

**LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LES PRATIQUES ET LES POLITIQUES
SOCIALES**

CAHIERS DU LAREPPS

No 06-09

**Enjeux de la configuration des Centres de Santé
et de Services sociaux**

Recension des écrits – Sommaire et Résumé

Par : Marie-Claude Richard

Sous la coordination de : Danielle Maltais,
Denis Bourque, Sébastien Savard,
Marielle Tremblay, Denis Bussière,
Mireille Dumont-Lemasson et de Jacques Fournier

Pour obtenir la documentation complète, se référer au document original :

**Enjeux de la configuration des
Centres de Santé et de services sociaux :
Recensions des écrits**

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

Il est possible de se procurer gratuitement le texte intégral à l'adresse suivante:
<http://www.larepps.uqam.ca/cahiers/Cahier05-14.pdf>

École de travail social
Université du Québec à Montréal

© LAREPPS/UQÀM
Juin 2006

Sommaire

SECTION 1 – MISE EN CONTEXTE

La loi 25 et l'organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux

Un nouveau mode d'organisation des services

La *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* vise la mise en place d'une organisation de services de santé et des services sociaux intégrés, par le biais de fusions impliquant des CLSC, CHSLD et des CH. Trois acteurs majeurs composent désormais le système de santé québécois :

- 1) L'instance locale**, c'est-à-dire le centre de santé et de services sociaux (CSSS), représente le cœur des réseaux locaux de services. Il organise et coordonne la prestation des soins sur son territoire;
- 2) Les agences de la santé et des services sociaux** soutiennent le développement et le fonctionnement des réseaux locaux de services;
- 3) Le ministère de la Santé et des Services sociaux** assume la planification, le financement et le suivi.



De grandes différences peuvent être observées entre les CSSS d'une même région administrative. Ainsi, en Montérégie, le CSSS Pierre-Boucher (auparavant CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais) qui regroupe trois CLSC, un CH et deux CHSLD compte approximativement 2 600 employés (équivalent temps plein) comparativement au CSSS de Vaudreuil-Soulanges qui n'en compte que 487 et qui regroupe une mission CLSC et une mission CHSLD.

Enjeux, attentes et appréhensions à l'égard des fusions d'établissements

L'enjeu majeur des fusions d'établissements vise l'optimisation des soins de santé et des services sociaux et suscite de nombreuses attentes et appréhensions. Les bénéfices anticipés font globalement référence à l'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la coordination des soins et des services de santé. Les préjudices escomptés réfèrent à la gestion des symptômes plutôt que des causes des difficultés des établissements.

QUELQUES CONDITIONS FAVORABLES À L'IMPLANTATION DES FUSIONS D'ÉTABLISSEMENTS

- Trouver un équilibre entre le désir d'accélérer et celui de compléter le processus
- Établir un climat favorable à la communication
- Exercer un leadership efficient
- Impliquer le personnel
- Obtenir un appui décisif du gouvernement
- Établir des objectifs clairs et les répéter constamment

SECTION 2 – IMPACTS DES FUSIONS

La loi 25 et l'imposition d'un nouveau mode d'organisation des services

Questions cliniques et professionnelles

Des questions controversées

Particulièrement dans le cas des fusions des centres hospitaliers, certains auteurs considèrent que ces consolidations entraînent l'amélioration de la prestation des services de santé, comme en témoignent notamment l'élargissement des programmes de soins médicaux, l'uniformisation des services et la mise à jour de la gestion et des équipements. Or, quelques auteurs soulignent que des gains attribuables aux fusions en matière de majoration de la qualité des services et des soins, ne sont souvent pas exclusifs aux fusions. Par exemple, si la hiérarchisation inhérente aux fusions d'établissements semble favoriser la continuité des services et dans certains cas, la rationalisation des fonctions administratives, elle peut également provoquer un effet nocif sur les communautés de pratique, particulièrement lorsque la fusion est imposée.

D'autres écrits dénoncent la perturbation des services et le mécontentement des clientèles que les fusions d'établissements provoquent. Pour ces auteurs, les fusions entraînent une détérioration des services à la population, créent de lourdes bureaucraties moins réceptives aux besoins des usagers et annihilent la capacité des organisations à répondre de façon spécifique aux besoins d'une communauté en raison de l'uniformisation et de la standardisation des services. Enfin, des auteurs soulignent les incertitudes quant à la protection des orientations de prévention et de promotion de la santé à la suite d'une fusion. En effet, la fusion d'établissements à vocations et à cultures différentes représente l'une des sources de tension pour la prestation des services de prévention et de promotion de la santé.

