

La fusion des établissements de santé et de services sociaux : Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts

Marie-Claude Richard, Danielle Maltais, Denis Bourque, Sébastien Savard et Marielle Tremblay

Jeunesse et marginalités : faut-il intervenir ?
Volume 20, numéro 1, automne 2007

URI : id.erudit.org/iderudit/016982ar
DOI : [10.7202/016982ar](https://doi.org/10.7202/016982ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN 0843-4468 (imprimé)
1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Marie-Claude Richard, Danielle Maltais, Denis Bourque, Sébastien Savard et Marielle Tremblay "La fusion des établissements de santé et de services sociaux : Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts." *Nouvelles pratiques sociales* 201 (2007): 151–164. DOI : [10.7202/016982ar](https://doi.org/10.7202/016982ar)

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2007

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]



Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

NPS

**La fusion des
établissements
de santé et de
services sociaux**
*Recension des écrits
sur ses enjeux et ses impacts*

Marie-Claude RICHARD
Faculté des sciences sociales
Université Laval

Danielle MALTAIS
Département des sciences humaines
Université du Québec à Chicoutimi

Denis BOURQUE
Département de travail social
et des sciences sociales
Université du Québec en Outaouais

Sébastien SAVARD
Département des sciences humaines
Université du Québec à Chicoutimi

Marielle TREMBLAY
Département des sciences humaines
Université du Québec à Chicoutimi



Cet article est le fruit d'une recension des écrits scientifiques et empiriques sur les répercussions des fusions d'établissements de santé et de services sociaux. La consultation des écrits permet de souligner l'absence de consensus entre les différents auteurs consultés quant à la nature des impacts des fusions d'établissements en ce qui a trait à leurs aspects cliniques, professionnels, administratifs, de gestion interne et de gouvernance. Cet article met en lumière l'importance de la problématique de la reconfiguration des services de santé et des services sociaux québécois, ainsi que la nécessité d'en approfondir les enjeux.

This article is the fruit of an inventory of the scientific and empirical writings on the consequences of fusions of health and social services establishments. The consultation of the writings makes it possible to underline the absence of a consensus between the various authors consulted as for the nature of the impacts of the fusion of establishments concerning clinical, professional, administrative, internal management and ruling aspects. This article clarifies the importance of the problems of reconfiguring the Quebec health and social services as well as the need to look further into what is at stakes for them.

INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, sanctionnée en décembre 2003, impose un mode d'organisation des services prescrivant la fusion d'établissements publics de santé de type CLSC, CHLSD et CH. Les effets locaux de cette réforme, l'une des plus imposantes du système public québécois de soins de santé et de services sociaux depuis sa création, se manifestent progressivement. Parmi les changements issus de la nouvelle législation, la création de 95 centres de santé et de services sociaux (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.

Devant les interrogations des groupes et acteurs concernés relatives aux effets locaux de cette nouvelle réforme, une équipe de chercheurs et d'intervenants a entrepris de réaliser une recension d'écrits sur le sujet. Cet article présente les faits saillants de cette revue des connaissances scienti-

fiques et empiriques sur les impacts des fusions d'établissements de santé touchant les aspects cliniques et professionnels, administratifs et de gestion interne ainsi que la gouvernance.

Il est nécessaire de souligner les quelques limites associées à la réalisation de cette recension. D'abord, le nombre restreint d'écrits québécois sur la question des fusions d'établissements nous a amenés à étendre la collecte de données aux réalités internationales, surtout américaines et britanniques. Or, malgré l'intérêt de s'y référer, leur lecture commande une certaine prudence. En effet, plusieurs des articles recensés traitent des répercussions économiques des fusions dans un contexte de marché privé ou semi-privé. Certains font également référence aux expériences hospitalières qui se distinguent de la réalité des fusions d'établissements de santé et de services sociaux québécois, qui ont procédé à la fusion de plusieurs types d'établissements. Aussi, les effets non économiques des fusions d'établissements de soins de santé et de services sociaux n'ont été l'objet que de peu d'études présentant une méthodologie de recherche rigoureuse. En réalité, des conséquences telles que l'amélioration des soins sont difficiles à quantifier et il est d'autant plus ardu de faire consensus sur les éléments à mesurer et sur les comparatifs valides.

