



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-020P

Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années?

RAPPORT

Établi par

Dr Françoise LALANDE, Claire SCOTTON
Pierre-Yves BOCQUET, Jean-Louis BONNET
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mars 2012 -

--	--	--	--	--	--

Synthèse

- [1] Dans le cadre de son programme de travail, l'IGAS a réalisé une mission sur le bilan des fusions hospitalières impliquant des établissements publics de santé (EPS) ayant une activité de court-séjour : médecine, chirurgie et/ou obstétrique (MCO). La mission s'est fondée sur l'exploitation des rapports récents de l'IGAS, sur la littérature française et internationale et sur des entretiens au niveau national et dans trois régions (Ile-de-France, Rhône-Alpes et Champagne-Ardenne).

1. LE CONTEXTE GENERAL DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES

- [2] Une fusion se définit comme la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes. Avec les fermetures ou les conversions de services, les regroupements d'entités sur site unique, les coopérations entre établissements, les fusions participent du vaste mouvement de restructurations hospitalières par lequel les établissements de santé s'adaptent aux évolutions de leur environnement, et notamment à la demande qui leur est faite aujourd'hui d'améliorer leur efficacité tout en participant à la réduction de la part des hospitalisations complètes dans l'organisation du système de santé.
- [3] A cet objectif général s'ajoutent par ailleurs, dans le court-séjour, les contraintes spécifiques qui pèsent sur les professionnels de santé et les établissements qui les emploient. Sur la période récente, ces contraintes ont surtout pesé sur la chirurgie et l'obstétrique bien davantage que sur la médecine :
- la pression de la démographie médicale des spécialistes, où se recrutent les praticiens hospitaliers, est un élément fort de restructuration de l'offre, mais elle ne joue que pour certaines disciplines et pour certaines régions ; en effet, c'est moins le nombre global de spécialistes qui pose problème que leur répartition, entre spécialités (si les effectifs globaux de chirurgiens ont augmenté ces 25 dernières années, la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL ont connu une baisse relative et la stomatologie a vu ses effectifs s'effondrer), entre modes d'exercice (en établissement public ou privé, ou en cabinet) et entre régions. Néanmoins, les régions les plus sous-dotées en médecins ne sont pas forcément celles où il y a eu le plus de restructurations (cf. Picardie ou Champagne-Ardenne) ;
 - la pression des gardes et astreintes, qui peut inciter les professionnels à se regrouper pour en réduire la charge, touche surtout l'obstétrique et la chirurgie viscérale et orthopédique ; à l'inverse (à l'exception des anesthésistes), les médecins hospitaliers spécialistes supportent peu de gardes, la permanence des soins étant surtout portée par les urgentistes pour les urgences externes et par les réanimateurs pour les malades les plus sévères en interne ; de même, les risques juridiques pèsent surtout sur les obstétriciens et les chirurgiens, ainsi que, dans une moindre mesure, sur les médecins ayant une activité interventionnelle, ce qui peut pousser ces professionnels vers les grandes structures mieux à même de les protéger ;
 - enfin, la position concurrentielle de l'hôpital public est très différente entre la chirurgie, où les cliniques dominent toujours l'offre, et exercent de ce fait une pression à la restructuration sur l'offre publique, l'obstétrique, d'où le privé a eu tendance à se retirer, et la médecine, où la concurrence du privé est faible compte tenu de la place prépondérante qu'y tient depuis longtemps le secteur public.

- [4] L'effet de ces contraintes a été amplifié par les politiques des pouvoirs publics, qui ont plutôt accentué encore les divergences entre médecine, chirurgie et obstétrique.
- [5] Dans le secteur de l'obstétrique, l'administration de la santé a poursuivi depuis plus de trente ans une politique de périnatalité très volontariste et normative, qui s'est traduite par une diminution importante du nombre de maternités, qui est passé de 1 369 sites en 1975 à 554 en 2008, et par une augmentation de la taille et du niveau de technicité des structures restantes ; les fusions d'établissements et regroupements de services ont joué un grand rôle dans ce mouvement. Dans le même temps, la mortalité néo-natale et la qualité des dépistages se sont améliorées, sans qu'on puisse affirmer qu'il s'agit là de l'effet direct de la politique poursuivie.
- [6] Dans le secteur de la chirurgie, les pouvoirs publics se sont montrés beaucoup plus ambivalents. L'effort a principalement porté sur le développement de la chirurgie ambulatoire, mais la politique des seuils, admise en obstétrique, peine à se développer, tout comme la logique de l'efficacité : les blocs opératoires restent trop éparpillés, un quart d'entre eux ont un temps d'ouverture trop faible et le nombre de sites de gardes en chirurgie est excessif, au regard du temps d'utilisation des blocs opératoires la nuit et le week-end. De plus, si le développement de la chirurgie ambulatoire est une bonne chose, notamment en raison de son impact positif sur l'organisation et les pratiques des professionnels, elle n'est pas une panacée, notamment pour les plus petits établissements confrontés à une faible activité.
- [7] En médecine enfin, qui représente pourtant la majorité des lits d'hospitalisation, le ministère n'a guère porté le discours de la restructuration, à quelques exceptions près (cancérologie). Même si les restructurations en médecine après regroupement ou fusion existent bien, elles sont rarement issues d'une volonté délibérée de la tutelle ou des directions hospitalières, mais apparaissent plutôt comme le fruit de volontés médicales locales. Cette situation est regrettable, car c'est dans les services de court séjour de médecine que les inadéquations hospitalières sont les plus importantes¹.
- [8] Ainsi, si le mouvement de restructuration paraît quasiment terminé dans le secteur de l'obstétrique, il est loin d'être achevé dans le secteur de la chirurgie, et n'en est qu'à ses balbutiements en médecine. Les évolutions nécessaires exigeront des évolutions profondes dans le fonctionnement des EPS ; dans certains cas, c'est leur existence même qui est remise en cause.