Questions administratives et de gestion interne

Des questions de culture

Au point de vue économique, les écrits démontrent que la moitié des fusions d'établissements échouent à réaliser les gains financiers envisagés. D'ailleurs, des auteurs soulignent la nécessité de considérer la variabilité des impacts économiques des fusions en fonction de différents facteurs tels que la taille des établissements. Aussi, certaines études démontrent que les fusions occasionnent une certaine centralisation financière, alors qu'une plus grande importance est accordée à la gestion de l'une des organisations fusionnées par rapport à une autre.

D'autre part, plusieurs auteurs attribuent une importance déterminante à la portée de la donnée humaine dans l'équation des fusions. Il est d'ailleurs estimé que la résistance des employés est responsable du tiers à la moitié des échecs des fusions. Cette résistance s'exprime particulièrement en termes d'incertitudes et d'insécurité face aux débouchés des fusions. En plus d'entraîner une pléiade de préjudices au fonctionnement interne des organisations, l'implantation du concept de fusion est susceptible d'être confrontée à la différenciation des

pratiques professionnelles et à l'émergence de sous-cultures opposant les valeurs des professionnels qui y adhèrent.

Questions de gouvernance

Des questions qui concernent la communauté

Pour la plupart des auteurs, le succès d'une fusion d'établissements est fonction du soutien de la communauté. Or, certains auteurs estiment que les fusions d'établissements de santé favorisent l'accroissement du pouvoir des hôpitaux, tandis qu'au moins un auteur estime qu'elles pourraient renforcer l'emprise d'une population locale sur les services offerts par des établissements aux vocations complémentaires. De plus, à cause de l'incompatibilité des cultures organisationnelles et de l'élimination de services, les fusions mettent durement à l'épreuve certaines collaborations entre les organismes et avec les partenaires du milieu.

Le rôle de l'État à l'intérieur du processus d'intégration des soins est questionné par certains auteurs. En principe, il est appelé à jouer un rôle de facilitateur social. Or, les écrits dénoncent l'incapacité du gouvernement de stimuler adéquatement l'établissement de structures de soins intégrés, alors qu'il se borne à les promouvoir ou les inhiber. Pour ces auteurs, 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.

Positionnement des acteurs

Absence de consensus

Un compte-rendu des positions de divers acteurs du secteur de la santé et des services sociaux permet d'avoir un aperçu de ce qui circule au sein et à la périphérie du réseau à l'égard de la loi 25. La conclusion générale qu'il est possible d'en retirer, témoigne de l'absence de consensus dans la position des acteurs.

CONCLUSION

La loi 25 et la variabilité des résultats des fusions d'établissements

Constats

Plusieurs constats se dégagent de la recension des écrits, notamment l'abondance de données traitant des répercussions économiques des fusions d'un point de vue quantitatif. Peu de recherches se sont penchées sur les avantages et les inconvénients non économiques des fusions d'établissements. De plus, de nombreuses publications soulignent la variabilité des résultats des fusions d'établissements. En somme, la communauté scientifique est divisée quant :

- aux impacts potentiels des fusions
- et aux critères de mesure de l'amélioration des soins.

Points à retenir

En terminant, deux éléments sont à retenir :

- 1) Un système de soins de santé ne peut être régénéré uniquement par une réforme de ses structures;
- 2) La reconfiguration des services de santé et des services sociaux de première ligne en cours de réalisation au Québec devra faire l'objet de recherches afin d'en mesurer les impacts positifs et négatifs à moyen et à long terme.

Résumé

Introduction et mise en contexte

La *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, sanctionné en décembre 2003, vise une meilleure accessibilité des soins, la continuité dans la prestation des services, l'amélioration de la santé des populations, la consolidation des partenariats, l'implication des divers acteurs de la santé et des services sociaux et la promotion de leur imputabilité quant à l'état de santé des communautés. Le mode d'organisation des services imposé par la nouvelle législation prescrit la fusion d'établissements publics de santé de type CLSC, CHLSD et CH. Devant les interrogations des acteurs de la santé et des services sociaux quant aux effets locaux de cette nouvelle réforme, une équipe de chercheurs et d'intervenants a entrepris de réaliser une recension d'écrits, présentée ici dans sa forme résumée. Le nombre restreint d'écrits québécois sur la question des fusions d'établissements représente l'une des limites du présent document. Malgré l'intérêt de référer aux réalités internationales, ces données doivent être considérées avec discernement. En effet, une grande proportion d'articles porte sur les répercussions économiques des fusions d'un point de vue quantitatif, souvent moins pertinent dans le contexte des systèmes de santé canadien et québécois. Aussi, les avantages non économiques des fusions ont été l'objet que de peu de recherches méthodiques. 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. De plus, la majorité des résultats recensés font référence aux expériences hospitalières.

