

Recherches sociographiques



Pouvoirs et contre-pouvoirs dans le secteur de la santé: deux cas de fusion

Louis Demers and Clermont Bégin

Volume 31, Number 3, 1990

La santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/056548ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/056548ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (print)

1705-6225 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Demers, L. & Bégin, C. (1990). Pouvoirs et contre-pouvoirs dans le secteur de la santé: deux cas de fusion. *Recherches sociographiques*, 31(3), 381–404.
<https://doi.org/10.7202/056548ar>

Article abstract

This paper attempts to shed some light on the sociopolitical dynamics of centralized public organizations. The Quebec Health and Social Services system is the object of the study. More specifically, the authors analyze and compare two cases of hospital mergers decided and imposed by the provincial Ministry of Health and Social Services on the administrators, the professionals and the populations of two regions, namely those of higher Cote-Nord and Beauce. Results show that centralized decision making power of government can be hampered by strong opposite coalitions of actors at the bottom level, when such coalitions succeed in shifting administrative stakes into the political arena. The doctors' role has been a determining factor in that respect.

POUVOIRS ET CONTRE-POUVOIRS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ: DEUX CAS DE FUSION*

**Louis DEMERS
Clermont BÉGIN**

Les auteurs analysent la dynamique sociopolitique des organisations publiques centralisées, plus précisément celle du système de la santé et des services sociaux du Québec, à travers deux cas de fusion d'hôpitaux imposée par le gouvernement: le premier sur la haute Côte-Nord et le second dans la Beauce. Les résultats de cette étude montrent que le pouvoir des acteurs centraux sur ceux de la périphérie (administrateurs et gestionnaires d'établissements, professionnels, usagers) n'est toutefois pas sans limite. Lorsque les acteurs locaux parviennent à déplacer dans le champ politique l'enjeu d'une décision administrative, ils peuvent contrer ou même inverser le rapport de dépendance qui les lie au centre. Les deux cas indiquent que la cohésion des acteurs locaux et l'engagement des médecins dans ces coalitions jouent un rôle déterminant dans le succès de ces dernières.

Dans la province, l'instauration de l'État-providence s'est principalement réalisée au cours des années 1960 et 1970, lorsque le gouvernement québécois prend charge des secteurs de l'éducation, de la santé et des services sociaux. Dans le domaine de la santé, la loi sur l'assurance-hospitalisation entre en vigueur en 1961,

* Nous tenons à remercier nos collègues du Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé pour leurs commentaires judicieux sur la version préliminaire de ce texte. Sa partie empirique s'inspire de l'étude de Clermont Bégin, en collaboration avec Harold Bhérer, Pierre Joubert et Diane Poulin, «L'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales: analyse décisionnelle», recherche subventionnée par la Direction de l'évaluation des programmes du Ministère des affaires sociales en septembre 1984.

neuf ans avant celle sur l'assurance-maladie. Ces législations garantissent aux résidents du Québec l'accès à un ensemble de services dont l'État provincial assume les coûts au moyen des impôts et des taxes de ses contribuables, et des subventions du fédéral grâce aux programmes à frais partagés. À la fin de 1971, l'Assemblée nationale adopte la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Elle pave la voie à la réforme Castonguay-Nepveu qui accroît le rôle gouvernemental dans le secteur des affaires sociales. Cette réforme crée les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.) et de nouvelles catégories d'établissements comme les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), mais elle vise aussi à rationaliser l'organisation et le fonctionnement des ressources existantes.

Le but de l'opération est d'inscrire l'ensemble des établissements et des services de la santé dans un système régi par un appareil administratif piloté par le Ministère de la santé. Cette logique sous-tend la loi de 1971 qui doit toutefois composer avec la puissance des hôpitaux et des médecins dont elle maintient l'autonomie, en minimisant les pouvoirs de l'appareil administratif régional, le C.R.S.S.S. (BERGERON.)

Sur un plan politique, ces transformations « consacrent la suprématie de la régulation gouvernementale dans le secteur des affaires sociales et plus spécialement dans le sous-secteur de la santé ». (LEMIEUX *et al.*, p. 43.) On assiste ainsi à une centralisation accélérée des décisions, dorénavant prises au sein d'appareils centraux et non plus, comme avant 1960, sur une base plus locale et sous la direction d'autorités religieuses.

Le système se présente depuis lors comme une pyramide hiérarchique ayant à son sommet le Ministère des affaires sociales (M.A.S.)¹, en son milieu les C.R.S.S.S. et à sa base les centaines d'établissements distribuant les services directement à la population: centres hospitaliers de soins de courte et de longue durée, centres d'accueil, que ce soit d'hébergement ou de réadaptation, centres locaux de services communautaires, et centres de services sociaux. Les relations entre ces organismes sont régies par un ensemble très touffu de règles inscrites dans les lois, les règlements et les nombreuses directives émises par le ministère.

Des études portant sur la réforme des affaires sociales au Québec (LEMIEUX *et al.*), sur la décentralisation du secteur (LEMIEUX et TURGEON; GOSSELIN), et le système de « gouverne » des C.L.S.C. (LEMIEUX et LABRIE) éclairent les relations de pouvoir entre les composantes du système québécois de la santé et des services sociaux. L'acteur le plus puissant, le M.A.S., conserve sa domination sur les enjeux les plus déterminants du système, soit les finalités et l'organisation formelle des établissements publics, leurs commandes et leur financement. Les acteurs intermédiaires, les C.R.S.S.S., sont sous l'autorité du ministère qui leur délègue des responsabilités de gestion et de coordination. Ils parviennent à imposer certaines

1. En 1985, il est devenu le Ministère de la santé et des services sociaux (M.S.S.S.). Nous utiliserons le sigle en vigueur suivant l'époque ou, simplement, « le ministère ».

de leurs décisions aux établissements. Ceux-ci dépendent donc du ministère et de leur conseil régional, mais se trouvent à leur tour dans une situation de dominance par rapport aux usagers et à la population en général qui apparaît comme un acteur collectif sans pouvoir réel. En marge de l'organigramme administratif, les médecins s'appuient sur leur position dominante dans la hiérarchie des professions de la santé et sur le monopole que leur confère la *Loi sur les corporations professionnelles* pour influencer les autres acteurs, que ce soit au centre, à titre de groupe de pression, ou localement, dans leurs rapports avec les dirigeants d'établissements. (DUSSAULT *et al.* ; COUTURE.) Malgré le discours officiel, le secteur de la santé et des services sociaux québécois apparaît donc, jusqu'à aujourd'hui, largement centralisé.²

À partir du milieu des années 1970, la volonté rationalisatrice qui anime la réforme Castonguay-Nepveu va de pair avec la recherche d'un frein à la croissance des coûts, qui se traduit par l'imposition, de la part du M.A.S., des premières opérations dites de compression budgétaire. (DESROCHERS.) Simultanément, le ministère facilite les regroupements d'établissements en vue de réduire la duplication des services. C'est dans ce contexte que s'inscrivent les projets de fusion dont cet article fera état: celui de l'Hôpital général de Baie-Comeau et de l'Hôtel-Dieu de Hauterive; et celui de l'Hôpital Saint-Joseph de Beauceville et de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame-de-Beauce à Saint-Georges.

Mis de l'avant par le M.A.S., ces deux projets ont suscité beaucoup d'opposition dans les communautés et les établissements touchés, et se sont soldés par un échec complet dans le second cas et par une réussite laborieuse dans le premier. À la lumière de ces exemples, nous souhaitons montrer les limites du pouvoir que peuvent exercer les acteurs centraux sur les acteurs locaux dans un système comme celui dont il est question. La thèse que nous soutenons à cet égard est que les acteurs locaux peuvent contrer le pouvoir hiérarchique — ou à tout le moins y faire échec pendant un temps — lorsqu'ils parviennent à déplacer sur un terrain politique l'enjeu, à l'origine administratif, de la rationalisation.³ Nous proposons deux hypothèses pour expliquer cette manœuvre d'opposition aux autorités du centre.

Premièrement, l'enjeu d'une décision ministérielle doit être à la fois suffisamment important pour que les acteurs locaux en perçoivent les conséquences pour eux et acceptent de consacrer temps et énergie à se coaliser contre elle. Dans nos deux cas, médecins, employés, élus municipaux, citoyens, gestionnaires se

2. Par centralisation, nous entendons ici la concentration des pouvoirs effectifs en un centre (ici, l'État québécois et en particulier le M.S.S.S.) qui se distingue d'une périphérie composée entre autres des C.R.S.S.S. et des établissements publics. Les textes de BÉLANGER et de LEMIEUX de ce numéro supportent la thèse d'une forte centralisation du secteur.