2. LES CONSTATS

- [9] Dans ce contexte, l'augmentation de la taille des structures hospitalières par le biais de fusions peut apparaître aux acteurs locaux comme un moyen adapté pour améliorer leur efficacité et leur attractivité, vis-à-vis des patients comme des professionnels de santé dont ils ont besoin pour fonctionner. En théorie en effet, un établissement de plus grande taille rend des soins de meilleure qualité, et réalise des économies d'échelle. Cet effet positif d'une augmentation de la taille est particulièrement établi pour les plus petits établissements (inférieurs à 300 lits).
- [10] Dans la réalité, si le lien entre taille de l'hôpital et qualité des soins existe bel et bien, les études montrent que celui-ci n'est pas automatique : il est spécifique à chaque acte, varie dans le temps et cesse de s'observer au-dessus d'un certain volume, au demeurant difficile à déterminer. Sur le plan financier, la fusion n'est en général pas l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers, qui supposent surtout, pour les établissements concernés, un effort de réorganisation interne pour réduire leurs dépenses. De plus, au-delà d'un certain seuil que les études disponibles situent entre 600 et 900 lits de court séjour, la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantages. L'expérience enseigne en outre que les processus de fusion sont en eux-mêmes sources de surcoûts ou de dysfonctionnements.

¹ L'enquête réalisée par SANESCO pour la DGOS en 2011 a conclu que le taux d'inadéquation dépassait 20% en médecine dans les établissements privés et publics non CHU, soit deux fois plus qu'en chirurgie ;

- [11] Cette situation n'a pas empêché une activité de fusions assez soutenue lors des quinze dernières années, dans le secteur privé comme dans le secteur public. Sur le seul périmètre des établissements publics de santé, la mission a recensé à partir des données disponibles 90 fusions depuis 1995, principalement entre deux établissements de taille petite ou moyenne : en quinze ans, ce sont ainsi 9 % des EPS qui ont fusionné entre eux. Ces opérations ne semblent pas être le fruit d'une politique nationale : certes, les fusions ont connu un pic à la fin des années 1990, c'est-à-dire à la mise en place des ARH, mais la répartition des opérations entre les régions ne semble répondre à aucune logique précise.
- [12] Les éléments disponibles tendent à montrer qu'il y a eu en proportion davantage de fusions ou de disparitions d'établissements privés de santé que de fusions ou de disparitions d'EPS : entre 2003 et 2008, le nombre de cliniques privées a baissé de plus de 8 %, et le nombre d'EPS seulement de -1,4 %. Mais les fusions privées ont été en général offensives (elles se traduisent souvent par une augmentation du nombre de lits), au contraire des fusions publiques, qui ont été essentiellement défensives (diminution du nombre de lits). De plus, de nombreuses opérations de rapprochement entre structures privées n'ont pas eu pour objet de fusionner des établissements, mais de les agréger au sein d'un groupe, un mode d'organisation auquel les EPS n'ont pas accès.
- [13] Le bilan qualitatif de ces opérations est plus malaisé à dresser. Les données font défaut, la lenteur des processus d'optimisation post-fusion² limite la capacité à mesurer son impact direct sur l'efficacité du nouvel ensemble. Il est néanmoins possible de dégager quelques enseignements des expériences observées par la mission :
- certains facteurs compromettent dès l'origine un rapprochement entre deux structures : un temps de trajet trop important entre elles, des bassins de vie trop différents, l'absence de complémentarité dans leurs activités ; les fusions entre hôpitaux de grande taille paraissent particulièrement délicates, notamment lorsque les hôpitaux sont de taille relativement équivalente ;
 - l'implication des responsables est déterminante pour assurer la conduite du projet de fusion ; l'agence régionale doit jouer son rôle de régulateur en affichant clairement ses objectifs, notamment auprès des élus et du corps médical : l'amélioration de la qualité des soins mais aussi la rationalité économique ; une fois la fusion décidée, directeurs d'établissement et représentants de la communauté médicale ont un rôle particulièrement important dans la conduite des opérations et son accompagnement auprès des personnels ; ils doivent pouvoir disposer pour ce faire d'outils spécifiques, mis à leur disposition par la tutelle ;
 - enfin, les acteurs doivent savoir saisir les « faits générateurs », i.e. les moments critiques à l'occasion desquels des décisions stratégiques doivent être prises : évolution de la concurrence locale, décision majeure d'investissement, départ d'une compétence rare, etc.
- [14] En définitive, en raison des difficultés qu'elle soulève et des risques qu'elle présente, la fusion doit demeurer une opération rare, à réserver aux cas où elle paraît effectivement indispensable : ainsi lorsque l'impact de la restructuration à conduire est tel qu'elle impose de remettre en cause l'existence même d'un établissement, dont l'activité et les moyens résiduels ont alors vocation à être agrégés dans un ensemble plus vaste, ou aux cas où le fonctionnement de plusieurs structures est à ce point intégré par la mise en commun de moyens qu'il est préférable d'en unifier complètement la gouvernance.