À la suite d'une brève mise en contexte, sera présentée la nouvelle législation à l'origine de la présente recension d'écrits. Suivront ensuite deux sections traitant respectivement des enjeux, attentes et appréhensions entourant les fusions ainsi que de leurs conditions d'implantation. Les parties suivantes abordent les notions d'impacts et de positionnement des acteurs à l'égard des fusions d'établissement, sous trois angles : les questions cliniques et professionnelles, les questions administratives et de gestion interne et les questions de gouvernance.

À l'échelle canadienne, les premières fusions d'établissements de santé impliquaient des hôpitaux. Elles originaient de la conjugaison de plusieurs facteurs dont l'arrivée de nouvelles technologies, les progrès pharmaceutiques et le rationnement du financement public. Peu de chercheurs canadiens ont étudié les impacts de ces fusions, contrairement aux États-unis, où l'émergence de systèmes multihospitaliers¹ au début des années 1970, fut perçue par la communauté scientifique comme une initiative favorisant l'efficacité et la souplesse de la prestation des services sans sacrifier la qualité des soins. Cependant, en plus d'échouer à identifier les mécanismes permettant de réaliser de tels gains, les analystes ne parvinrent pas à démontrer que ces gains ne pouvaient être réalisés que par le biais de systèmes fusionnés (Brown & McCool, 1980, Coile, 1992, dans Dranove & Shanley, 1995). Aussi, en marge des fusions d'hôpitaux, quelques fusions de missions de CLSC et de CHSLD ont été entreprises au Québec à la fin des années 1990.

¹ Un système multihospitalier comprend deux hôpitaux ou plus, physiquement séparés mais partageant une propriété commune.

Présentation de la législation

Connue sur la dénomination de loi 25, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux* vise la mise en place d'une organisation de services de santé et des services sociaux intégrés (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 mandat de mettre sur pied un modèle d'organisation de services intégrés basé sur un ou plusieurs réseaux locaux. Selon Marriot (1996, dans Larivière, 2001), un réseau de services intégrés se définit comme un réseau d'organisations fournissant un continuum de services 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 fusions des CLSC, CHSLD et des CH, constituent le mode d'organisation privilégié par le gouvernement du Québec afin de réaliser l'intégration des services. Or, selon Lamarche *et al.* (2001), lorsque l'accent est mis sur la fusion des établissements plutôt que sur l'organisation de la prestation des services, l'émergence des réseaux de services ne se trouve pas favorisée. Selon la classification de Markham et Lomas (1995), les fusions d'établissements représentent l'option de collaboration formelle qui impliquent le plus grand engagement des parties et un plus grand contrôle du système.

Avec l'application de la loi 25, l'organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux compte désormais trois acteurs majeurs. D'une part, une instance locale a émergé de la restructuration de l'organisation des services de santé, soit le centre de santé et de services sociaux (CSSS). En tant qu'établissement public de première ligne, il représente le cœur des réseaux locaux de services et est responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation des soins sur un territoire. 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 généraux et spécialisés, le CSSS a le mandat de collaborer avec les autres acteurs du réseau local de services (par exemple les cliniques médicales et les organismes communautaires) et de coordonner leurs interventions. De plus, l'instance locale doit conclure des ententes avec les établissements spécialisés (les centres jeunesse, les centres de réadaptation) afin d'assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième ligne (MSSS, 2004). D'autre part, les agences de la santé et des services sociaux doivent notamment soutenir le développement et le fonctionnement des réseaux locaux de services, assurer les arbitrages et procéder à l'allocation des ressources financières. Quant au Ministère, il devient responsable des fonctions nationales telles que la planification, le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation des résultats (MSSS, 2004). La Figure 1 présente la structure du système de santé québécois à la suite de l'adoption de la loi 25. Parmi les changements issus de la nouvelle législation, la création de 95 CSSS à géométrie variable doit être soulignée. En effet, les territoires varient sensiblement, desservant entre 3 700 et 370 000 habitants, et 78 d'entre eux comptent un centre hospitalier. De plus, la moitié des CSSS (48), sont consécutifs à des fusions antérieures à la loi 25.

Afin de soutenir ce nouveau mode d'organisation des services, la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Celle-ci prévoit la définition d'un projet clinique et organisationnel par les instances locales pour leur territoire, tandis que les agences agiront comme coordonnatrices du financement, de l'allocation des ressources humaines et des

services spécialisés. De plus, ce projet de loi porte plus loin la logique de fusions. En effet, l'un des articles prévoit le transfert des responsabilités de l'agence vers l'instance locale, lorsqu'un seul réseau local de services de santé et de services sociaux couvre la totalité du territoire d'une agence (Assemblée nationale du Québec, 2004). De plus, la loi 83 vient modifier les dispositions de la loi 25 concernant la composition des conseils d'administration des nouveaux établissements. Ainsi, l'instance locale est administrée par seize membres élus ou désignés par différents acteurs, notamment la population, les membres de l'agence et des différents conseils professionnels.