Cet article se divise en quatre parties. Tout d'abord, la nouvelle législation à l'origine de cette recension d'écrits est brièvement présentée. S'ensuit un exposé du point de vue des experts sur les enjeux, les attentes et les appréhensions entourant les fusions, ainsi que leurs impacts sur les trois thèmes les plus fréquemment abordés par les auteurs recensés, soit les questions cliniques et professionnelles, les questions administratives et de gestion interne et les questions de gouvernance. Enfin, une brève discussion permet de conclure sur les possibilités de recherches ultérieures.

PRÉSENTATION DE LA LÉGISLATION

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

Selon les documents législatifs, cette loi « vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux » (Assemblée nationale du Québec, 2003: 3). À cette fin, elle propose la

création d'agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui auront pour mission de mettre en place, à l'intérieur de leur territoire, un modèle d'organisation de services intégrés basé sur un ou plusieurs réseaux locaux. Parmi les motifs invoqués pour réviser l'intégration des services, on retrouve ceux-ci : une offre de services continus et accessibles, une meilleure prise en charge des individus, une amélioration de la santé et du bien-être de la population, la proximité des prises de décisions de ceux qui offrent ou utilisent les services, la consolidation des partenariats, des moyens qui favorisent l'initiative et le dynamisme, la mobilisation des cliniciens dans l'organisation et la gestion des services ainsi que l'engagement et la responsabilité de chacun (MSSS, 2004). Les fusions des établissements publics, c'est-à-dire les CLSC, les CHSLD et les centres hospitaliers, constituent le mode d'organisation privilégié par le ministre afin de réaliser l'intégration des services. Ainsi, de la restructuration de l'organisation des services de santé émergera une instance locale, soit le centre de santé et de services sociaux (CLSC, CHSLD et CH) qui sera responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation des soins sur un territoire. En tant qu'établissement public de première ligne, il représentera le cœur des réseaux locaux de services (c'est-à-dire les autres acteurs de la santé) qui devront conclure des ententes de services avec lui. Le concept de responsabilité populationnelle évoqué dans la loi renvoie à l'idée que la responsabilité de la santé d'une population est confiée au réseau local de services. Ainsi, les acteurs doivent agir de concert pour déterminer les services dont la population a besoin ainsi que pour maintenir et améliorer la santé de cette population.

Afin de soutenir ce nouveau mode d'organisation des services, la «loi 83», adoptée en décembre 2005, est venue concrétiser cette Loi sur les services de santé et les services sociaux sans y apporter de modifications notables. En effet, «le projet de loi [83] prévoit l'ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences de la santé et des services sociaux et le ministre de la Santé et des Services sociaux» (Assemblée nationale du Québec, 2004: 2). Ainsi, les instances locales devront définir un projet clinique et organisationnel pour le territoire desservi tandis que les agences agiront comme coordonnatrices du financement, de l'allocation des ressources humaines et des services spécialisés. Selon ses concepteurs, la «loi 83» constitue une mise à jour du cadre législatif en santé et services sociaux («loi 25») par le biais de mesures visant à clarifier les responsabilités des établissements, des agences et du ministre, à mieux garantir la qualité des services et à favoriser une meilleure circulation de l'information nécessaire à la prestation des soins et services. La «loi 83» vient donc en quelque sorte opérationnaliser les orientations stratégiques de la «loi 25». Par ailleurs, elle va jusqu'à prévoir la possibilité du transfert des

responsabilités de l'agence régionale 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).

Avec l'application de ces lois, l'organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux compte désormais trois acteurs majeurs : l'instance locale, les agences régionales et le Ministère. 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 puisqu'il est responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation des services 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). 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 régionales 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).

RÉSULTATS DE LA RECENSION DES ÉCRITS

Méthodologie de la recension des écrits

Plusieurs banques de données ont été consultées pour trouver des textes sur les enjeux, les attentes et les appréhensions des gestionnaires et des intervenants reliés aux fusions des établissements de la santé et des services sociaux et à leurs impacts. Les principales banques de données consultées sont : *Medline*, *Repère*, *Francis*, *ABI Inform*, *SantéCom*, *Current Contents*, *Réflexes*, etc. Les mots clés utilisés pour la recherche de textes pertinents ont été : *mergers*, fusions, services de santé, *health services*, services sociaux, *social services*, intégration, *consolidation*, organisation des services, *service organization*. Tous les textes abordant les thématiques des fusions d'établissements de santé et de services sociaux et de leurs impacts qui s'appuyaient sur des études empiriques réalisées auprès de gestionnaires ou d'intervenants ont été retenus. Par la suite, la bibliographie de chacun de ces textes

a été consultée et toute référence qui semblait pertinente a été explorée. Les monographies ou articles présentant les commentaires et les réflexions d'experts à la suite de leur participation à des fusions ont aussi été retenus. Chaque texte a fait l'objet d'une analyse de contenu en fonction de ses propres thèmes et sous-thèmes.