² 17 ans pour Eaubonne-Montmorency par exemple, 10 ans pour le centre hospitalier intercommunal des portes de l'Oise CHIPO

- [15] Elle doit de plus être replacée dans le cadre plus général de la politique des restructurations hospitalières qui, en raison de sa sensibilité et de sa complexité, justifie un investissement particulier de la part du niveau national. Sur ce plan, la situation actuelle n'est pas satisfaisante : les outils de connaissance des recompositions hospitalières mis en place à la création des ARH ont été petit à petit abandonnés, il n'existe pas au niveau central de cellule chargée de suivre et d'appuyer les opérations de restructuration, pourtant sensibles et compliquées, et l'accent est plutôt mis sur les coopérations, dont la Cour des comptes a récemment mis en exergue les nombreuses ambiguïtés³.
- [16] Au niveau régional, les fusions sont l'un des outils au service de l'objectif général d'optimisation de l'offre locale qui est assigné aux agences régionales de santé (ARS). Le rôle de l'agence dans une fusion est dès lors important, tant dans sa phase de préparation que dans sa phase de mise en œuvre : en amont, elle en doit expliciter les finalités auprès des différentes parties prenantes, notamment les élus ; en aval, elle doit apporter son soutien politique et techniques aux acteurs de la fusion, ce qui suppose notamment d'enrichir les outils d'accompagnement social à leur disposition.

3. LES PROPOSITIONS

- [17] Pour l'avenir, la mission recommande donc au ministère de clarifier son discours en direction des ARS et des acteurs de l'hospitalisation sur la nécessité et les finalités des restructurations hospitalières. Ceci passe notamment par la reconstitution de l'observatoire des recompositions hospitalières, et par la création auprès de la DGOS d'une cellule spécifiquement chargée de suivre et d'appuyer les opérations de restructuration conduites par les ARS, en liaison avec le centre national de gestion (CNG) et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Compte tenu de ses développements sur les limites de la grande taille à l'hôpital, la mission recommande également le lancement d'études sur les moyens permettant d'assouplir, voire de « déconsolider » le fonctionnement des structures hospitalières les plus importantes.
- [18] En ce qui concerne les ARS, la mission les invite à jouer pleinement leur rôle de régulateur, dans lequel elles ne peuvent être suppléées par les gestionnaires. Ni les fusions, ni les directions communes, ni les communautés hospitalières de territoire ne doivent être utilisées dans le seul but de confier aux directeurs d'hôpitaux une partie de la responsabilité des ARS en matière de restructuration de l'offre locale. En revanche, lorsqu'une fusion paraît nécessaire, la direction commune peut être recommandée pour organiser la phase de préfiguration, qu'il est par ailleurs souhaitable de mieux encadrer.
- [19] D'une manière générale, la mission préconise une plus grande professionnalisation des procédures de fusion : au-delà de la préfiguration, c'est l'opération elle-même qui doit être conduite avec méthode, dans le cadre d'un mode projet associant étroitement responsables administratifs et médicaux. Tous les enjeux de l'opération doivent être explicités, et notamment ses conséquences pour les personnels ; mais cela suppose également que les outils d'accompagnement social à la disposition des directions hospitalières soient renforcés.
- [20] Enfin, la mission formule des recommandations générales destinées à orienter la politique des pouvoirs publics en ce qui concerne les restructurations des différentes activités MCO.
- en obstétrique, l'enjeu est désormais plutôt de s'interroger sur la possibilité d'accorder des dérogations de longue durée aux maternités dont la disparition dégraderait notablement l'accès aux soins, et sur les moyens à employer pour améliorer l'organisation du pyramidage entre maternités de niveau I, II et III ;

³ Cour des Comptes, rapport 2011 sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale, chapitre « Les coopérations hospitalières ».

vention, assessment, treatment, or rehabilitation—cannot be left to beleaguered general practitioners. In the United States, drug treatment in nursing homes can be monitored through the expert support of consultant pharmacists, often contracted to support homes. Alongside pharmacists, specialist nurses and rehabilitation therapists have been put forward as able to offer a similar service in the United Kingdom, thus easing the burden placed on primary healthcare teams.¹² In addition, simple guidelines on the effective management of common conditions known to trouble older residents in nursing home are long overdue and would help nursing home staff maintain and improve health status.¹³ These kinds of recommendations were made in a recent report on prescribing practice in primary care.¹⁴

The refocusing of nursing home regulation and inspection systems to monitor more useful indicators of high quality health care in homes is another obvious pathway to improvement. The expected plans to create independent (joint health and social care) home regulation authorities may provide opportunities for this to be explored.¹⁵ Perhaps even more straightforward, developing public and professional awareness of the impact of drugs on frail older people through clear labelling and advice leaflets may reduce the morbidity associated with these agents.¹⁶

What is the road to recovery for UK nursing homes? The script has not yet been written. When it is, let us hope that it is not "too little, too late." Whatever the price of any effective remedy, the most vulnerable members of society cannot be expected to continue to bear the cost of maintaining the current laissez faire attitude to improving health care in nursing homes. The present residents of our nursing homes are the very people who fervently supported the NHS from its

cradle ... and believed it would care for them to the grave. They deserve better treatment than that currently meted out in NHS long term care.