Figure 1. Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux (Source : www.msss.gouv.qc.ca)

Enjeux, attentes et appréhensions face aux fusions d'établissements

Selon Kassirer (1996), l'enjeu majeur des fusions d'établissements vise l'optimisation des soins et des services. À la lecture des objectifs poursuivis par la loi 25, il est possible de supposer qu'il représente également l'enjeu central de la réorganisation actuelle des services. Les auteurs sont divisés quant à leurs attentes et leurs appréhensions à l'égard des fusions d'établissements. D'une part, selon Hackett (1996), les fusions représentent pour certains la panacée permettant de gérer les pressions engendrées par les nombreux changements en matière de santé et de services sociaux. Les bénéfices anticipés par les fusions d'établissement sont nombreux et visent globalement l'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la coordination des soins et des services de santé (Brouselle *et al.*, 1999). Plus typiquement dans les cas de fusions hospitalières, les décideurs escomptent plus spécifiquement réaliser des économies d'échelle, améliorer les réponses aux besoins de la communauté, favoriser l'accès et la qualité des soins, accroître 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 leur influence politique, amender l'utilisation des capitaux et hausser les chances de survie des établissements (Alexander *et al.*, 1996; Bazzoli *et al.*, 2004; Bojke, Gravelle & Wilkin, 2001; Denis *et al.*, 1999; Dranove & Shanley, 1995; Fulop *et al.*, 2002; Markham & Lomas, 1995).

D'autre part, pour certains auteurs (Hackett, 1996) les fusions d'établissements sont plus susceptibles de gérer les symptômes plutôt que les causes des difficultés vécues par les établissements. Particulièrement dans les cas de fusions de centres hospitaliers, des auteurs prédisent la conjoncture de plusieurs préjudices éventuels, tels que des effets positifs n'apparaissant qu'à long terme, une période d'instabilité et d'augmentation des coûts d'opération, un accroissement des coûts liés au transport des patients, des effets négatifs sur le monde des affaires locales, un manque d'accès à certains services, de l'insécurité, de l'anxiété et du stress parmi le personnel et les médecins, des résistances aux changements, des pertes d'emplois et des transferts de postes, la perte d'autonomie des institutions individuelles, l'érosion des loyautés, la perte des modèles de référence, des interférences avec les plans de pratiques cliniques, la perte des réseaux hospitaliers d'enseignement, l'augmentation de la bureaucratie entraînant une diminution de la flexibilité et de la communication et la marchandisation des soins de santé (Bégin & Labelle, 1990; Bojke, Gravelle & Wilkin, 2001; Markham & Lomas, 1995; Sodestrom, 1987, dans Bégin & Labelle, 1990). De plus, lorsque les missions, les pratiques et les compétences des établissements fusionnés sont concurrentes plutôt que complémentaires, le risque est élevé de voir les parties se figer dans un *statu quo* défensif (Demers *et al.*, 2002).

Conditions d'implantation

Plusieurs conditions favorisent l'implantation des fusions d'établissements, notamment le temps, la communication, le leadership, la gestion de la transition et l'implication du personnel (Conseil du statut de la femme, 2003; Isaak & McCutcheon, 1997). Aussi, plusieurs directeurs d'hôpitaux canadiens mentionnent qu'il est important d'obtenir un appui décisif du gouvernement, de constituer le conseil d'administration avec des membres qui appuient la fusion, de ne pas s'enliser dans la planification, d'établir des objectifs clairs et les répéter constamment, de négocier des fonds de démarrage, de communiquer et de 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). Bien que ces éléments aient été identifiés par des directeurs hospitaliers, ils peuvent être applicables à d'autres types de fusion. Toutefois, malgré leur pertinence, le milieu est en constante transformation et les facteurs environnementaux qui ont mené à la fusion n'existent souvent même plus lorsque celle-ci est parvenue à maturité (Magel, 1999).

Impacts des fusions d'établissements

Les impacts des fusions d'établissement sont regroupés sous trois catégories : les questions cliniques et professionnelles, les questions administratives et de gestion interne et les questions de gouvernance.