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

Selon Kassirer (1996), le principal enjeu des fusions d'établissements est l'optimisation des soins et des services. À la lecture des objectifs poursuivis par les « lois 25 et 83 », il est possible de supposer qu'il constitue également l'enjeu central de la réorganisation actuelle des services. Les auteurs consultés 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 administrateurs, une panacée permettant de gérer les pressions engendrées par les nombreux changements en matière de santé et de services sociaux. Dans les textes recensés, les bénéfices envisagés par les fusions d'établissements sont nombreux et l'on parle alors de l'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la coordination des soins et des services de santé (Brouselle, Denis et Langley, 1999). Plus typiquement dans les cas de fusions hospitalières, des chercheurs ont souligné que les décideurs comptent réaliser des économies d'échelle (Bazzoli *et al.*, 2004; Bojke, Gravelle et Wilkin, 2001; Denis, Lamothe et Langley, 1999; Fulop *et al.*, 2002; Markham et Lomas, 1995), favoriser l'accès et la qualité des soins (Fulop *et al.*, 2002), améliorer les réponses aux besoins de la communauté, accroître la rétention des ressources humaines et cliniques, améliorer la coordination de la recherche et de l'enseignement, promouvoir la polyvalence des soins, réduire les listes d'attente, majorer les opportunités de formation, accroître leur influence politique et amender l'utilisation des capitaux (Markham et Lomas, 1995), optimiser la distribution des ressources cliniques et la gestion des ressources humaines, éliminer le double emploi dans les services, hausser les chances de survie des établissements, renforcer les compétences et favoriser l'innovation (Alexander, Halpern et Lee, 1996).

D'autre part, 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 (Bojke, Gravelle et Wilkin, 2001), une période d'instabilité et d'augmentation des frais de fonctionnement, un manque d'accès à certains services, de l'insécurité, de l'anxiété et du stress parmi le personnel et les médecins et la perte d'autonomie des institutions individuelles (Denis, Lamothe et Langley, 1999; Markham et Lomas, 1995), un accroissement des coûts liés au transport des patients, des effets négatifs

sur le monde des affaires locales, des résistances aux changements, des pertes d'emplois et des transferts de postes, 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 et l'augmentation de la bureaucratie entraînant une diminution de la flexibilité et de la communication (Markham et Lomas, 1995) et la marchandisation des soins de santé (Sodestrom, cité dans Bégin et 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, Dupuis et Poirier, 2002).

Impacts des fusions d'établissements

Plusieurs auteurs indiquent que les décideurs et les observateurs entretiennent des attentes et prévoient des répercussions de différents ordres à l'égard des fusions. La présente section tentera de faire le point sur les impacts réels de ces réorganisations, une fois complétées. Les impacts des fusions d'établissements peuvent être regroupés dans trois catégories: les questions cliniques et professionnelles, les questions administratives et de gestion interne et les questions de gouvernance.

Les 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 dans les cas des fusions hospitalières. Tout d'abord, de nombreux auteurs considèrent que les fusions entraînent l'amélioration de la prestation des services de santé. Ces auteurs évoquent alors 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 et la solidification des structures (Briggs *et al.*, cités dans Lee et Alexander, 1999), la bonification de la perception et de la satisfaction du public à l'égard des soins (Briggs *et al.*, cités dans Lee et Alexander, 1999; Stewart *et al.*, 2002) et la personnalisation des relations patient-soignant (Stewart *et al.*, 2002). Concrètement, les fusions ont des répercussions sur la réduction de la fréquence et de l'importance des périodes de congestion (Brailer, cité dans Lynk, 1995), sur la suppression des services de santé faisant double emploi (Lee et Alexander, 1999) ainsi que des ressources en surplus (Bond et Weissman, 1997). En outre, l'abolition des frontières entre les organisations autonomes permet d'étendre la gamme des services offerts, de maîtriser l'allocation des ressources disponibles et de coordonner efficacement le travail des membres (Demers, Dupuis et

Poirier, 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. Il faut cependant souligner que ces conséquences sont surtout observables lors de fusions d'établissements de même mission, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans le contexte québécois.