- 1 Turrell AR, Castleden CM, Freestone B. Long stay care and the NHS: discontinuities between policy and practice. *BMJ* 1998;317:942-4.
- 2 Department of Geriatric Medicine, St George's Hospital Medical School. *Nursing home placements for older people in England and Wales. A national audit 1995-1998*. London: St George's Hospital Medical School, 1999. (Report commissioned by the NHS Clinical Audit Unit.)
- 3 Rovner BW, Edelman BA, Cox MP, Schmuely Y. The impact of antipsychotic drug regulations on psychotropic prescribing practices in nursing homes. *Am J Psychiatry* 1992;149:1390-2.
- 4 Semla TP, Palla K, Poddig B, Brauner DJ. Effect of the Omnibus Reconciliation Act 1987 on antipsychotic prescribing in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:648-52.
- 5 Avorn JL, Dreyer P, Connolly K, Soumerai SB. Use of psychoactive medication and the quality of care in rest homes. *N Engl J Med* 1989;320:227-32.
- 6 Avorn J, Soumerai SB, Everitt D, Ross-Degnan D, Beers MH, Sherman D, et al. A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *N Engl J Med* 1992;327:168-73.
- 7 Hepple J, Bowler L, Bowman CE. A survey of private nursing homes in Weston Super Mare. *Age Ageing* 1989;18:61-3.
- 8 Andrew RA. Analysis of a general practitioner's work in a private nursing home for the elderly. *J R Coll Gen Pract* 1988;38:546-8.
- 9 Division of General Practice, University of Nottingham. *The impact of nursing home patients on general practitioners' workload and prescribing costs. A report for Nottingham Health*. Nottingham: University of Nottingham, Division of General Practice, 1998.
- 10 Kavanagh S, Knapp M. The impact on general practitioners of the changing balance of care for older people living in institutions. *BMJ* 1998;317:322-7.
- 11 GPs negotiate payment for nursing home patients. *BMJ* 1996;313:1168.
- 12 Department of Health. *Review of prescribing, supply and administration of medicines*. London: Department of Health, 1999.
- 13 Turrell AR, Castleden CM. Improving the emergency medical treatment of older nursing-home residents. *Age Ageing* 1999;28:77-82.
- 14 National Prescribing Centre and the NHS Executive. *GP prescribing support. A resource document and guide for the new NHS*. Liverpool: National Prescribing Centre, 1998.
- 15 Department of Health. *Modernising health and social services: national priorities guidance 1999/00-2001/02*. London: Department of Health, 1998. (Series 13929.)
- 16 Belay ED, Bresee JS, Holman RC, Khan AS, Shahriari A, Schonberger LB. Rey's syndrome in the United States from 1981 through 1997. *N Engl J Med* 1999;340:1377-82.

The hospital of the future

Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care

John Posnett

A close observer of the NHS over the past 10 years might be forgiven for thinking that the debate about the concentration of acute hospital services has been driven more by the needs of NHS managers and the medical professions than by the needs of the local populations that they are supposed to serve. Managers have faced pressures to reduce unit costs and, in particular, the "wasteful" costs of management itself. The medical professions, through their respective royal colleges, have encouraged the closure or rationalisation of smaller units through pressures for greater specialisation.

The result has been pressure for further concentration in the provision of hospital services through rationalisation and trust mergers. The logic is inescapable: larger units reduce average costs through the operation of economies of scale and larger units improve patient outcomes by increasing average volumes of activity by clinicians. Unfortunately, this logic is not supported by the evidence.

Summary points

NHS managers have been subject in recent years to considerable pressure to increase concentration and trust mergers

This pressure has been justified by a belief that larger hospitals lead to lower average costs and better clinical outcomes

Evidence from research does not support any general presumption that larger hospitals benefit from economies of scale or that service concentration leads to improved outcomes for patients

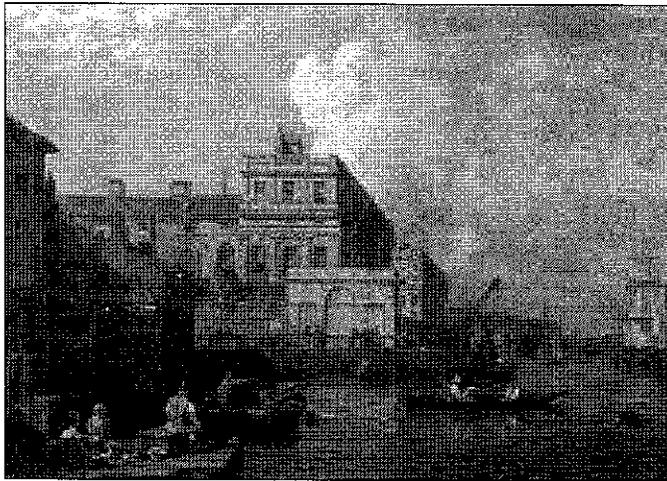
Service planners would do well to give more prominence to the importance of ensuring that hospital services are local and easily accessible

This is the third in a series of seven articles

York Health Economics Consortium, University of York, York YO1 5DD
John Posnett
director

yhec@york.ac.uk

BMJ 1999;319:1063-5



Greenwich Hospital from the Thames, circa 1840

Optimal hospital size

Even the most committed believers accept that there is a limit to the operation of economies of scale. Otherwise, the most efficient solution would be to concentrate all acute hospital services for the United Kingdom at a new mega-hospital somewhere around Leeds.