Questions cliniques et professionnelles

L'impact de la fusion des établissements sur l'accessibilité et la prestation des services aux usagers constitue le thème le plus documenté et le plus controversé de la littérature sur les fusions d'établissements, particulièrement des cas de fusions hospitalières. D'une part, de nombreux auteurs considèrent que les fusions entraînent l'amélioration de la prestation des services de santé. En témoignent l'élargissement des programmes de soins médicaux, l'uniformisation des services, la mise à jour de la gestion et des équipements, l'augmentation des revenus, la solidification des structures, la bonification de la perception et de la satisfaction du public à l'égard des soins et la personnalisation des relations patient-soignant (Briggs *et al.*, 1981, dans Lee & Alexander, 1999; Douville, 1983; Fulop *et al.*, 2002; Magel, 1999; Stewart *et al.*, 2002). Concrètement, les fusions entraînent 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). Aussi, l'abolition des frontières entre les organisations autonomes, 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). De plus, selon Fulop *et al.* (2002), l'accroissement du bassin de professionnels engendré 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. Enfin, selon Wooley (1989), les fusions contribuent à réduire la surconsommation en quantité et en qualité des soins de santé. Or, ces impacts sont surtout présents lors de fusions d'établissements de même mission.

D'autre part, des auteurs documentent les conséquences négatives des fusions à l'égard de la prestation et de l'accessibilité aux soins. Ainsi, lorsque les fusions entraînent le transfert de services vers un autre point établissement, l'accès local à certains services et particulièrement aux services plus dispendieux est limité (Denis *et al.*, 1999; Magel, 1999) ainsi que l'accès aux services pour les gens défavorisés (Andreopoulos, 1997; Posnett, 1999). Pour d'autres auteurs, les fusions déshumanisent la prestation des soins (Benady, 2003), perturbent les services (Fulop *et al.*, 2002), compromettent le support à long terme des services à la communauté (Kassirer, 1996), ne permettent pas d'améliorer les pratiques (Alexander *et al.*, 1996), provoquent le mécontentement des clientèles, entraînent une détérioration des services à la population, créent de lourdes bureaucraties moins réceptives aux besoins des usagers (Markham & Lomas, 1995) et annihilent la capacité des organisations à 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). De plus, les fusions d'établissements ajournent le développement des services (Fulop *et al.*, 2002). Enfin, les médecins se retrouvent déchirés entre la prestation des soins et la réduction des coûts (Kassirer, 1996).

Quelques chercheurs soulignent le caractère multidimensionnel des répercussions des fusions d'établissements. Ainsi, bien que certaines fusions soient susceptibles de majorer la qualité des services et des soins (Sheldon & Maynard, 1999) et qu'elles reconfigurent les services (Haigh, 2000), ces gains ne sont souvent pas exclusifs aux fusions. De plus, certains bénéfices attribués aux fusions peuvent présenter des revers. Alors que certains praticiens

affirment qu'une plus grande concentration des soins secondaires permet de meilleurs soins aux patients, selon Posnett (1999) le degré de concentration ne peut garantir de meilleurs services. Aussi, bien que l'uniformisation des règles de fonctionnement représente un atout pour certains auteurs, elle est également susceptible d'entraîner la réduction de la variété des méthodes de travail, de freiner l'innovation et de restreindre le choix laissé aux usagers (Demers *et al.*, 2002). Enfin, si la hiérarchisation inhérente aux fusions d'établissements semble favoriser la continuité des services et dans certains cas, la rationalisation des fonctions administratives, elle peut également provoquer un effet nocif sur les communautés de pratique², particulièrement lorsque la fusion est imposée (Demers *et al.*, 2002).

Enfin, il semble que lors d'une fusion pratiquée entre des établissements hospitaliers, les services de première ligne peuvent être éliminés de la gamme des services offerts par les hôpitaux « acquis », (Bogue *et al.*, 1995). De plus, les médecins, en acteurs privilégiés de la première ligne, considèrent que les fusions contribuent à augmenter leur mobilité et à éroder leur autonomie clinique ce qui, à terme, mine la viabilité et le caractère sacré de la relation avec leur patient (Magel, 1999). En terminant, Richard *et al.*, (2002) soulignent les incertitudes quant à la protection des orientations de prévention et de promotion de la santé à la suite d'une fusion. En effet, il semble que la fusion d'établissements à vocations et à cultures différentes, représente l'une des sources de tension pour la prestation de services de prévention et de promotion.