3. Les limites de la logique administrative, mises en évidence dans l'allocation budgétaire (BÉGIN *et al.*), sont ici dépassées en mettant en lumière l'interdépendance des logiques administrative, politique et professionnelle dans le fonctionnement du système québécois.

concertent parce que la fusion dessert fortement leurs intérêts. L'importance de l'enjeu justifie le degré élevé et soutenu de leur engagement contre ces projets ministériels qui se fondent sur une logique de normalisation négligeant les particularismes historiques et sociaux des milieux touchés. Les deux projets participent en outre, implicitement, d'une conception mécaniste des organisations selon laquelle les particuliers et groupes visés par une décision officielle s'y soumettent passivement, touchés par la légitimité de l'autorité rationnelle et légale des décideurs et de la poursuite du bien commun dont ces derniers témoignent.

Deuxièmement, la coalition formée par les acteurs locaux aura d'autant plus de chances d'obtenir gain de cause que les intérêts de ses membres convergent et qu'elle compte des médecins dans ses rangs. Ce dernier facteur explique dans une large mesure pourquoi un des deux projets de fusion s'est finalement soldé par un échec.

La description des études de cas est précédée par la présentation du cadre conceptuel de la recherche ; elle est suivie d'une discussion des résultats empiriques qui conduit à des considérations plus générales sur la structuration du pouvoir dans le système québécois de la santé et des services sociaux.

1. *Le cadre conceptuel*

La lecture que nous ferons des deux cas procède d'une analyse stratégique des organisations. (CROZIER et FRIEDBERG), laquelle pose que leurs membres sont des acteurs au sens où ils sont partiellement libres de leurs actes et où ils ne se limitent pas forcément à tenir le rôle correspondant à la fonction qu'ils occupent. Dans une organisation et, *a fortiori*, dans un complexe institutionnel comme celui des affaires sociales, ils peuvent poursuivre des objectifs divergents⁴ qui découlent d'abord de la division formelle du travail nécessaire pour accomplir la mission de l'organisation :

4. L'application du modèle de l'analyse stratégique à un système où interviennent des acteurs collectifs ou institutionnels pose le problème de leur statut. Selon l'analyse stratégique, l'acteur est une personne poursuivant des objectifs individuels à l'intérieur d'un système d'action concret. Dans les cas de fusion, plusieurs acteurs sont collectifs ou institutionnels : conseil d'administration, conseil des médecins et dentistes, coalition, ministère, conseil régional. Ces acteurs collectifs sont bien sûr composés d'acteurs individuels qui adoptent, à l'intérieur de ces entités, un comportement stratégique apte à protéger leurs intérêts personnels et ceux de la collectivité, du groupe ou de l'organisation qu'ils représentent. Cette précision appelle deux remarques. Premièrement, notre étude empirique n'a pas cherché à rendre compte des jeux qui se sont déroulés à l'intérieur de ces groupes d'acteurs, ou de l'influence particulière de tel ou tel acteur dans le déroulement des situations étudiées, et nous ne présumons pas que les décisions et les actions collectives sont forcément le fruit d'un *consensus*. Deuxièmement, les rapports de pouvoir entre acteurs collectifs et institutionnels sont à fois tributaires des sources formelles de pouvoir qu'ils détiennent légalement et des stratégies concrètes adoptées par des acteurs individuels. Lorsque nous employons « le ministère » ou « la coalition X » comme sujets d'une phrase, il ne s'agit pas d'une réification mais d'un raccourci pour rendre compte des jeux qui ont mis en scène des acteurs individuels s'appuyant sur la légitimité d'un groupe ou d'une institution pour remporter un enjeu donné.

[...] selon sa place dans l'organigramme, selon la fonction qui lui est dévolue, chaque membre de l'organisation aura une vision particulière, déformée des objectifs de celle-ci. Cette vision, il n'aura guère tendance à la corriger, car il sera généralement de son intérêt de considérer l'objectif limité et intermédiaire qui lui est assigné comme l'objectif principal. (*Id.*, pp. 80s.)

L'organisation fournit aux acteurs à la fois des enjeux et des ressources pour essayer de les remporter ou de les protéger.

Pour ce faire, les acteurs adoptent des stratégies qui ne sont pas irrationnelles ; elles se déploient à l'intérieur d'un ou de plusieurs champs porteurs de contraintes qui délimitent leurs possibilités d'action, mais qui les habilitent du même coup à agir. Le pouvoir s'exerce par la maîtrise de zones d'incertitude propres à un champ. C'est dans la mesure où il contrôle certains aspects plus ou moins névralgiques d'un champ qu'un acteur dispose d'un pouvoir sur d'autres à propos de certains enjeux, à un moment. Dans cette optique, il faut considérer le pouvoir non comme un attribut, mais comme une relation instrumentale, c'est-à-dire une relation établie en fonction d'un enjeu, comme «un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre». (*Id.*, p. 59.) Le pouvoir des acteurs les plus puissants connaît donc des limites du fait qu'ils dépendent des autres pour l'atteinte de leurs objectifs.

Cette conception du pouvoir permet d'expliquer l'écart entre le pouvoir formel, inscrit dans les lois, les règlements et les organigrammes, qui s'impose de haut en bas de la pyramide organisationnelle et le pouvoir réel, plus diffus, plus éclaté, qu'il faut découvrir pour éclairer des décisions comme celles qui nous concernent. Pour saisir la logique des relations de pouvoir dans le système de la santé et de services sociaux, nous proposons le modèle suivant. (Figure 1.)

D'un point de vue formel, le système se présente comme une organisation de production de services composée de plusieurs centaines d'unités juridiquement autonomes dont chacune s'inscrit dans un milieu social particulier et relève d'un conseil régional. Cette organisation, placée sous l'autorité d'un ministère pour sa régulation et son financement, dépend d'une organisation plus vaste qui est celle de l'État.

D'un point de vue stratégique, cet arrangement détermine trois grands systèmes d'action ou champs qui s'interpénètrent, tout en conservant leur cohérence propre. Chaque champ détermine des relations de dépendance —et, partant, de pouvoir— entre certains acteurs à propos de certains enjeux. On distingue trois champs.

— Le champ de la production de services à la population (ou champ professionnel) groupe les organismes et les personnes qui donnent ou soutiennent directement les services ou les programmes, ainsi que les usagers de ces services. Dans ce champ, les professionnels parviennent généralement à dominer leur relation avec la clientèle. Ils jouissent d'un monopole de pratique institutionnalisé, disposent d'un savoir technique et scientifique qui manque aux usagers, et ne dépendent pas d'eux pour leur rémunération, assurée par leur établissement ou,

dans le cas des médecins, par un tiers payeur: la Régie de l'assurance-maladie du Québec. À leur tour, les producteurs de services dépendent toutefois des décisions des gestionnaires de leur établissement et de celles des autorités du ministère sur des enjeux qui les concernent, comme la qualité et la disponibilité des ressources humaines, matérielles et techniques, l'autonomie de leur pratique et leurs revenus.

– Le champ administratif va des analystes du Conseil du Trésor aux gestionnaires d'établissements, en passant par les C.R.S.S.S. et le ministère, et se préoccupe de gestion, de budget, de politique, de réglementation, etc. On peut distinguer le champ administratif *central* où les fonctionnaires (du Conseil du Trésor et du ministère) agissent sous la gouverne des députés et visent à réguler le champ administratif *régional* et le champ administratif *local*, où les gestionnaires travaillent dans des établissements juridiquement autonomes, sous la supervision d'un conseil d'administration. Les dirigeants locaux (administrateurs et gestionnaires) s'occupent notamment de la disponibilité et de la quantité des ressources allouées, du respect des budgets, de la vocation de leur établissement. Pour tous ces enjeux, ils dépendent des autorités ministérielles et, dans une moindre mesure, de leur conseil régional. Ils dépendent aussi des médecins pour la réalisation de la vocation de leur établissement, puisque leur absence dans certaines spécialités peut réduire l'éventail des soins offerts.