The empirical literature on economies of scale is extensive, reflecting different methods and covering many different countries. Despite this diversity, the results are remarkably consistent:

- Economies of scale are evident only for small hospitals (less than 200 beds)
- The optimal size for acute hospitals ranges from 200 to 400 beds (table 1 shows the distribution of English acute hospitals by size)
- Above 400-600 beds, average costs increase.

Despite the evidence, the belief in the power of concentration as a force for improvements in efficiency remains strong. It is important to try to understand this act of faith by considering some of the arguments.

Empirical evidence is not relevant

Empirical evidence is not relevant because it relates to hospitals with a single site and is not directly relevant to the merger of separate trusts. This is true. The evidence shows that two small single site hospitals (of 400 beds) will be more efficient than one large single site hospital (of 800 beds). In view of this evidence, however, how confident can we be that the creation of a multisite hospital trust with 800 beds will be more efficient than two separate single site hospital trusts of 400 beds each?

An analysis of mergers of hospitals in the United States offers no support for the hypothesis that costs

are lower in multihospital systems or that mergers lead to reduced costs through efficiency gains.^{1,2} The results of empirical studies remain unconvincing, implying that the predicted efficiency gains of mergers do not always materialise and that unexpected costs often arise.²

Mergers of hospital trusts must reduce management costs

Trust mergers will reduce management costs by eliminating the costs associated with one of the trust boards. This is also true, but irrelevant. The relevant questions to ask are, firstly, what will be the impact on overall management costs resulting from the merger, and secondly, what will be the impact on the total costs of providing health care?

The empirical evidence shows that total costs will either increase or remain unchanged, depending on the size of the new organisation. The impact on overall management costs is uncertain, but one of the sources of diseconomies of scale observed in the literature is the additional cost associated with managing a larger organisation. If the additional costs of managing more than one site are added, management costs will not be reduced.

Mergers of hospital trusts will eliminate excess capacity and duplication

If total capacity is reduced as a result of mergers, total costs may indeed be reduced. Unfortunately, this is nothing to do with economies of scale but simply with eliminating duplication and excess capacity. The extent to which mergers are necessary for this to happen is a moot point.

Hospital organisation

The evidence on economies of scale is consistent with general hospitals of 200-400 beds, much as in the traditional model of the district general hospital. However, the royal colleges and others have argued for greater concentration of secondary services on the basis that clinical outcomes for patients are better in larger units. This may be true, but here also the evidence is lacking.³

The literature shows quite conclusively that there can be no general presumption that larger units produce better outcomes for patients. The evidence of a positive relation between volume and outcome for a small number of defined procedures is reliable, but these effects operate at comparatively low levels of activity, certainly not large enough to justify notable concentration (table 2).

The reluctance among many professionals to accept this conclusion is understandable. The literature in this area is extensive, and most published papers report a positive association between the volume of activity of hospitals or clinicians and patient outcomes. However, this is misleading. Much of the published evidence is unreliable.^{4,5} Most studies adjust inadequately for differences in case mix and prognosis between centres. If smaller centres attract a higher proportion of urgent or emergency cases, observed differences in outcome may be confounded by differences in severity. This is illustrated in the United Kingdom in studies of adult intensive care. Higher mortality found in smaller

Table 1 Distribution of English acute hospitals by size²

No of beds	No of hospitals	Share of total hospitals (%)	Share of total beds (%)
<200	149	36	10
200-400	106	26	23
>400	154	38	68

Table 2 Volume thresholds from best quality studies and current activity in NHS trusts*

Procedure (OPCS code)	Annual hospital volume threshold	Annual doctor volume threshold	% (No) of trusts in England below hospital volume threshold	% (No) of procedures in England carried out in trusts with below hospital volume threshold
Coronary artery bypass graft surgery (K40-44)	200	—	20 (7)	<1 (8)
Percutaneous transluminal angioplasty (K49)	400	50	71 (30)	41 (4 357)
Cholecystectomy (J18)	188	—	56 (125)	37 (13 635)
Breast cancer surgery (B27-28, B29-37; ICD9 code 174)	—	29	12 (28)	1 (264)

Since trusts may contain more than one hospital, procedures may be carried out on more than one site by several doctors, and doctors may work in more than one trust. Based only on studies that provide discrete thresholds.

intensive care units using unadjusted data is no longer significant after adjustment for severity (using APACHE II, the acute physiological and chronic health evaluation II scale) because the average severity is higher in smaller units.⁵ The same is true in studies of coronary artery bypass graft surgery.⁷

The process by which outcomes are determined is poorly understood. The current preoccupation with the experience of clinicians (proxied by volume of activity) may prove to be misguided. Equal importance needs to be given to understanding the impact of differences in the availability of support services (such as imaging or intensive care), in the skills and training of individual clinicians, in the quality of medical or surgical support teams, and in the extent of cooperation between clinicians and between clinicians and hospital managers.