Toutefois, des auteurs ont relevé la présence de 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 établissement, l'accès local à certains services et particulièrement aux services plus coûteux est limité (Denis, Lamothe et Langley, 1999; Magel, 1999) ainsi que l'accès aux services pour les gens défavorisés (Posnett, 1999). Pour d'autres auteurs, les fusions déshumanisent la prestation des soins (Benady, 2003), perturbent les services (Fulop *et al.*, 2002), compromettent le soutien à long terme des services à la communauté (Kassirer, 1996), ne permettent pas d'améliorer les pratiques (Alexander, Halpern et Lee, 1996), suscitent le mécontentement des clientèles, entraînent une détérioration des services à la population, créent de lourdes bureaucraties moins sensibles aux besoins des usagers (Markham et 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, cité 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 et 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 d'offrir de meilleurs soins aux patients, selon Posnett (1999), le degré de concentration ne peut garantir de meilleurs services. Et puis, 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, Dupuis et Poirier, 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 aussi avoir un effet nocif sur les communautés de pratique¹, particulièrement lorsque la fusion est imposée (Demers, Dupuis et Poirier, 2002).

De plus, les médecins qui offrent des services de 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 une source de tensions, parmi d'autres, pour la prestation de services de prévention et de promotion.

Les questions administratives et de gestion interne

D'un point de vue économique, les recherches révèlent qu'au moins la moitié de toutes les fusions d'établissements n'ont pas les impacts financiers envisagés (Cartwright et Hudson, cités 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). 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. 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 termes de qualité des services (Fournier, 2002; Lee et Alexander, 1999; Wooley, 1989). Enfin, selon Kanter (cité dans Hackett,

1. Les communautés de pratique désignent des groupes de personnes qui s'enseignent mutuellement à accomplir leur travail, en mobilisant les connaissances pertinentes (DEMERS, DUPUIS et POIRIER, 2002).

1996), les organisations doivent développer des processus de gestion qui stimulent l'engagement, la coopération et le consensus à travers la nouvelle organisation fusionnée au lieu de créer une rivalité interne majeure.

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 des 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 par rapport aux débouchés des fusions, est responsable du tiers à la moitié des échecs des fusions (Davy *et al.*, cités dans Dackert *et al.*, 2003). 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 et Poirier, 2002). À ce sujet, certains auteurs (Denis, Lamothe et Langley, 1999; Fournier, 2002) conviennent que les fusions d'établissements portent préjudice 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 bureaucratiation. 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 et Schweitzer, cités dans Terry, Carey et 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. Le stress engendré par une fusion peut aussi avoir 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). L'implantation du concept de fusion peut également se heurter à la différenciation des pratiques professionnelles et à l'émergence de sous-cultures opposant les valeurs des professionnels qui y adhèrent (Bégin et Labelle, 1990).

Les questions de gouvernance

En raison de l'incompatibilité des cultures organisationnelles et de l'élimination de services, les fusions mettent à rude épreuve les relations entre les médecins et la communauté (Greene, cité dans Lee et Alexander, 1999) ainsi que certaines collaborations entre les organismes et avec les partenaires du milieu (Fournier, 2002; Lagacé, 2004). En contrepartie, 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 et Labelle, 1990).

Au regard des impacts des fusions sur la participation citoyenne et sur la répartition du pouvoir, Benady (2003) soutient que les fusions d'établissements de santé favorisent l'accroissement du pouvoir des hôpitaux, tandis que selon l'expérience de Beauchamp (cité dans Fournier, 2002), elles sont susceptibles de renforcer l'emprise d'une population locale sur les services offerts par des établissements aux vocations complémentaires. En ce sens, les données recueillies par le collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne (Pineault *et al.*, 2005) indiquent qu'il est nécessaire de dépasser l'implantation d'un cadre unique d'intégration des services. Dans cette perspective, une grande latitude doit être octroyée aux acteurs locaux et régionaux quant à l'implantation des projets de fusions. Enfin, des auteurs questionnent le rôle de l'État dans le processus d'intégration des soins (Mur-Veeman, van Raak et Paulus, 1999). Car, bien qu'en principe l'État soit appelé à jouer un rôle de facilitateur social, le gouvernement semble incapable de stimuler adéquatement l'établissement de structures de soins intégrés, parce qu'il se bornerait à les promouvoir ou à les inhiber.