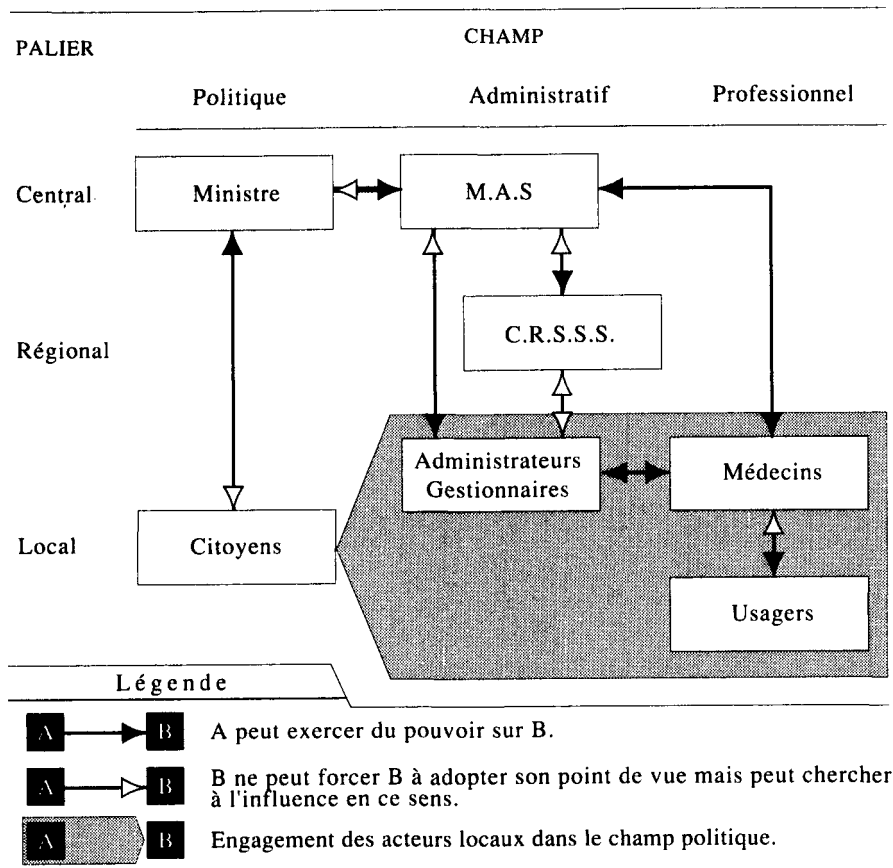
– Le champ politique comprend l'ensemble des élus provinciaux, le Conseil des ministres et, au premier chef, le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui est investi du pouvoir de fixer les orientations du réseau d'établissements publics et d'en assurer le bon fonctionnement. En régime parlementaire de type britannique, la responsabilité ministérielle devant l'Assemblée nationale et l'électorat crée pour le ministre une zone d'incertitude fondamentale à laquelle il ne peut se soustraire, malgré la délégation de mandats à un organisme administratif régional (comme les C.R.S.S.S.) ou à des établissements. Les députés dépendent pour leur réélection de l'image que les électeurs s'en font. Ils sont ainsi sensibles aux événements et aux répercussions de leurs décisions qui pourraient nuire à leur popularité.

Les acteurs évoluant dans ces trois champs sont en situation d'interdépendance. Pour la bonne marche de l'établissement où ils pratiquent, les *professionnels* dépendent des *gestionnaires* et eux, des *décideurs centraux*, car bon nombre de leurs choix sont encadrés par des règles établies au centre ou doivent obtenir l'aval d'acteurs centraux, politiques ou administratifs. S'ils ne s'y soumettent pas, ils s'exposent aux sanctions que prévoient la loi et les règlements, éventualité que l'autonomie juridique des établissements rend toutefois mince. Les *dirigeants locaux* peuvent aussi opposer à la légitimité des autorités ministérielles la leur fondée sur la connaissance et, éventuellement, l'appui du milieu local.

Par contre, le *ministre* et le *parti* politique auquel il appartient ont intérêt à ce que le secteur de la santé ne suscite pas d'insatisfaction dans la population. Beaucoup de *citoyens* accordent de l'importance à l'accessibilité des services et peuvent manifester leur mécontentement à cet égard sur la place publique ou

FIGURE 1

Relations de pouvoir entre certains acteurs du système québécois de la santé et des services sociaux selon le palier géographique où ils se situent et le(s) champ(s) dont ils font partie.



l'exprimer le jour de l'élection. S'ils sont relativement impuissants à imposer leur point de vue à titre d'usagers, ils peuvent toutefois, à titre d'électeurs, influencer les responsables politiques lorsqu'ils se constituent en groupes d'intérêts. De leur côté, les *gestionnaires* peuvent tenter d'étaler dans les médias un manque présumé de ressources et obtenir par la voie politique ce qu'ils n'ont pu obtenir par la filière administrative. Autant les gestionnaires que les acteurs centraux dépendent dans une certaine mesure des *professionnels* —en particulier des médecins— qui exercent un contrôle quasi complet sur les actes qu'ils posent. Les professionnels

peuvent utiliser leur monopole pour faire échec à des décisions politiques ou administratives en invoquant des arguments déontologiques ou simplement en n'y donnant pas suite. Ils peuvent aussi amener sur la place publique une situation qui leur paraît inacceptable et faire ainsi pression sur les responsables politiques ou administratifs, selon le cas. Les *conseils régionaux* occupent une position intermédiaire et inconfortable dans ce réseau de relations. D'un côté, ils dépendent directement du ministère qui ne leur laisse qu'une marge de manœuvre restreinte, et sur des enjeux limités; d'un autre côté, ils ne peuvent exercer une domination équivalente sur les établissements de leur réseau régional. (BHÉRER; TURGEON.)

Les trois champs s'interpénètrent du fait que les décisions politiques, administratives et professionnelles s'influencent réciproquement, mais aussi parce que les mêmes acteurs peuvent être partie prenante dans plus d'un champ. Un usager, un employé, un gestionnaire est *également* un citoyen/électeur; il peut par ailleurs être membre d'un parti politique ou d'un conseil d'administration d'établissement. C'est la possibilité de jeu sur plusieurs tableaux, de déplacement des enjeux hors du champ administratif dominé par l'appareil du ministère qui rend possible l'opposition d'acteurs périphériques.

2. La méthodologie

L'étude empirique des projets de fusion de deux hôpitaux de la Côte-Nord et de deux autres de la Beauce s'inscrivait dans un programme plus vaste commandité par la Direction de l'évaluation des programmes du Ministère des affaires sociales et mené en 1983-1984.⁵

L'étude présentée ici a comporté trois phases. La première a consisté à établir la chronologie des événements. Un professionnel de recherche a procédé, d'une part, au dépouillement d'articles de journaux, de lettres, de rapports d'étude et de documents administratifs et, d'autre part, à une trentaine d'entrevues semi-structurées auprès de participants directs au déroulement des projets. Cette chronologie fut ensuite soumise à certains acteurs clés afin de vérifier l'exactitude des renseignements recueillis. Dans la phase suivante, le professionnel faisait l'étude proprement dite où étaient mis en perspective les acteurs, leurs enjeux, leurs sources de pouvoir et leurs stratégies. Dans une dernière phase, le directeur de la recherche effectuait l'analyse transversale des deux cas de fusion et de celui de la gestion des établissements de santé de la vallée de la Matapédia.

Ces deux projets de rationalisation ne sont pas des exemples isolés. Ils font partie d'une série de tentatives de groupement imposées ou facilitées par les

5. Il comprenait en outre l'étude de l'entente de gestion en commun des établissements de santé de la vallée de la Matapédia, celle de la fermeture de cinq départements d'obstétrique de la région de Montréal et celle de la centralisation de la pédiatrie dans la région de l'Estrie.

autorités du Ministère des affaires sociales, puis celui de la santé et des services sociaux. Nous les avons retenus à cause de leurs similitudes, mais surtout à cause de la netteté avec laquelle ils font apparaître l'éventail des relations de pouvoir et d'interdépendance qui lient les acteurs du système de la santé et des services sociaux de la province.

3. Deux cas de fusion

a) *L'Hôpital général de Baie-Comeau et l'Hôtel-Dieu de Hauterive*

Baie-Comeau et Hauterive sont deux villes sœurs situées à la limite est de la haute Côte-Nord. Elles comptent, au début des années 1970, environ 12 000 habitants chacune. Baie-Comeau, la plus ancienne, est à l'origine une ville fermée, fondée par la puissante Québec North Shore Paper (Q.N.S.). L'orientation industrielle, imprimée à la ville dès le commencement, s'accroît avec l'implantation d'usines d'envergure comme celles des compagnies Reynolds et Cargill.