No degree of concentration can guarantee better or more efficient services unless hospitals are managed in such a way that the importance of cost effectiveness, agreed protocols for treatment and diagnosis, and open audit of clinical outcomes are accepted as part of the culture.

Patient access

Even if a case could be proved on grounds of clinical quality, the indirect cost of concentration in terms of patient access should not be ignored. Patients are assumed not to be deterred from seeking health care by reduced access. The evidence shows that this is largely true.⁸

Evidence of the effects of distance on use of acute services or on health outcomes is not consistent with a large deterrent effect except in particular circumstances. However, there is evidence of distance decay (reduced use with increased distance) for consultations with general practitioners, for self referral to accident and emergency departments, and for attendance at screening for breast and cervical cancer.

This evidence shows that, with the exception of diagnostic or screening services, decreased access is associated with a shift in costs from the NHS to patients rather than with a reduction in use. This effect is unlikely to be uniform across different sections of the population, and the evidence is consistent with large deterrent effects for particular groups, such as those with low personal mobility or those in particular socio-economic groups.⁹

Is bigger better?

On the basis of available research evidence, bigger is not better: at present there is no reason to believe that

further concentration in the provision of hospitals will lead to any automatic gains in efficiency or patient outcomes. Maybe the research base is inadequate, but the onus is on those who advocate the benefits of concentration to prove their case.

In the future, as general practitioners (through primary care groups) assume an increasingly influential role in planning the provision of health services, the perceived benefits of accessible local services may begin to turn the tide of professional opinion.

1. Aletas V, Jones A, Sheldon TA. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J, eds. *Concentration and choice in healthcare*. London: Financial Times Healthcare, 1997:23-26.
2. Howland G, ed. *HSM health and social services yearbook 1996/97*. London: Institute of Health Services Management (Section 14), 1997.
3. Goddard M, Ferguson B. *Mergers in the NHS: made in heaven or marriages of convenience?* Leeds: Nuffield Trust, 1997. (Nuffield occasional papers, health economics series: Paper No 1.)
4. Effective Health Care Bulletin. *Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access*. Leeds: Nuffield Institute for Health, University of Leeds, and NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 1996.
5. Sowden A, Watt I, Sheldon TA. Volume of activity and healthcare quality: is there a link? In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J, eds. *Concentration and choice in healthcare*. London: Financial Times Healthcare, 1997:9-22.
6. Jones J, Rowan K. Is there a relationship between the volume of work carried out in intensive care and its outcome? *Int J Technol Assess Health Care* 1995;11:762-9.
7. Sowden A, Deeks JJ, Sheldon TA. Volume and outcome in coronary artery bypass graft surgery: true association or artefact? *BMJ* 1995;311:151-5.
8. Carr-Hill R, Place M, Posnett J. Access and the utilisation of healthcare services. In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J, eds. *Concentration and choice in healthcare*. London: Financial Times Healthcare, 1997:37-49.
9. Bentham G, Hinton J, Haynes R, Lovett A, Bestwick C. Factors affecting non-response to cervical cytology screening in Norfolk, England. *Soc Sci Med* 1995;40:131-5.

Endpiece

Mozart on death

As death, strictly speaking, is the goal of our lives, I have for some years past been making myself so familiar with this truest and best friend of man that its aspect has not only ceased to appal me, but I find it very soothing and comforting! And I thank my God that he has vouchsafed me the happiness of an opportunity (you will understand me) to recognise it as the key to our true bliss. I never lie down to sleep without reflecting that (young as I am) [he was 31] I may perhaps not see another day—yet none of those who know me can say I am morose or melancholy in society—and I thank my Creator every day for this happiness and wish from the bottom of my heart that all my fellow men might share it.

W A Mozart, writing to his father in April 1787

CHSRF

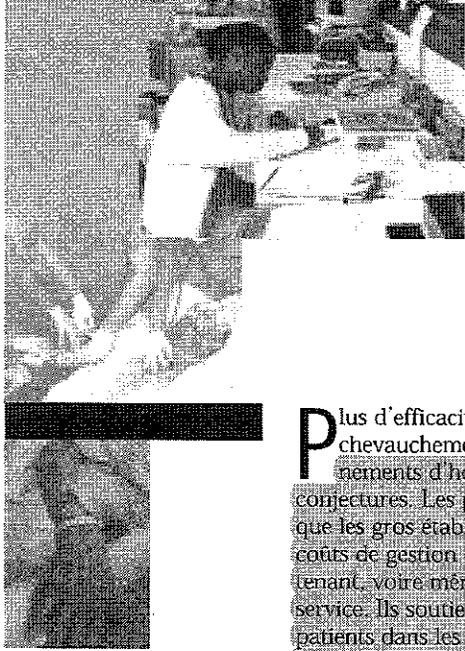
FCRSS

Canadian Health Services Research Foundation
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

...pour que la recherche porte ses fruits

À bas les mythes

Une série d'analyses présentant les résultats de la recherche qui alimentent le débat sur les soins de santé au Canada



Mythe : Fusionnements d'hôpitaux : plus c'est gros, mieux ça vaut.