Questions administratives et de gestion interne

D'un point de vue économique, les recherches démontrent qu'au moins la moitié de toutes les fusions d'établissements échouent à réaliser les impacts financiers envisagés (Cartwright & Hudson, 2000, dans Dackert *et al.*, 2003). D'ailleurs, les données canadiennes qui démontrent que les fusions représentent une source d'économies sont largement non concluantes (FCRSS-CHSRF, 2002 : 1). Au contraire, des études ont démontré que les mégafusions provoquent une augmentation des coûts (Posnett, 1999) et occasionnent une certaine centralisation financière, alors qu'une plus grande importance est accordée à la gestion de l'une des organisations fusionnées par rapport à une autre (Fournier, 2002). Certains auteurs affirment que les fusions complexifient les activités administratives, alors que d'autres soutiennent au contraire qu'elles permettent une certaine efficacité économique (Lynk, 1995). Ainsi, selon le *Bulletin on effectiveness of health service interventions for decision makers* (1996), lorsque les hôpitaux sont caractérisés par un excès de capacité et des équipements inutilisés, la fusion peut devenir un moyen efficace de réduire les coûts globaux. Toutefois, selon Shortell (1988, dans Dranove & Shanley, 1995), la réalisation d'économies d'échelle n'implique pas un mode de gouvernance particulier. 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, les conditions des marchés et les attentes des usagers en terme de qualité des services (Fournier, 2002; Lee & Alexander, 1999 ; Wooley, 1989). Enfin, selon Kanter (1989, dans Hackett, 1996), les organisations doivent développer des processus de gestion qui stimulent l'engagement, la coopération et le consensus à travers la nouvelle organisation fusionnée et qui ne créent pas de rivalité interne majeure.

² Les communautés de pratique désignent des groupes de personnes qui s'enseignent mutuellement à accomplir leur travail, en mobilisant les connaissances pertinentes (Demers *et al.*, 2002).

Quelques auteurs considèrent que les fusions d'établissements, notamment des centres hospitaliers, entraînent l'amélioration des systèmes de supervision clinique, rendent plus cohérente la gestion professionnelle et favorisent l'accès à des programmes de formation et de développement de carrière (Fulop *et al.*, 2002). Toutefois, plusieurs chercheurs dénoncent les répercussions négatives entraînées par les fusions sur le fonctionnement interne des organisations. D'ailleurs, certains auteurs estiment que la résistance déployée par le personnel, en termes d'incertitudes et d'insécurité face aux débouchés des fusions, est responsable du tiers à la moitié des échecs des fusions (Davy *et al.*, 1988, dans Dackert *et al.*, 2003; Roald & Edgren, 2001). La portée de la donnée humaine dans l'équation des fusions est évidente (Kaye, 1989) et les auteurs qui la mentionnent y attribuent une grande importance, voire une valeur déterminante (Demers, Dupuis & Poirier, 2002). Des auteurs (Denis *et al.*, 1999; Fournier, 2002; Paquin, 1983) s'entendent pour affirmer que les fusions d'établissements portent préjudices au climat de travail, à la motivation des employés, aux relations professionnelles, à la répartition du pouvoir, aux méthodes de travail, à l'identité organisationnelle et accentuent la tendance à la bureaucratisation. Le fonctionnement interne est influencé négativement par les changements organisationnels qui 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). Aussi, la taille des organisations, susceptibles de s'agrandir à la suite de fusions, affecte les 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. De plus, les relations entre la direction et le personnel peuvent perdre de leur caractère informel, la communication se complexifier et l'autonomie des services et des prises de décisions locales se restreindre. Ainsi, le stress engendré par une fusion peut entraîner de nombreuses conséquences négatives de nature physiologique chez les individus (hausse de la pression sanguine, migraines, insomnie, tremblements, spasmes et douleurs musculaires) et comportementales (augmentation de l'absentéisme, baisse de la productivité et commission d'actes destructeurs) (Kaye, 1989). De plus, l'implantation du concept de fusion est susceptible d'être confrontée à la différenciation des pratiques professionnelles et à l'émergence de sous-cultures opposant les valeurs des professionnels qui y adhèrent (Bégin & Labelle, 1990).

Questions de gouvernance

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 entre les organismes et avec les partenaires du milieu (Fournier, 2002; Lagacé, 2004). Pourtant, selon Schneider (1969), le succès d'une fusion d'hôpitaux est fonction du support et de l'acceptation des gens de la communauté. En contre-partie, le portrait de quelques centres de santé regroupant les services d'un centre hospitalier et d'un CLSC démontre que les établissements intègrent bien leur environnement : ils s'allient les multiples partenaires de milieu et la population apprécie les services offerts en concertation (Bégin & Labelle, 1990).

En regard des impacts des fusions sur la participation citoyenne et sur la répartition du pouvoir, Benady (2003) affirment que les fusions d'établissements de santé favorisent l'accroissement du pouvoir des hôpitaux, tandis que pour Beauchamp (2002, dans Fournier, 2002), elles pourraient renforcer l'emprise d'une population locale sur les services offerts par des établissements aux vocations complémentaires. Enfin, des auteurs questionnent le rôle de l'État à l'intérieur du processus d'intégration des soins (Mur-Veeman, van Raak & Paulus, 1999). Bien qu'en principe, il soit appelé à jouer un rôle de facilitateur social, le gouvernement semble incapable de stimuler adéquatement l'établissement de structures de soins intégrés, alors qu'il se borne à les promouvoir ou les inhiber. 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).