À l'inverse, Hauterive doit son existence à M^r Napoléon-Alexandre Labrie. Au début des années 1950, le prélat cherche un endroit peuplé pour établir un évêché. Après avoir convaincu la Québec North Shore Paper de souscrire la majeure partie des frais de construction d'une église, il lui réclame celle de son évêché. Ne pouvant s'entendre avec les dirigeants de la compagnie, une querelle s'ensuit. Il décide alors de déménager ses pénates aux limites de la ville: Hauterive naît et prend rapidement de l'essor grâce au développement des services, évêché, écoles, collège classique, hôpital, puis, plus tard, polyvalente et cégep.

Le fossé se creuse entre les deux communautés: la population de Hauterive accuse celle de Baie-Comeau d'être soumise aux compagnies; la dernière en veut à ses anciens concitoyens d'être allés s'établir sur des terrains moins dispendieux au lieu de contribuer au développement de la ville. Sur ce fond de scène se détache la lutte entre deux élites locales: l'une, industrielle et commerciale, jouit d'un accès direct aux pouvoirs politiques; l'autre, religieuse, institutionnelle et syndicale, recourt à des modes d'intervention de masse (rassemblements, pétitions, groupes de pression).

Les établissements de santé et de services sociaux constituent un enjeu important de cette lutte. Baie-Comeau possède un petit hôpital depuis 16 ans, lorsqu'en 1954 M^r Labrie dote Hauterive de son hôpital « régional ». Au cours des années 1960, les développements techniques et l'essor démographique rendent celui de Baie-Comeau désuet. L'Hôtel-Dieu de Hauterive, quoique beaucoup plus grand, a lui aussi besoin d'être modernisé. En 1965, le gouvernement du Québec donne son aval à la construction de l'Hôpital général de Baie-Comeau. Après une fructueuse campagne de financement populaire en 1966-1967, l'établissement accueille ses premiers patients en mars 1968. Son ouverture vient diviser le volume d'activités de l'autre hôpital à une période où la population commence à décroître,

ce qui compliquera le recrutement des spécialistes et provoquera des difficultés financières endémiques.

En 1970, les deux centres soumettent séparément un projet d'agrandissement au M.A.S. qui refuse et leur demande de s'entendre sur la planification des services hospitaliers de la région. Concurrents pour l'obtention de services additionnels, les deux établissements sont aiguillés sur la voie de la concertation par le ministère qui applique la politique de rationalisation proposée par le rapport CASTONGUAY-NEPVEU. Un comité conjoint des deux hôpitaux est formé en septembre 1970 pour étudier l'opportunité de leur fusion. Au début de 1971, le sous-ministre à la programmation recommande la création d'une corporation unique et en mars le conseil d'administration de l'Hôpital général de Baie-Comeau accepte par voie de résolution l'idée de la fusion.

Dès ce moment, se pose le problème du partage des services entre les deux centres. L'efficacité prônée par le ministère exige que l'un d'eux se spécialise dans les soins prolongés pendant que l'autre regroupera l'ensemble des soins aigus. Cette position rejoint celle des médecins qui ont la possibilité de travailler dans l'un ou l'autre, étant donné la faible distance qui les sépare et le manque chronique de praticiens. Souvent astreints à de longues heures à cause de cette rareté, ils s'essouffent, et la majorité d'entre eux reste peu de temps dans la région: ils ont donc intérêt à ce que les services de courte et de longue durée soient répartis entre les deux établissements de façon à améliorer les conditions de la pratique et ainsi attirer d'autres confrères en plus grand nombre. Par contre, les deux groupes d'administrateurs préfèrent offrir chez eux les soins aigus à cause du leadership régional qu'ils en retireront. Les résidents sont eux aussi désireux de compter dans leur localité un hôpital qui offre des soins d'urgence et des soins généraux, de préférence à un hôpital de soins de longue durée dont les services se destinent essentiellement à une clientèle souffrant de problèmes chroniques. L'enjeu central de la fusion devient donc l'obtention des soins aigus.

En février 1972, le sous-ministre adjoint à la programmation du M.A.S. annonce qu'ils seront dispensés à Hauterive. L'hôpital de Baie-Comeau s'interpose et obtient que le ministère mène une étude technique avant de faire son choix. Déposée en janvier 1973, elle conclut qu'ils devraient aller à Baie-Comeau. Malgré la contestation de Hauterive — qui avait pourtant accepté de se soumettre aux recommandations de l'enquête — le ministre accorde, en janvier 1973, les soins aigus à Baie-Comeau et les soins prolongés à Hauterive.

Pendant les quinze mois qui suivent, Baie-Comeau s'efforce de réaliser le plus vite possible les travaux de construction pendant que Hauterive tente de retarder le déroulement des opérations et de renverser la décision ministérielle. De guerre lasse, le M.A.S. accepte de soumettre le dossier à une nouvelle étude dont les auteurs devront être choisis conjointement par le C.R.S.S.S. et les deux hôpitaux. Un comité est constitué, mais ne peut s'entendre sur le choix d'un expert. Le conseil régional presse le ministère de prendre une décision irréversible dans les plus brefs

délais et, le 7 mars 1974, le nouveau ministre annonce qu'il maintient la décision de son prédécesseur.

Cette position soulève l'indignation à Hauterive. Le 6 juin 1974, les membres du conseil d'administration de l'Hôtel-Dieu démissionnent. Quelques jours plus tard, le comité des citoyens manifeste son opposition et demande la réalisation d'une étude indépendante. Au même moment, le député provincial du comté, résidant de Hauterive, affirme que le véritable problème de la région est le manque de lits.

La population commence toutefois à être à bout d'arguments et de ressources, et au cours de l'été de 1974 un virage s'amorce. À partir d'octobre 1974, des gestes tangibles sont posés de part et d'autre pour réaliser la fusion: réunions entre les représentants des hôpitaux et du M.A.S.; résolutions des conseils d'administration et des conseils des médecins et dentistes préparant le terrain; mise sur pied par le ministère en novembre 1975 d'un comité d'étude sur la régionalisation des soins et la fusion auquel participent des délégués des deux centres, du C.R.S.S.S. et du M.A.S. Après la remise du rapport du comité en mars 1976, un second groupe est formé en mai ayant pour tâche d'élaborer concrètement l'opération technique et légale de la fusion. Il remet son rapport en octobre 1976. Un mois plus tard, le M.A.S. accepte les plans et devis des travaux d'agrandissement de l'hôpital de Baie-Comeau et l'autorise à lancer les appels d'offre. Le 9 décembre 1976, les représentants du ministère et des deux centres signent un protocole d'entente sur la fusion où chaque partie s'engage à respecter les vocations propres à chacun, telles qu'elles ont été définies en 1974.

Alors même que le problème semble totalement réglé, un revirement complet de la situation se prépare avec l'élection du Parti québécois, en novembre 1976. Trois mois plus tard, le député de la région et nouveau ministre des Transports annonce qu'il a fait arrêter le chantier à l'hôpital de Baie-Comeau. La démarche de fusion est alors remise en question. Le 4 avril 1977, le nouveau ministre des Affaires sociales promet un centre hospitalier intégré de 271 lits (au lieu des 250 prévus à l'origine) et inverse la vocation des deux hôpitaux: le pavillon Hauterive dispensera les soins de courte durée pour les malades physiques, alors que celui de Baie-Comeau offrira les soins psychiatriques et prolongés.

À partir de ce moment, Baie-Comeau se retrouve dans le camp de l'opposition et doit à son tour manifester sur la place publique pour tenter de faire renverser à nouveau la décision du ministère. Le conseil d'administration, le Conseil des gouverneurs et les médecins de l'hôpital, le conseil municipal et la chambre de commerce de la ville, de même que le Regroupement d'action populaire dénoncent la décision du ministre Lazure et exercent des pressions politiques pour qu'on en revienne au *statu quo* de 1974. Ces pressions atteindront leur paroxysme d'avril à décembre 1977, au moment où débute une contestation judiciaire de la part de l'Hôpital général de Baie-Comeau.

En janvier 1978, une assemblée spéciale de la Corporation de l'Hôpital général, tenue devant près de 1 000 personnes, confie au Conseil des gouverneurs le mandat de conserver à l'établissement sa vocation d'hôpital général, de continuer les poursuites contre le M.A.S. et de mettre sur pied un comité de financement pour amasser les fonds nécessaires à l'action légale. Le 25 janvier 1978, un comité pour la sauvegarde de l'hôpital est constitué et lance, grâce à la participation de 300 bénévoles, une campagne de financement monstre, doublée d'une pétition passée dans les foyers.