CONCLUSION

L'ensemble des auteurs recensés est divisé quant à la nature des répercussions des fusions d'établissements de santé, tant sur le plan de la qualité et de l'accessibilité des soins et des services, qu'aux plans économique et humain. C'est ainsi que certains écrits soulignent l'amélioration de la prestation des soins dans les établissements de même mission, alors que d'autres dénoncent la restriction de l'accessibilité et l'augmentation des coûts qu'entraînent les fusions. D'ailleurs, les données semblent démontrer que certains bénéfices obtenus ne sont pas exclusifs à ce mode d'organisation et comportent des revers. En ce sens, plusieurs chercheurs mettent en relief les effets délétères des fusions sur le fonctionnement interne des organisations.

Devant ces constats, il semble avantageux de documenter de façon rigoureuse les impacts des fusions des établissements, qu'elles soient volontaires ou non, auprès de tous les acteurs concernés. Ainsi, il semble pertinent d'interroger les gestionnaires, les intervenants, les organismes communautaires et la population, non seulement sur les aspects économiques des fusions, mais également sur ses répercussions de nature qualitative. Par exemple, il serait approprié d'évaluer l'implication des membres du personnel comme partenaire à part entière dans le processus de fusion et d'établir les répercussions de la fusion sur leur pratique professionnelle et sur la qualité de leur prestation de services à la population. De plus, il serait utile de documenter les incidences des fusions sur les pratiques de collaboration des différents CSSS avec les organismes communautaires et d'économie sociale. En terminant, la reconfiguration des services de santé et des services sociaux 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 à long terme.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER, Jeffrey A., HALPERN, Michael T., et Shoou-Yih D. LEE (1996). « The Short-Term Effects of Merger on Hospital Operations », *Health Services Research*, vol. 30, n° 6, 827-847.
- 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*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC (2003). *Projet de loi n° 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- BAZZOLI, Gloria J., DYNAN, Linda, BURNS, Lawton R., et Clarence YAP (2004). « Two Decades of Organisational Change in Health Care: What Have We Learned? », *Medical Care Research and Review*, vol. 61, n° 3, 247-331.
- BÉGIN, Clermont et Bernard LABELLE (1990). *L'intégration verticale des services de santé au Québec: le cas des centres de santé*, Sainte-Foy, Université Laval, Faculté des sciences de l'administration.
- BENADY, Susannah (2003). « Quebec's Health Restructuring Has Doctors Feeling Left Out », *Medical Post*, vol. 39, n° 46, 5.
- BOJKE, Chris, GRAVELLE, Hugh, et David WILKIN (2001). « Is Bigger Better for Primary Care Groups and Trusts? », *British Medical Journal*, vol. 322, n° 7286, 599-602.
- BOND, Peter et Ruben WEISSMAN (1997). « The Costs of Mergers and Acquisitions in the U.S. Health Care Sector », *International Journal of Health Services*, vol. 27, n° 1, 77-87.