Positions d'acteurs à l'égard 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 mémoires leurs visions de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. La section suivante présente les faits saillants des positions des acteurs qui se sont exprimés lors de cette commission parlementaire.

Questions cliniques et professionnelles

Les différentes associations et regroupements qui représentent les médecins semblent appuyer le ministre dans ses objectifs et certains voient dans le dépôt de la loi 25, une invitation à ce que les acteurs de la santé travaillent ensemble (Association des hôpitaux du Québec, 2003; Collège des médecins, 2003; Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2003). Les établissements soutenant les services de deuxième et de troisième lignes semblent également favorables aux réseaux locaux dont ils font partie, mais avancent certaines conditions et recommandations favorisant le succès d'une telle entreprise. Ainsi, ils exhortent la clarification des responsabilités des réseaux universitaires intégrés de santé (Collège des médecins, 2003; Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2003), la préservation des missions des établissements fusionnés (Collège des médecins, 2003), 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) et l'ouverture de corridors de service entre les réseaux locaux et les instances à vocations régionales (Association des centres jeunesse du Québec, 2003). Enfin, l'Ordre des pharmaciens du Québec (2003) prône une plus grande place pour les pharmaciens au sein des réseaux locaux de services et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003) recommande d'éviter l'imposition d'une formule unique.

Pour sa part, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (2003) considère que 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, sur le financement des acteurs, sur le respect des missions propres aux établissements, sur les relations médecin-patient, et sur la liberté de choix des patients. Ainsi, les fusions d'établissements nuisent à l'amélioration des services (Coalition Solidarité Santé, 2003) en ne s'attaquant ni aux problèmes de sous-financement des établissements et de distributions anémiques des ressources, ni à la promotion d'une approche médicale de la santé et en ne répondant pas aux besoins en matière d'accessibilité (Centrale des syndicats du Québec, 2003; Fédération des travailleurs du Québec, 2003). De plus, elles risquent 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 urbains (Solidarité rurale du Québec, 2003).

Des organismes soulignent aussi l'absence de certains éléments fondamentaux à l'intérieur de la loi 25, notamment la notion de promotion dans la définition des services de première ligne (Conseil du statut de la femme, 2003) et la référence au développement communautaire local et à la diversité des déterminants de la santé (FIIQ, 2003). Plusieurs groupes insistent pour que la mission préventive, sociale et communautaire des CLSC soit préservée et garantie par l'agence (CTROCs, 2003). Bien qu'officiellement l'État reconnaisse la contribution et l'autonomie des organismes communautaires, il ne semble pas perpétuer cette orientation dans la loi 25. La Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (2003) considère que l'intégration forcée des CLSC dans un établissement « multivocationnel », entraîne la soustraction d'un élément essentiel de l'accès aux services de première ligne. De plus, l'expertise des CLSC quant à l'action sur les déterminants de la santé et le développement des communautés n'est plus à démontrer, alors que de leur côté, les centres hospitaliers ne démontrent qu'une connaissance et une compréhension limitées du milieu communautaire. 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 (Bourque, 2004 : 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. De plus, 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).

Pour certains groupes, la promotion de la vision curative de la santé semble inévitable face au poids des centres hospitaliers à l'intérieur des CSSS (Coalition Solidarité Santé, 2003). Certains craignent que la loi réduise les services sociaux au profit des hôpitaux, démotive les acteurs de la santé et des services sociaux (FTQ, 2003), compromette l'approche communautaire de la santé (Syndicat des professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec, 2003), continue d'exclure les personnes marginalisées et ignorées qui sont la raison d'être du mouvement communautaire et menace le rapport volontaire à l'organisme en modifiant les portes d'entrée (CTROCs, 2003). Selon Matte *et al.* (2004), la logique de mission d'établissements qui régissait auparavant 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. 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 de voir les silos d'établissements devenir des silos de programmes (*Idem*). Le nouveau découpage territorial des réseaux locaux favorisera également les hôpitaux. L'adoption de territoires administratifs éloignera les dispensateurs de services de la population et mettra en jeu le sentiment d'appartenance des citoyens à l'égard de leurs établissements (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2003). En effet, l'organisation des réseaux locaux en fonction des bassins de desserte des centres hospitaliers, crée des territoires peu significatifs d'un point de vue social et communautaire, alors que les partenaires des réseaux locaux se reconnaissent en fonction d'un territoire vécu, en général celui d'un CLSC (Bourque, 2004). Sur un territoire vécu, les partenaires se sentent concernés par des problèmes communs et 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 d'acteurs sociaux qui ne sont pas confrontés aux mêmes réalités. Selon Bourque, (2004), la mobilisation des acteurs dans un tel contexte est nettement plus difficile, voire compromise, puisqu'un des moteurs principaux de la mobilisation des communautés est le sentiment d'appartenance.