En juin et juillet 1978, des hauts fonctionnaires du M.A.S. rencontrent à quelques reprises les dirigeants de l'hôpital de Baie-Comeau pour fixer les paramètres d'une solution acceptable pour eux, tout en respectant la décision du ministre. On s'entend sur le principe de direction unique comme pivot d'une entente avec Hauterive et préalable à toute discussion future. Mais, en août 1978, le conseil d'administration de Hauterive rejette le principe, ce qui renvoie aux calendes grecques les négociations entre les deux hôpitaux au moment où le Conseil du Trésor autorise Hauterive à aller en appel d'offres pour la mise en chantier de son hôpital.

En novembre 1978, le ministre, venu inaugurer la construction de l'Hôtel-Dieu de Hauterive, est accueilli par le Comité pour la sauvegarde de l'hôpital de Baie-Comeau qui lui présente une pétition de 9 000 noms. Le ministre maintient sa décision.

Au début de 1979, les procédures judiciaires suivent leur cours, mais un certain essoufflement gagne le clan de Baie-Comeau. Entre-temps, le conseil régional a pris position dans le dossier et s'est donné comme mandat de rapprocher les deux parties pour accélérer leur fusion. De nombreuses rencontres ont lieu entre les représentants des deux centres, du C.R.S.S.S. et du M.A.S. pour discuter et préciser l'éventuel projet d'entente. Un protocole de fusion, finalement signé en juin 1979, prévoit l'abandon des poursuites par Baie-Comeau, l'acceptation de la direction unique et de la vocation de chaque hôpital, tel qu'en a décidé le ministre, ainsi que l'agrandissement des deux centres. L'implantation de la fusion et les travaux de construction commencent à la fin de 1979. En septembre 1980, l'intégration du nouveau conseil d'administration, des cadres et du corps médical est complétée, et le chantier d'agrandissement de Hauterive atteint sa dernière phase. Le regroupement des services et l'intégration du personnel syndiqué s'effectuent en septembre et en octobre. En janvier 1981, s'amorcent les travaux de réaménagement et de construction à Baie-Comeau.

Deux mois plus tard, le président du Conseil des médecins et dentistes se plaint d'une détérioration des soins depuis la fusion, critique que reprend le président du conseil d'administration en mettant en cause la politique de restriction budgétaire du ministère qui empêche l'application du protocole d'entente et des projets de développement prévus pour la fusion: le centre est sous-équipé, et les médecins quittent la région. De plus, le déficit hérité de la fusion n'a pas été absorbé, ce qui

risque d'entraîner la fermeture du pavillon Boisvert (à Baie-Comeau) et le transfert des soins prolongés au pavillon Le Royer (à Hauterive). Malgré ces problèmes, le député péquiste se fait réélire. En novembre 1981, l'hôpital se résout à présenter un plan de redressement et reçoit des crédits additionnels du M.A.S. pour payer les améliorations du pavillon Boisvert.

Depuis lors, la fusion a été maintenue. Les tensions entre Baie-Comeau et Hauterive se sont estompées à la suite de la fusion des deux hôpitaux et, en 1982, de celle des deux villes. Tout au long des années 1980 toutefois, le directeur général du Centre hospitalier régional Baie-Comeau-Hauterive revendique auprès du ministère un établissement neuf et fonctionnel, arguant que les rénovations apportées aux deux pavillons existants ne répondent pas aux besoins de la population. Le conseil régional n'appuie pas l'hôpital dans cette revendication qui lui paraît démesurée, étant donné la vétusté des hôpitaux d'autres régions. Il défend plutôt l'option de rénover les édifices. Le M.S.S.S. annonce finalement en 1988 son refus au projet de construction, tout en ouvrant la porte à celui de subventionner la réalisation d'un plan fonctionnel et technique de rénovation. Celui-ci, d'un montant de près de deux millions de dollars, sera finalement accordé quelques mois plus tard.

b) *Hôtel-Dieu Notre-Dame-de-Beauce de Saint-Georges et l'Hôpital Saint-Joseph de Beauceville*

Le développement économique et démographique de la Beauce a suivi dans une large mesure celui du chemin de fer. Ce dernier gagne la Beauce par le nord et rejoint d'abord Sainte-Marie et Saint-Joseph avant d'atteindre Beauceville au début des années 1920, alors même que cette ville accueille le premier hôpital de la région. Par la suite, le prolongement de la voie ferrée vers le sud aidera Saint-Georges à devenir la ville la plus peuplée du territoire. Quelques années après celle de Beauceville, la population de Saint-Georges fait des pressions pour obtenir son hôpital. Ce n'est toutefois qu'en 1950 que l'Hôtel-Dieu Notre-Dame-de-Beauce ouvre ses portes.

En 1962, le ministre québécois de la Santé annonce l'agrandissement de l'hôpital de Beauceville. Vive réaction des médecins de Saint-Georges⁶ qui interviennent auprès du Premier ministre Lesage pour faire renverser la décision, invoquant l'impossibilité pour deux hôpitaux d'égale importance, situés à 19 km l'un de l'autre, de fournir des services adéquats et complets. Malgré l'appui de la population de Saint-Georges, le gouvernement maintient la décision et Beauceville voit le nombre de lits de son hôpital porté à 257, dont 82 d'hébergement, contre 155 pour l'hôpital Notre-Dame.

6. Ils mettent en doute l'objectivité de la décision du ministre, soulignant qu'il avait fait des démarches en 1945 pour pratiquer la chirurgie à Saint-Georges, mais qu'on lui avait préféré un autre médecin.

Au début des années 1970, l'hôpital de Beauceville a plusieurs vocations: soins généraux, soins prolongés, centre d'accueil et centre d'hébergement. Sa construction est récente, moderne et fonctionnelle. Le développement de ses services est lent et son taux d'occupation, faible, à cause de la concurrence des services hospitaliers de Lévis, de Sainte-Foy et de Québec. Le recrutement des spécialistes est difficile. De son côté, l'hôpital de Saint-Georges est axé sur les soins généraux et spécialisés. Son taux d'occupation est élevé. Il manque d'espace et d'équipement. Là aussi le recrutement des médecins spécialistes est pénible.

Dans le cadre de la réforme Castonguay-Nepveu, l'hôpital de Beauceville est doté en 1973 d'un département de santé communautaire. Le directeur général de l'établissement souhaite collaborer avec Saint-Georges pour mettre en commun certains services professionnels et améliorer la qualité et l'accessibilité des soins. Sa tentative échoue comme avaient déjà échoué d'autres initiatives privées de rapprochement menées durant les années 1960.

Nouvellement créé, le C.R.S.S.S. de la région 03 souhaite améliorer la répartition des services de santé en Beauce. À son invitation, les deux hôpitaux acceptent de participer à un comité conjoint dont un sous-comité présente, en mai 1974, un rapport sur la complémentarité des services. Trois principes font l'unanimité: offrir plus de services à la population, établir un service d'urgence de second niveau dans la Beauce et réunir le département d'obstétrique et la pouponnière.

Mais ce *consensus* sur les fins à poursuivre ne tient plus lorsque vient le temps de discuter de la façon de les concrétiser. L'enjeu central, et principale pomme de discorde entre les établissements, est l'attribution des soins aigus (ou de courte durée). Les conseils d'administration ne parviennent pas à présenter de solution commune au M.A.S., chacun réclamant pour soi le centre de soins aigus.

Pour dénouer l'impasse, le conseil régional recommande en octobre 1974 que Beauceville donne les soins prolongés et Saint-Georges, les soins de courte durée. Cette position, inspirée par le souci de créer un volume de clientèle suffisant pour attirer des spécialistes et d'éviter la concurrence entre les deux hôpitaux, provoque le mécontentement du conseil d'administration de Beauceville qui fait pression sur le ministère pour obtenir les soins aigus.

Impliqué dans le conflit, le M.A.S. laisse entendre, dans un premier temps, qu'aucun établissement ne sera désigné pour offrir seul les soins aigus, et s'oppose au développement des services jusqu'à la signature d'une entente entre eux. Passant outre à cette politique, l'hôpital de Saint-Georges, qui s'oppose fortement au partage des soins aigus, ouvre un service d'orthopédie. Beauceville s'inscrit en faux contre cette décision unilatérale et réclame à son tour de nouveaux services.

