les dispensaires et centres de soins s'adressent principalement aux malades ambulatoires. Environ 1,7 millions de personnes travaillent actuellement dans le secteur de la santé, soit 8% de la population active totale. Les omnipraticiens représentent 50,7%. On compte 75% des généralistes et 68% des spécialistes qui ont une pratique libérale dans des cabinets privés. ⁶	L'offre de soins est en majorité placée sous la responsabilité du <i>NHS</i> , l'offre privée de soins ne représentant que 5% de l'offre médicale totale. La prestation des soins s'articule autour des <i>Hospital and community health services</i> qui couvrent l'ensemble des soins secondaires et communautaires et regroupent les structures hospitalières, psychiatriques et de longue durée, et des <i>Family Health Services</i> rassemblant les autres praticiens de la santé. L'offre hospitalière de soins est assurée par 375 établissements qui revêtent depuis 1991 le statut de <i>NHS Trusts</i> , ce qui leur confère une indépendance institutionnelle. Le médecin généraliste constitue la pierre angulaire du système de santé. Il prodigue les soins de premier niveau et sert de filtre au système hospitalier. Chaque médecin généraliste est en moyenne en charge de 1 878 patients. ⁷	Près de 7% de la main-d'œuvre active québécoise travaille dans le secteur de la santé. Le modèle d'organisation est actuellement au cœur d'importantes réformes structurelles. Auparavant formé d'un réseau regroupant quelques 480 établissements publics et privés, plus de 3 400 organismes communautaires et environ un millier de cliniques médicales privées ⁸ , il est composé aujourd'hui de 95 centres de santé et de services sociaux (dont 78 comptent un centre hospitalier) au sein de réseaux locaux comprenant les cliniques et cabinets privés de médecine, les 4 000 organismes communautaires, les centres hospitaliers, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, les centres de réadaptation et les établissements privés. La gestion de ce système est assurée par le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que par 18 agences de la santé et des services sociaux. ¹⁰

<p>Financement du système de santé</p>	<p>Les provinces et territoires financent les services de santé avec l'aide du gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.²</p>	<p>L'approche décentralisée, à organismes payeurs pour le financement et la réglementation de la santé, limite les moyens d'action pour le contrôle des dépenses.³</p>	<p>La Sécurité sociale finance 75,5% de la dépense courante de soins et de biens médicaux. L'État et les collectivités locales interviennent pour 1,1% seulement et les ménages ont à financer 11,3%.⁶</p>	<p>Le financement du <i>NHS</i> s'appuie sur l'impôt pour 80% de ses ressources et sur des contributions d'assurance à hauteur de 12% du budget global. Le reste est apporté par des ressources diverses assises sur les ventes immobilières et les placements.⁷</p>	<p>Les services sont financés essentiellement par le budget général du Québec. En 2000-2001, plus de 30% du budget était alloué à la santé et aux services sociaux.⁸</p>
<p>Dépenses en santé</p>	<p>En 2002, les dépenses en santé se chiffraient à 112 milliards de dollars soit une moyenne de 3 572\$ par personne. En 2003, le Canada a dépensé en santé l'équivalent de 10% de son PIB. Les hôpitaux constituent la plus grosse catégorie des dépenses de santé soit 35 milliards de dollars en 2002. Par contre, leur part du total est passée de 45% en 1975 à 31% en 2002. Viennent ensuite les ventes au détail de médicaments prescrits et non prescrits (16%) puis les dépenses dans le secteur des centres de soins infirmiers et des autres établissements de santé (9%).²</p>	<p>Les États-Unis consacrent 14% de leur PIB à la santé, ce qui constitue les dépenses les plus élevées parmi les pays industrialisés. En 1998, 33% des dépenses de santé étaient financées par les assurances privées contre 45% pour le financement public. Les dépenses fédérales de santé comprennent l'ensemble des dépenses assurées par <i>Medicare</i>, une partie des dépenses liées à <i>Medicaid</i> (l'autre partie étant financée par les États), certains programmes spécifiques et le programme d'assurance pour les enfants mis en place en 1997. Sur la période 1980-2000, le taux de croissance annuel moyen des dépenses fédérales de santé atteint 6,4% alors que les dépenses liées à <i>Medicare</i> ont augmenté de 6,6% et celles liées à <i>Medicaid</i> de 7,5%.^{4,5}</p>	<p>La France consacre 9,5% de son PIB à la santé. On retrouve 47,4% des dépenses de consommation de biens et services médicaux qui sont consacrés aux soins hospitaliers, 27% aux soins ambulatoires, 19,6% aux médicaments et 6% pour les autres biens médicaux et les transports.⁶</p>	<p>La répartition des dépenses de santé du <i>NHS</i> met en évidence une prépondérance des dépenses hospitalières et de soins de longue durée (72%) sur les dépenses dites « de ville » (c'est-à-dire les pharmaciens, médecins, dentistes et opticiens) qui ne représentent que 25% des dépenses. Les 3% restant couvrent les dépenses relatives aux services centraux du <i>NHS</i> et au ministère de la Santé.⁷</p>	<p>Au Québec, les dépenses totales en santé dans les secteurs public et privé par habitant s'élevaient en 2002 à 3 182\$.⁸</p>

¹ Source : Organisation de coopération et de développement économique (2004). <http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/>

² Source : Institut canadien d'information sur la santé (2004). *Les soins de santé au Canada*.

³ Source : Docteur, E., Suppanz, H. & Woo, J. (2003). *The US health system : An assessment and prospective directions for reform*.

⁴ Source : Department of Health and Human Services. Centers for disease control and prevention: <http://www.cdc.gov>

⁵ Source : Chambaretaud, S., Lequet-Slama, D. & Rodwin, V.G. (2001). *Couverture maladie et organisation des soins aux États-Unis*.

⁶ Source : Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille : http://www.sante.gouv.fr/hm/minister/index_sante.htm

⁷ Source : Chevrier-Fatome, C. & Daniel, C. (2002). *Le système de santé en Angleterre. Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*.

⁸ Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Le système de santé et de services sociaux au Québec*.

⁹ Source : Institut de la statistique du Québec (2004). *Le Québec chiffre en main* : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/qcem/principale.htm>

¹⁰ Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>