Questions administratives et de gestion interne

L'une des inquiétudes exprimées par la Centrale des professionnelles et des professionnels de la santé (2004) fait référence aux coûts supplémentaires engendrés par les fusions, alors que l'État n'émet pas l'intention d'injecter de l'argent neuf permettant de mener à terme ces réformes (Fédération des médecins spécialistes du Québec, 2003). De plus, le mode d'allocation des ressources passe d'un mode dit historique à un mode populationnel. Le premier 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. Il s'agit d'établir le coût type pour chaque programme, où la dépense de référence correspond au coût moyen du programme au Québec, et de financer les régions en multipliant ces coûts par le nombre d'habitants par région. Selon Matte *et al.* (2004) ce calcul ne tient pas compte des facteurs de défavorisation sociale et économique. De plus, comme il n'y a pas d'ajout d'argent neuf, certaines régions devront en financer d'autres, sans égard au niveau de pauvreté réel de la population.

En ce qui concerne le fonctionnement interne des organisations, les fusions engendrent une nouvelle culture d'organisation, de nouvelles méthodes de travail et parfois de nouveaux milieux de travail (Conseil provincial des affaires sociales, 2004 : 5). Selon la Centrale des professionnelles et des professionnels de la santé (2004), les fusions d'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. Le Conseil provincial des affaires sociales (2004) rappelle que les travailleurs de la santé ont dû apprendre à s'adapter aux structures nouvelles depuis plusieurs années, ce qui ne contribue pas à amortir l'impact des fusions actuelles. Enfin, l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (2003) recommande d'éviter de créer des entités démesurées. Comme le

mentionne le Conseil du statut de la femme (2003), 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 ».

Questions de gouvernance

D'une part, pour Solidarité rurale du Québec (2003), la loi 25 apparaît comme étant contradictoire avec la décentralisation promue par le gouvernement. En effet, les programmes et les services sont déterminés par le ministère, le CSSS rend opérationnelles les décisions au niveau local, les sous-traitants signent des ententes de service avec les CSSS, les CSSS des contrats de performance avec les agences, qui de leur côté rendent des comptes au Ministère. De plus, alors que le CSSS définit les modalités de services qu'il veut sous-traiter aux groupes communautaires et aux entreprises d'économie sociale, il est illusoire de considérer que les groupes seront en mesure d'accepter librement ces ententes de service, particulièrement dans un contexte de sous-financement du communautaire (Matte *et al.*, 2004). Aussi, comme le souligne Matte *et al.* (2004), l'absence d'obligation de dispensation de services par le public représente « *un glissement bien amorcé vers la privatisation et la communautarisation des services* » (p. 3). D'autres problèmes sont soulevés par le nouveau rôle de coordination des CSSS qui devra gérer deux types de rapports. Alors que d'une part, il détient la balance du pouvoir dans ses relations avec le réseau local de services, entre autres par le financement, la reddition de compte et le contrôle de la qualité des services, d'autre part, il doit continuer à entretenir des rapports de collaboration avec les acteurs et partenaires locaux dans d'autres projets n'impliquant pas d'ententes de service (Bourque, 2004 : 16). Enfin, les acteurs s'interrogent quant à la possible réduction des lieux d'expression démocratique, alors que la loi 25 ne prévoit pas l'aménagement de mécanismes de consultation (Centrale des syndicats du Québec, 2003; CTROCs, 2003; FIIQ, 2003) ni de structure de concertation et qu'elle demeure muette 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 (Conseil du statut de la femme, 2003).

Conclusion

Selon Hackett (1996), il reste des raisons réelles de considérer l'option de la fusion. Cependant, les cliniciens et les gestionnaires doivent considérer attentivement les conditions qui vont dicter leur choix entre les alternatives existantes. En terminant, selon Denis *et al.* (1999), un système de soins de santé ne peut être régénéré uniquement par une réforme des structures. 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.

Références

- 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. (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
- 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
- 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 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. (2004). L'enjeu du territoire des réseaux locaux de services. *Interaction*, 66, p. 9
- 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 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
- 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

- 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
- 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
- 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 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

- 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
- 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
- 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
- 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 (2004b). *Communiqués du ministre*. Gouvernement du Québec, Direction des communications
- Mur-Veeman, I., van Raak, A. & Paulus, A. (1999). Integrated care : the impact of governmental behaviour on collaborative networks. *Health Policy*, 49, 149-159
- 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

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

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.

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

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