Durant deux ans, cette situation perdure. Le ministère réunit les dirigeants des deux centres pour qu'ils reprennent les pourparlers sur la complémentarité des services. Ces discussions n'apportent pas de résultats tangibles.

Au printemps de 1977, le C.R.S.S.S. revient sur sa position d'octobre 1974 et propose que les deux hôpitaux continuent d'offrir des soins de courte durée tout en évitant la duplication. Après quelques hésitations à Saint-Georges, les deux unités signent, le 12 juillet 1977, un protocole d'entente, suivi à l'automne de 1978 d'un plan de développement complémentaire qui prévoit le maintien des soins généraux dans les deux établissements, hormis le partage des services spécialisés et de toute nouvelle spécialité. Le conseil régional recommande au M.A.S., en décembre 1978, de répartir les services spécialisés. (Tableau 1.)

Sur papier, la question de la complémentarité semble réglée. Mais un problème de fond qui n'a pas été soulevé durant les négociations demeure, celui du financement. Les deux hôpitaux ont en effet accumulé d'importants déficits, alors que le plan de complémentarité prévoit l'accroissement des services et conserve la duplication de certains d'entre eux comme la pédiatrie, la gynécologie et l'obstétrique.

TABLEAU 1

*Partage des services hospitaliers de la Beauce,
Conseil régional de la santé et des services sociaux, 1978.*

| | |
|---------------------------------|--|
| Hôpital Saint-Joseph | oto-rhino-laryngologie ophtalmologie urologie psychiatrie biochimie médicale |
| Hôtel-Dieu Notre-Dame-de-Beauce | orthopédie cardiologie anatomo-pathologie soins intensifs coronariens urgence de niveau II |

Pour le M.A.S. et le C.R.S.S.S., il est essentiel de s'attaquer aux coûts croissants qu'impose à la collectivité la présence de deux centres voisins et en développement. À partir de juin 1979, le ministère, de concert avec le conseil régional, suggère aux deux entités de s'unir, seule façon selon tous de résorber leurs déficits. En décembre 1979, le M.A.S. se dit prêt à accepter le plan de complémentarité proposé s'il est réalisé à l'intérieur d'une seule corporation hospitalière, et brandit la menace d'une mise en tutelle en cas de refus.

Contrairement aux attentes du ministère, cette prise de position ferme suscite un front commun des deux hôpitaux contre la fusion.

L'élection d'avril 1981 reporte le Parti québécois au pouvoir et amène un nouveau ministre des Affaires sociales. L'hôpital de Saint-Georges lui soumet aussitôt un mémoire présentant les avantages de concentrer chez lui les soins aigus. Cette démarche hérisse Beauceville qui réclame du ministre qu'il décide d'autorité du partage des services entre les deux unités. À la même époque, le départ d'un chirurgien de l'hôpital de Beauceville prive le département d'obstétrique de ce service. Chirurgiens et gynécologues de Saint-Georges refusent de collaborer avec Beauceville. Les médecins de cet hôpital menacent alors le ministère de fermer le département d'obstétrique s'il ne tranche pas la question du partage des services.

En novembre 1981, sur la recommandation du C.R.S.S.S. de fusionner les deux hôpitaux, le ministre confie à un mandataire spécial la mission d'en arriver avec leurs représentants à un protocole de fusion. L'hôpital de Beauceville ne s'oppose pas à la décision du ministre, le partage des services qu'il propose correspondant au sien. À Saint-Georges, le refus de la fusion est total. Les médecins, invoquant la diminution de la qualité des soins causée par le partage des spécialités, refusent de collaborer à la fusion. Leur point de vue est supporté par le conseil d'administration de l'hôpital, la corporation des religieuses hospitalières à qui l'hôpital appartient, le personnel clinique, la population de Saint-Georges et les autorités municipales.

Des négociations s'amorcent entre le mandataire du M.A.S. et les représentants des hôpitaux, mais sans succès. Devant cet échec, le délégué du ministère dépose en janvier 1982 ses recommandations concernant la répartition des services, dans un document appelé « l'annexe A ». Il distribue les lits des deux hôpitaux de la façon suivante: le pavillon Notre-Dame comprendrait 155 lits destinés aux soins de courte durée, soit 90 de médecine et 65 de chirurgie. Le pavillon Saint-Joseph compterait 21 lits de pédiatrie, 30 d'obstétrique, 17 de psychiatrie, 15 de gynécologie et 12 d'oto-rhino-laryngologie pour un total de 95 lits de courte durée. S'y ajoutent 80 lits destinés aux soins physiques chroniques et à la gériatrie et 82 lits d'hébergement, pour un grand total de 257.

Le Conseil des ministres est saisi du dossier et, le 15 août 1982, le gouvernement adopte un décret ordonnant, à compter du 1^{er} septembre 1982, la fusion des deux hôpitaux de la Beauce en un seul établissement sous le nom de Centre hospitalier régional de la Beauce (C.H.R.B.).

Dès la fin d'août 1982, un conseil d'administration provisoire est constitué et s'attaque à la réalisation de son mandat. Au milieu de novembre 1982, plusieurs directions et services d'encadrement sont déjà unifiés; les médecins et les dentistes, regroupés en un seul conseil; et aucune augmentation des dépenses n'est imputable à la fusion.

La tâche du conseil d'administration comprend aussi la remise au ministère d'un plan d'organisation des services. S'il le conçoit dans la perspective de rationalisation du M.A.S., il en va autrement pour le Conseil des médecins et dentistes et le Conseil consultatif du personnel clinique, qui doivent être consultés lors de l'élaboration du plan. Des tensions réapparaissent entre le personnel des deux pavillons et notamment entre les médecins, ceux de Saint-Georges continuant de s'opposer à l'annexe A, alors que ceux de Beauceville s'y sont ralliés.

L'élaboration du plan d'organisation va néanmoins bon train et, le 29 décembre 1982, le conseil d'administration provisoire opte pour un partage de lits et de services conforme à la proposition du ministère, à quelques modifications près.

Mais tout reste encore à faire puisque le transfert des activités ne pourra s'effectuer qu'au moment où seront recrutés les médecins spécialistes nécessaires à la prestation des services dans les deux pavillons. Or, les spécialistes en anesthésie, en gynéco-obstétrique et en chirurgie générale, dont le centre a besoin, manquent. En outre, les spécialistes en place rejettent l'annexe A et refusent de collaborer. Pour eux, ce document se traduit par l'obligation de faire le va-et-vient entre Saint-Georges et Beauceville et par le partage de leurs revenus avec d'autres confrères.

Devant ce blocus, le conseil d'administration du Centre hospitalier régional décide de modifier sa stratégie. Au lieu de viser l'application intégrale de l'annexe A, il cherche maintenant à réaliser la fusion par étapes, l'annexe demeurant le cadre de référence des actions à entreprendre.

Dans cette optique, le conseil d'administration présente, le 30 mai 1983, un plan de partage des services, qui propose, entre autres, la suppression du service d'obstétrique au pavillon Saint-Joseph et le maintien d'une garde unique au pavillon Notre-Dame pour les spécialistes. Ce projet reçoit l'approbation du Conseil des médecins et dentistes et du Conseil consultatif du personnel clinique, mais soulève un tollé de protestations dans la population, notamment dans la région de Beauceville où un comité avait été formé afin de revendiquer le maintien des soins complets en obstétrique au pavillon local.

Accusé par certains de ne pas être représentatif de la population, le conseil d'administration décide le 22 juin 1983 de partager le service entre Saint-Georges et Beauceville. Aussitôt, gynécologues et anesthésistes affirment ne pas pouvoir desservir les deux pavillons. Les directeurs de département du pavillon Notre-Dame démissionnent en guise d'appui aux spécialistes. De son côté, le Comité des citoyens de Beauceville accuse les médecins de Saint-Georges de contrôler le Conseil des médecins et dentistes et demande l'application de l'annexe A.

Écartelé entre les exigences des uns et des autres, le conseil d'administration réaffirme, en septembre 1983, sa position du 22 juin et entend faire respecter l'intégralité de ses décisions. Du même souffle, il annonce toutefois la cessation des activités d'obstétrique au pavillon Saint-Joseph. En novembre 1983, il reprend toutes les hypothèses de partage des services. On fait l'unanimité sur la nécessité de

services d'urgence de second niveau à Saint-Georges et de premier niveau à Beauceville. Pour les autres services, le conseil se heurte à un cul-de-sac et n'a d'autre choix que de former un sous-comité qui tentera de trouver un partage qui satisfasse les praticiens des deux pavillons.