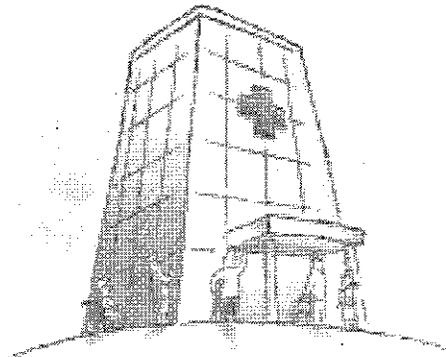
Plus d'efficacité. Plus de sécurité et moins de chevauchements. Les avantages des fusionnements d'hôpitaux font l'objet de nombreuses conjectures. Les partisans de ces fusions affirment que les gros établissements peuvent réduire les coûts de gestion et d'administration tout en maintenant, voire même en augmentant, les niveaux de service. Ils soutiennent aussi que les résultats des patients dans les grands hôpitaux sont meilleurs et que les hôpitaux fusionnés sont mieux équipés pour attirer et garder du personnel.

Pour réaliser ces objectifs, les gouvernements et les autorités de la santé de Victoria à St. John's ont procédé à des regroupement d'hôpitaux. Entre 1990 et 1999 — sommet de la « folie des fusions » — le nombre d'hôpitaux canadiens a chuté de 1 231 à 929, ce qui représente une baisse de près de 25 pour centⁱ (bien que les fusions n'aient certainement pas été les seuls facteurs qui ont contribué au changement). Ce besoin de fusionner n'est pas seulement un phénomène canadien; en effet, au Royaume-Uni, quelque 99 fusions de groupe ont été opérées depuis 1997, dont 14 dans la seule ville de Londres.ⁱⁱ

Pendant, la popularité des fusions ne signifie pas que la recherche en consacre le principe. S'il est établi que la fusion de petits établissements se traduit parfois par un accroissement d'efficacité, la recherche révèle que c'est plus difficile avec les grandes installations.ⁱⁱⁱ Il n'a pas été prouvé non plus que les patients jouissent d'un surplus de sécurité et les fusionnements peuvent avoir des conséquences aussi étonnantes qu'inattendues sur le moral du personnel.

L'argent

Au Canada, les données probantes qui démontrent que les fusions sont une source d'économies ont un caractère largement anecdotique et inconcluant. Un rapport laisse entendre, par exemple, que les



hôpitaux canadiens économiseraient 4 pour cent sur les coûts de fonctionnement grâce aux fusions, mais n'en donne aucune preuve.^{iv} À Victoria (C.-B.), les gestionnaires ont signalé une forte baisse dans leurs exigences de dotation par suite de l'analgème, mais sans comparaison avec les hôpitaux semblables qui n'ont pas fusionné, il est difficile de savoir si cela se serait produit quand même.^v

Dans d'autres cas, la documentation sur le sujet est partagée. Si on attribue au fusionnement des hôpitaux ontarien Chedoke-McMaster en 1979 des économies d'environ un million de dollars en coûts de fonctionnement,^{vi} le cas de l'hôpital général St. Joseph et de l'hôpital civique de Peterborough ne montre hypocritement ni économies ni pertes.^{vii}

Certaines recherches ont révélé qu'il existe, en fait, une taille optimale pour un hôpital et ce n'est pas la pointe géante. Des études effectuées dans de nombreux pays ont montré que la taille idéale pour les hôpitaux de soins actifs se situe entre 200 et 400 lits — au-dessus de cela, les coûts de gestion et d'administration tendent à augmenter.^{viii} D'autre part, des études américaines ont révélé que les méga-fusions peuvent entraîner un accroissement des coûts. Et au Royaume-Uni, une étude sur la récente fusion d'un groupe de quatre services de santé nationaux a conclu que, deux ans après l'événement, les nouveaux établissements n'avaient pas réalisé les économies prévues sur les coûts de gestion.^{ix}

www.fcrrs.ca

11, avenue Holland
bureau 301
Ottawa Canada
K1Y 4S1
(613) 728-2238



Dans les faits

Bien qu'au Canada les fusions aient été principalement le fruit de la crise financière des années 1990, leurs promoteurs affirmaient qu'ils étaient également bénéfiques pour les patients et le personnel. Mais selon les recherches, ce n'est pas le cas.

Peu d'études empiriques ont été faites sur l'effet des fusions sur la qualité du service. Cependant, certaines recherches laissent entendre que les bureaucraties lourdes créent certains inconvénients, comme une moins bonne réceptivité aux besoins du patient.^{vii} D'autres études ont démontré que les fusions peuvent même perturber les services et concentrer plus d'attention que prévu sur la gestion au cours de la transition, affectant les soins aux patients.ⁱⁱ De plus, une étude a montré que les personnes ayant un faible revenu sont moins enclines à faire de grandes distances pour obtenir certains types de soins.ⁱⁱⁱ