- BROUSSELLE, Astrid, DENIS, Jean-Louis et Ann LANGLEY (1999). *Que savons-nous des fusions d'hôpitaux?*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- BULLETIN ON EFFECTIVENESS OF HEALTH SERVICE INTERVENTIONS FOR DECISION MAKERS (1996). «Hospital Volume and Health Care Outcomes, Costs and Patient Access», *Effective Health Care*, vol. 2, n° 8, 1-16.
- DACKERT, Ingrid, JACKSON, Paul R., BRENNER, Sten-Olof, et Curt R. JOHANSSON (2003). «Eliciting and Analysing Employees' Expectations of a Merger», *Human Relations*, vol. 56, n° 6, 705-725.
- DEMERS, Louis, DUPUIS, Alain, et Mario POIRIER (2002). «L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements?», *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 2, 74-92.
- DENIS, Jean-Louis, LAMOTHE, Lise, et Ann LANGLEY (1999). «The Struggle to Implement Teaching-Hospital Mergers», *Canadian Public Administration/ Administration publique du Canada*, vol. 42, n° 3, 285-311.
- 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, FCRSS – CHSRF.
- FOURNIER, Jacques (2002). «Dossier sur les fusions CLSC-CHSLD: Pensons-y avant!», *Interaction communautaire*, n° 59, 22-28.
- FULOP, Naomi, PROTOPSALTIS, Gerasimos, HUTCHINGS, Andrew, KING, Annette, ALLEN, Pauline, NORMAND, Charles, et Rhiannon WALTERS (2002). «Process and Impact of Mergers of NHS Trusts: Multicentre Case Study and Management Cost Analysis», *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7358, 246.
- HACKETT, Mark C. (1996). «Are There Alternatives to Merger?», *Health Manpower Management*, vol. 22, n° 5, 5-14.
- HAIGH, Duncan 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*, vol. 11, nos 4/5/6, 589-595.
- KASSIRER, Jerome P. (1996). «Mergers and Acquisitions – Who Benefits? Who Loses?», *The New England Journal of Medicine*, vol. 334, n° 11, 722-723.
- KAYE, G. H. (1989). «Multis, Mergers, Acquisitions and the Healthcare Provider», *Nursing Management*, vol. 20, n° 4, 54-62.
- LAGACÉ, Gaston (2004). «Cas vécu: les effets néfastes des fusions. Les fusions, c'est aussi ça la vie...», *Interaction communautaire*, n° 66, 10.
- LEE, Shou-Yih D. et Jeffrey. A. ALEXANDER (1999). «Consequences of Organisational Change in U.S. Hospitals», *Medical Care Research and Review*, vol. 56, n° 3, 227-276.
- LYNK, William J. (1995). «The Creation of Economic Efficiencies in Hospital Mergers», *Journal of Health Economics*, vol. 14, n° 5, 507-530.
- MAGEL, Judith S. (1999). «Consolidation in the Health Care Sector», *Journal of Health Care Finance*, vol. 25, n° 3, 22-28.

- MARKHAM, Barbara et Jonathan LOMAS (1995). « Review of the Multi-Hospital Arrangements Literature : Benefits, Disadvantages and Lessons for Implementation », *Healthcare Management*, vol. 8, n° 3, 24-35.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Communiqués du ministre*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction des communications.
- MUR-VEEMAN, Ingrid, VAN RAAK, Arno, et Aggie PAULUS (1999). « Integrated Care : The Impact of Governmental Behaviour on Collaborative Networks », *Health Policy*, vol. 49, n° 3, 149-159.
- PINEAULT, Raynald, TOUSIGNANT, Pierre, ROBERGE, Danièle, LAMARCHE, Paul, REINHARZ, Daniel, LAROUCHE, Danielle, BEAULNE, Ginette et Dominique LESAGE (2005). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport détaillé*, Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- POSNETT, John (1999). « Is Bigger Better ? Concentration in the Provision of Secondary Care », *British Medical Journal*, vol. 319, n° 7216, 1063-1065.
- RICHARD, Lucie, D'AMOUR, Danielle, LABADIE, Jean-François, BRODEUR, Jean-Marc, PINEAULT, Raynald, SÉGUIN, Louise et Robert LATOUR (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.
- SHELDON, Trevor et Alan MAYNARD (1999). « Politicians May not Have Same Goals as Clinicians with Regard to Mergers », *British Medical Journal*, vol. 318, n° 7200, 1762.
- STEWART, Moira, ELLETT, Frances, GOLDING, Sandra, HOCH, Jeffrey, HURAS, Paul, MCSHERRY, James, MCWHINNEY, Ian, MCWILLIAM, Carol, POLLETT, Graham, SANGSTER, John et Evelyn Vingilis (2002). *Évaluation d'une organisation d'intégration des services médicaux dans les soins à domicile*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- TERRY, Deborah J., CAREY, Craig J., et Victor J. CALLAN (2001). « Employee Adjustment to an Organizational Merger : An Intergroup Perspective », *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 27, n° 3, 267-280.
- WOOLEY, J. Michael (1989). « The Competitive Effects of Horizontal Mergers in the Hospital Industry », *Journal of Health Economics*, vol. 8, n° 3, 271-291.