Le 18 janvier 1984, le conseil d'administration décide majoritairement d'interdire les accouchements au pavillon Saint-Joseph. Le surlendemain, une centaine de personnes participent à un « défilé funéraire » à l'intérieur du pavillon pour protester contre la décision, point culminant d'un différend vieux de plusieurs années.

La tension perdure au fil des années entre les médecins des deux pavillons et entre les communautés de Saint-Georges et de Beauceville qui désirent conserver le maximum de services de courte durée dans l'établissement de leur localité. Après l'obstétrique, c'est le maintien d'un service d'urgence au pavillon Saint-Joseph qui fait l'objet de vives protestations.

À la demande du conseil d'administration du C.H.R.B., un comité d'experts médicaux analyse la question et en vient à la conclusion que seul le pavillon Notre-Dame devrait offrir un tel service, tandis que le pavillon Saint-Joseph serait doté d'une clinique externe de jour sans rendez-vous et que les médecins assureraient un service de garde, nuit et jour, pour les cas urgents. Déposé le 11 novembre 1987, ce rapport est entériné quatre jours plus tard par l'administration de l'hôpital, malgré les résistances de la population de Beauceville et des employés du pavillon Saint-Joseph qui craignent pour l'avenir des soins de courte durée chez eux. Le 20 novembre toutefois, les membres du conseil d'administration reviennent sur leur position et autorisent la mise sur pied au pavillon Saint-Joseph d'un service de clinique externe ouvert 24 heures par jour. Les médecins du pavillon Notre-Dame s'opposent à cette décision, et le conseil d'administration doit recourir à une injonction pour les forcer à assurer la garde.

Devant ce nouveau cul-de-sac, le conseil d'administration nomme deux conseillers spéciaux pour tenter de trouver une solution. Après avoir consulté les médecins et les cadres de l'établissement, les conseillers estiment, dans un rapport daté du 17 février 1988, qu'un *consensus* est impossible et que le mieux qu'on puisse faire est d'appliquer les conclusions du rapport des experts, quitte à susciter des antagonismes à Beauceville.

En mars 1988, le conseil d'administration du centre recommande à la ministre de la Santé et des Services sociaux d'assurer la continuité des services par une administration provisoire. Quelques jours plus tard, elle acquiesce à cette demande et désigne un fondé de pouvoirs qui demeurera en fonction jusqu'en mars 1990. Rapidement, il conclut qu'il faut envisager la « défusion » des deux pavillons. En mai 1988, la ministre l'autorise; par la suite, le conflit concernant la garde des médecins se règle et la tension baisse progressivement dans les deux unités. En 1990, le Centre hospitalier régional de la Beauce cesse d'exister, alors que les

pavillons Saint-Joseph et Notre-Dame deviennent respectivement le Centre hospitalier de Beauceville et le Centre hospitalier de Saint-Georges.

4. Discussion

La centralisation formelle du système québécois de la santé et des services sociaux ne s'impose pas aux acteurs locaux comme une fatalité. Ils peuvent renverser la situation de dépendance qui les lie aux décideurs du centre, dans le champ administratif, lorsqu'ils parviennent à déplacer l'enjeu de la fusion dans le champ politique. Pour ce faire, l'enjeu d'une décision ministérielle doit être suffisamment important pour qu'ils en perçoivent les conséquences et acceptent de se coaliser contre cette décision. C'était là notre première hypothèse. Cette alliance aura d'autant plus de chances d'obtenir gain de cause que les intérêts de ses membres convergent et qu'elle compte des médecins dans ses rangs. C'était notre seconde hypothèse.

a) *Opposition aux fusions et formation de coalitions*

Les cas de la Côte-Nord et de la Beauce présentent des caractéristiques communes. Ils s'amorcent en même temps, soit au début de la réforme Castonguay-Nepveu; chacun concerne deux hôpitaux, situés à quelques kilomètres l'un de l'autre et qui éprouvent des difficultés à recruter des médecins. Les villes qui accueillent ces centres comptent moins de 20 000 habitants et se trouvent en position de rivalité et même de compétition directe, comme c'est le cas pour Baie-Comeau et Hauterive. Dans un pareil contexte, l'enjeu de l'autonomie légale des hôpitaux et celui de l'obtention des soins de courte durée ont non seulement de l'importance quant à l'accessibilité aux services hospitaliers, mais aussi une valeur politique et symbolique déterminante. Sur un plan purement sanitaire, chaque citoyen souhaite avoir accès le plus rapidement possible à des services d'urgence, de consultation externe et à des soins de courte durée. Mais il y a plus. La détermination des citoyens, des membres des conseils d'administration et des élus à défendre l'hôpital de leur municipalité s'explique aussi par sa place dans la vie économique comme employeur et dans la vie sociale comme symbole. L'hôpital est «leur» hôpital, pas celui «des autres». Le projet de fusionner en un seul deux établissements qui ont une aussi grande importance pour les gens de chaque ville avive des antagonismes plus que s'il s'était agi de deux hôpitaux dans la même localité. Dans le cas de la Beauce, on a affaire à deux villes situées dans deux sous-régions et deux comtés différents: la première, plus au nord, peut compter sur la relative proximité de l'agglomération de Québec pour combler ses lacunes en matière de services de santé; la seconde, plus éloignée de la capitale, revendique l'accès à des services hospitaliers de base complets.

Les résidents, les groupes et les édiles accordent une grande valeur à l'enjeu de la fusion des centres hospitaliers et à celui de l'attribution des soins de courte durée. C'est l'importance de cet enjeu qui provoque la formation, sur une base territoriale, de coalitions d'élus locaux, de citoyens, de médecins et d'employés dont les intérêts convergent : conserver les soins de courte durée dans sa ville, jouir d'une bonne qualité de pratique, préserver son emploi.

Les dirigeants des hôpitaux concernés (conseil d'administration et directeur général) participent à ces alliances et s'appuient sur le caractère de *personne juridique autonome* de leur établissement. Plus que le ministère ou le conseil régional, leur conseil d'administration peut prétendre incarner légitimement les intérêts des usagers de leur établissement. Même s'ils sont étroitement réglementés par le ministère, ils peuvent se fonder sur cette légitimité et ce statut de personne morale pour porter leur cause en justice, procédure que ne peuvent entreprendre les dirigeants d'appareils administratifs déconcentrés. Cette capacité juridique permet aux administrateurs locaux de retarder l'application d'une décision ministérielle, ce qui peut suffire, pour peu que le ministre ou le gouvernement change, à contraindre définitivement un projet. Les administrateurs de l'Hôpital général de Baie-Comeau ont habilement utilisé cette ressource pour forcer le report de la décision ministérielle de concentrer les soins aigus à Haute-riève.

La participation active de hauts fonctionnaires à des rencontres avec les représentants de l'un ou l'autre des établissements témoigne de leur avantage de les convaincre plutôt que de les vaincre purement et simplement. Le cas de la Beauce illustre éloquemment les répercussions que peut avoir dans le champ politique une solution arrêtée unilatéralement en haut lieu.

Par ailleurs, la possibilité que le ministre utilise l'autorité dont il est investi pour renverser arbitrairement une décision prise par un de ses prédécesseurs ou certains de ses fonctionnaires, comme c'est le cas pour la Côte-Nord dans l'attribution des soins de courte durée en 1977, incite les acteurs locaux perdants à court-circuiter la filière administrative en obtenant l'accès au ministre lui-même, ou, à défaut, à ses fonctionnaires supérieurs.

Placés inconfortablement entre les protagonistes du centre et ceux de la périphérie, les conseils régionaux de la santé et de services sociaux jouent un rôle positif mais restreint dans les deux cas étudiés. Leur stratégie de concertation et de conciliation, malgré ses limites, se comprend dès lors qu'on réalise que leur seul pouvoir en est un d'influence, directe ou indirecte, grâce à leurs recommandations au ministère ou à leurs tentatives de rapprochement des établissements. Lorsque le ministère leur confie des mandats d'implantation, ils ne peuvent forcer les établissements à en arriver à une entente. Démunis dans le champ administratif parce qu'ils n'ont pas d'autorité hiérarchique sur les établissements de leur réseau, ils n'ont pas davantage d'ascendant sur les autres acteurs dans le champ politique puisqu'ils sont le fruit d'une décentralisation administrative et non politique.

b) Issue des projets de fusion et pouvoir des médecins

Dans la Beauce comme sur la Côte-Nord, l'engagement politique d'acteurs locaux résulte de la volonté des autorités administratives du Ministère des affaires sociales d'en arriver à une fusion qui permette tout à la fois de partager rationnellement les services (c'est-à-dire, idéalement, de concentrer les soins aigus dans un hôpital et les soins de longue durée dans l'autre) et de diminuer les coûts de fonctionnement de façon à réaliser l'équilibre budgétaire des établissements. Si le ministère parvient effectivement dans les deux cas à imposer la fusion — mais après de longs délais et de nombreux efforts de conciliation des hauts fonctionnaires et des agents du conseil régional —, elle n'est que temporaire pour ce qui est de la Beauce où on procède à une «défusion» après quelques années de cohabitation tendue.