Nous savons qu'il existe un lien positif entre le volume et la qualité dans certaines unités spécialisées,^x et que d'affecter un groupe de chirurgiens aux interventions compliquées peut diminuer les complications.^x Cependant, ces facteurs n'appuient pas l'argument général selon lequel les grands établissements produisent de meilleurs résultats pour les patients et si certains documents de recherche semblent montrer ce lien, souvent ils ne s'ajustent pas suffisamment aux différences existant dans les groupes de patients traités ni à la gravité de leur maladie.ⁱⁱⁱ Ailleurs, les perceptions à l'égard des améliorations sont présentées en termes très généraux et les méthodes d'évaluation sont faibles ou inexistantes.^{viii}

La recherche n'appuie ni ne réfute la thèse selon laquelle les fusionnements sont suivis d'une meilleure utilisation des ressources humaines dans les établissements de santé. Aucune preuve empirique n'a été avancée pour permettre de conclure que les fusions améliorent le recrutement et le maintien des pourvoyeurs de santé ou du personnel de gestion.ⁱⁱ Certains chercheurs soulignent même que le caractère impersonnel des gros établissements peut, au contraire, mener à un plus grand renouvellement du personnel^{xii} et, dans certains cas, les gestionnaires ont changé d'emploi pour s'épargner les perturbations organisationnelles.ⁱⁱ Une étude laisse entendre que l'expérience formatrice dans les hôpitaux d'enseignement peut être diluée à cause de la nécessité de se déplacer d'un établissement à l'autre, et que la planification du programme de formation est plus compliquée.^{xiii}

Par ailleurs, les changements occasionnés par les fusionnements peuvent avoir un effet désastreux sur le moral du personnel, ce qui, par contre-coup, peut affecter la qualité des soins. Une étude sur les effets de la restructuration dans un grand hôpital canadien a révélé que l'entrée en vigueur des changements a été suivie d'une forte baisse dans le moral des troupes et sa confiance dans l'établissement.^{xiv}

Il y a aussi le défi de gérer un changement de culture massif. Beaucoup d'hôpitaux canadiens qui ont été fusionnés avaient plus d'un siècle d'existence et une culture profondément ancrée. Quand il y a fusion, la culture ancienne doit nécessairement s'effacer pour faire place à une nouvelle culture; processus long, délicat et difficile, mais nécessaire pour le succès de l'hôpital et le rendement de son personnel.^{xv}

Une fièvre à calmer

Malgré la force de l'attrait du principe « plus c'est gros, mieux ça vaut » pour les fusionnements d'hôpitaux, il est clair que les preuves empiriques appuyant ce principe sont faibles et que le potentiel de résultats négatifs est important. En regard de la faiblesse des fondements sur lesquels elle s'appuie, la fièvre des fusions est un ahurissant phénomène d'emballement et ceux qui l'encouragent devraient être sommés de démontrer le bien-fondé de leur cause.

- i Association canadienne des soins de santé. 2002. "Guide to Canadian Healthcare Facilities, 2001-2002." Vol. 9.
- ii Fulop N et al. 2002. "The process and impact of NHS trust mergers: a multi-centre organisational study and management cost analysis." *British Medical Journal*; 325: 246.
- iii Posnett J. 1999. "Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care." *British Medical Journal*; 319: 1063-1065.
- iv Bain W. 1987. "Why hospitals choose the merger route." *Health Care*; Feb.: 48-49.
- v Curt J et Ritter. 1986. "The Amalgamation Hospitals in Victoria, British Columbia: A Historical Perspective." (Non-publié).
- vi Zalot GN and E Jodoin. 1992. "Multi-Hospital Arrangements: Review of the Literature." Font Hill, Ontario, Niagara District Health Council.
- vii Doiron LB. 1985. "Is one hospital better than two?" *Hospital Trustee*; July/Aug.: 21-22.
- viii Markham B et J Lomas. 1995. "Review of the Multi-Hospital Arrangements Literature: Benefits, Disadvantages et Lessons for Implementation." *Healthcare Management Forum*; 8(3): 24-35.
- ix Triford JM et al. 2000. "Volume-Outcome Relationships in Pediatric Intensive Care Units." *Pediatrics*; 106 (2): 292.
- x Luft HS et al. 1979. "Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume et mortality." *New England Journal of Medicine*; 301(25): 1364-9.
- xi Fried B and S Gelmon. 1987. "Multi-institutional arrangements: the Canadian experience." *Dimensions in Health Service*; 64(2): 14-19.
- xii Coyne JS et LC Young. 1983. "Multi-hospital bed transfers: a strategic approach for multi-institutional planners and managers." *Health Care Management Review*; 8: 25-37.
- xiii Gelmon S et JT Marotta. 1986. "Hospital merger: the Toronto experience." *Healthcare Management Forum*; 7(2): 24-35.
- xiv Woodward C et al. 1999. "The Impact of Re-Engineering et Other Cost Reduction Strategies on the Staff of a Large Teaching Hospital: a Longitudinal Study." *Medical Care*; 37(6): 556-569.
- xv "The Merger Decade: What have we learned from Canadian health-care mergers in the 1990s?" A Report on the Conference on Health Care Mergers in Canada, organized by the Ottawa Hospital and the Association of Canadian Teaching Les hôpitaux, Ottawa, March 2000.

À bas les mythes est préparé par le personnel du Transfert de connaissances de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé et publié uniquement après avoir été revu par un spécialiste sur le sujet.
© FCRSS 2002