Alors que les médecins de Baie-Comeau-Hauterive n'ont pas de réticence à pratiquer dans l'un ou l'autre des deux pavillons et ont en fait intérêt à ce qu'ils se spécialisent, les praticiens de l'hôpital de Saint-Georges s'opposent opiniâtement au projet de fusion. Ils refusent de pratiquer au pavillon Saint-Joseph de Beauceville, ce qui rend à toutes fins utiles impossible la réalisation du partage des services adopté par le conseil d'administration du Centre hospitalier régional. Le succès de cette obstruction indique le rôle déterminant joué par les professionnels dans la coalition antifusion qui, elle-même, tire sa force de la position stratégique qu'ils occupent dans le champ de production des services du système de santé québécois.

Le pouvoir de leur position dominante dans la hiérarchie des soins de santé leur confère un monopole de droit et de fait sur une série d'actes médicaux. Sur le plan déontologique, ils sont les seuls à pouvoir juger de la nécessité d'un de ces actes pour un patient. Comme leurs décisions diagnostiques et thérapeutiques sont à l'origine de la majorité des activités hospitalières et des coûts afférents, les gestionnaires locaux doivent faire appel à leur collaboration pour qu'ils acceptent de tenir compte, dans la pratique, des contraintes budgétaires de l'hôpital. Le pouvoir des médecins doit aussi son existence au fait qu'ils ne sont pas attachés à un hôpital, mais qu'ils disposent plutôt d'un privilège de pratique à cet endroit. Ils en tirent une mobilité de beaucoup supérieure à celle des autres professionnels de la santé. Cette option de sortie devient un atout majeur lorsque un ou quelques médecins d'une même spécialité projettent de démissionner d'un centre hospitalier pour aller pratiquer ailleurs. Le poids de cette menace pèse d'autant plus lourd en période de pénurie et en région périphérique où le manque de médecins est endémique.

L'issue différente dans le cas de la Beauce par rapport à celui de la Côte-Nord tient aussi dans une large mesure au refus du ministre de céder sur ses exigences de réduction du déficit dans les deux hôpitaux, et de partage des services afin de satisfaire en partie aux demandes des résidents, des médecins et des employés des deux villes beauceronnes. À l'inverse, la fusion de l'Hôpital général de Baie-Comeau et de l'Hôtel-Dieu de Hauterive se double de leur agrandissement que

finance le gouvernement. L'importance de cet apport ministériel de fonds rejoint l'expérience ontarienne de fusions d'hôpitaux.⁷

*
* *
*

L'analyse de deux cas de fusion d'hôpitaux montre que le système québécois de la santé et des services sociaux peut être envisagé comme l'interpénétration des champs professionnel, administratif et politique. Dans la conception héritée de la commission Castonguay-Nepveu, le champ administratif doit primer et rendre ainsi possible la réalisation d'une politique de santé (et de services sociaux) qui s'exécute sur un mode hiérarchique dans l'ensemble des établissements du réseau, grâce au palier régional. C'est une telle conception qui sous-tend les décisions de fusion que nous avons étudiées. Or cette vision tronquée du secteur des affaires sociales néglige l'autonomie juridique des établissements et le pouvoir médical auxquels Castonguay-Nepveu s'était elle-même heurtée. Elle néglige en outre la capacité des personnes à troquer leur chapeau d'employé, de médecin, d'administrateur d'établissement et d'usager pour celui de citoyen et à jouer, à l'intérieur de coalitions, le jeu de l'influence politique. En investissant le champ politique, ils introduisent une «circularité» dans le flux des relations de pouvoir qui n'existe pas dans le champ administratif ni dans le champ de production des services, lesquels fonctionnent en général sur un mode hiérarchique. Ils peuvent contrecarrer, voire renverser, la logique administrative en la soumettant à la logique politique.

La stratégie d'imposition qu'adopte le Ministère des affaires sociales dans les deux projets de fusion se comprend dès que l'on considère que ses dirigeants envisagent le secteur de la santé comme un système de soins et de services dont il s'agit d'accroître l'efficacité et l'efficacités. Cette optique néglige toutefois de tenir compte du fait que le système est de nature publique, c'est-à-dire que son efficacité se mesure aussi à l'aune de ses conséquences politiques. Le gaspillage qu'on peut attribuer à des situations comme la non-fusion des deux hôpitaux de la Beauce est en quelque sorte le tribut à payer pour maintenir public un système de santé dont les dirigeants, démocratiquement élus, sont sensibles aux pressions.

On peut souhaiter accroître le pouvoir des décideurs dans le champ administratif de façon à faire primer les valeurs de santé et de rendement sur les intérêts égoïstes. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'en agissant de la sorte, on

7. (Traduction) «Les études des hôpitaux ontariens suggèrent qu'est déterminant (pour les arrangements multi-institutionnels) le moment où le Ministère de la santé met des crédits en immobilisation à leur disposition. La majorité des fusions analysées est la conséquence des avantages anticipés d'un nouvel édifice pour une nouvelle collectivité.» (LEATT, p. 180.)

s'expose à troquer la démocratie, ses aléas et ses iniquités, pour une technocratie dont le désir de réaliser le bien collectif peut finir par se concrétiser sans le consentement des principaux intéressés.

Louis DEMERS

Télé-Université.

Clermont BÉGIN

*Faculté des sciences de l'administration,
Université Laval.*

BIBLIOGRAPHIE

- BÉGIN, Clermont *et al.*, *Le budget: le jeu derrière la structure*, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, viii + 209 p. («Recherche», 28.)
- BERGERON, Pierre, «La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu», 1990 *Recherches sociographiques*, XXXI, 3.
- BHÉRER, Harold *et al.*, *Le miroir magique de la décentralisation: perception des conseils régionaux de la santé et des services sociaux*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1986, 239 p.
- CASTONGUAY-NEPVEU, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, IV, 1970 *La santé*, tome 11, titre deuxième: *Le régime de la santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 209 p.
- COUTURE, Denise, «Les transformations du corps médical québécois, 1960-1980: adaptation d'un monopole professionnel à la domination rationnelle-légale?», *Politique*, 12: 37-62.
- CROZIER, Michel et Erhard FRIEDBERG, *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, 1977 Paris, Seuil, 436 p. («Sociologie politique».)
- DESROCHERS, Gilles, *Financement et budgétisation des hôpitaux*, Québec, Publications du Québec, 64 p. 1987 (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, «Recherche», 30.)
- DUSSAULT, Gilles *et al.*, *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire*, Québec, Publications du Québec, 172 p. (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, «Recherche», 18.)
- GOSSELIN, Roger, «Decentralization/regionalization in health care: The Québec experience», *Health Care Management Review*, 9, 1: 7-23.
- LEATT, Peggy, «Multi-institutional arrangements among hospitals in Ontario», dans: Georges DESROSIERS (dir.), *Le système de santé de l'Ontario: enseignements pour le Québec*, Montréal, Administration de la santé, pp. 155-188. (Actes du 8^e colloque Jean-Yves-Rivard, tenu à Montréal, les 2 et 3 octobre 1986.)

- LEMIEUX, Vincent *et al.*, «La régulation des affaires sociales: une analyse politique», *Administration publique du Canada*, 17, 1: 37-54.
1974
- LEMIEUX, Vincent et Pierre LABRIE, «Le système gouvernementique des C.L.S.C.», *Recherches sociographiques*, XX, 2: 149-171.
1979
- LEMIEUX, Vincent et Jean TURGEON, «La décentralisation: une analyse structurale», *Revue canadienne de science politique*, XIII, 4: 691-710.
1980
- TURGEON, Jean, *Une analyse structurale d'un processus de régionalisation: les conseils de la santé et des services sociaux du Québec, 1971-1988*, Québec, Université Laval, xiv + 256 p. (thèse de doctorat en science politique).
1989