

**MÉMOIRE À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
SUR LE PROJET DE LOI 10**

**DÉPOSÉ PAR
LE DÉPARTEMENT D'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ**

ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

12 novembre 2014

LE DÉPARTEMENT D'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ DE L'ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le département d'administration de la santé a été fondé en 1956, d'abord sous l'appellation d'Institut supérieur d'administration hospitalière puis comme département d'administration de la santé depuis 1969. Il constitue un centre interdisciplinaire d'excellence et un lieu d'intégration des compétences en management de la santé. Sa mission consiste à :

- 1) Former des gestionnaires compétents, soucieux de contribuer à la performance de leur organisation dans un environnement dynamique et complexe, et de promouvoir et améliorer la santé et le bien-être des individus et des populations;
- 2) Former des chercheurs, analystes et conseillers capables de contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement et de la performance des services, organisations et systèmes de santé ainsi qu'au développement d'interventions et de politiques efficaces et efficientes;
- 3) Produire des connaissances en management de la santé à travers la recherche collaborative;
- 4) Intervenir de façon critique dans les débats publics sur le système de santé au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde; et
- 5) Agir en tant que leader dans le transfert de connaissances innovantes en matière de services, organisations, politiques et systèmes de santé à l'échelle nationale et internationale.

Ses activités de recherche et de formation sont reconnues internationalement et se regroupent autour de trois grands domaines : le management de la santé, l'analyse des organisations, politiques et systèmes de santé, et l'évaluation des interventions en santé. Exclusivement de 2^e et 3^e cycle, ses programmes de formation sont directement en lien avec ces domaines d'expertise.

La qualité de son programme de maîtrise en administration de la santé, option gestion du système de santé, est reconnue depuis 1967 par le *Council of Accreditation of Health Management Education* (CAHME). Il est l'un des trois programmes canadiens agréés, et le seul programme francophone à l'être.

Professeurs signataires du mémoire

François Béland, Régis Blais, François Champagne, François-Pierre Dussault, Lambert Farand, Marie-Josée Fleury, Mireille Goetghebeur, Réjean Hébert, Mira Johri, Paul Lamarche, Lise Lamothe, Nicole Leduc, , David Levine, Michèle Pelletier, Louise Rousseau, Claude Sicotte, José Carlos Suarez Herrera.

INTRODUCTION

Le projet de loi 10 entend favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population, contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et accroître l'efficacité et l'efficacités du réseau. En filigrane, il entend aussi diminuer ce que le ministre appelle la bureaucratie. Pour ce faire, le projet de loi propose la fusion en un seul établissement de tous les établissements publics de la santé et des services sociaux d'une région, à l'exception de Montréal où il en prévoit quatre, la disparition des Agences de la santé et des services sociaux et le transfert de leurs responsabilités aux nouveaux établissements régionaux et surtout au Ministre, la centralisation de plusieurs pouvoirs dans les mains du Ministre et une gouvernance des établissements confiée surtout aux professionnels de la santé et à des personnes possédant diverses compétences de gestion.

Les professeurs du département d'administration de la santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal signataires de ce mémoire sont d'accord avec les objectifs poursuivis par le projet de loi. Toutefois, ils questionnent sérieusement l'efficacité des mesures qui y sont proposées. Ils sont d'avis qu'il existe peu ou pas de données probantes à l'appui de ces mesures. Au contraire, les connaissances scientifiques actuelles permettent de croire que ces mesures vont amplifier et non réduire l'importance des problèmes ciblés par le projet de loi. Les données probantes semblent favoriser une réforme du système de santé qui va dans une direction très différente, voire opposée à celle suggérée.

Le présent mémoire traite de cinq points : 1- le bien-fondé des objectifs du projet de loi, 2- la vision des organisations de santé sur laquelle repose le projet de loi, 3- les effets associés aux fusions des établissements, 4- la diminution de la bureaucratie et 5- la centralisation des pouvoirs dans les mains du ministre.

1. Le bien-fondé des objectifs du projet de loi

Pour mieux apprécier la performance du système de soins du Québec, il est important de la situer en comparaison à celle d'autres provinces canadiennes et d'autres pays industrialisés. Il n'y a pas si longtemps, les systèmes de santé du Canada et du Québec étaient parmi les plus performants des pays industrialisés. Leurs populations étaient les plus satisfaites des services de

santé reçus et particulièrement des services médicaux et hospitaliers. Elles étaient celles qui réclamaient le moins de changements majeurs aux systèmes de soins ^{1, 2}.

La situation a bien changé au cours des 20 ou 30 dernières années. La performance du système de santé du Canada est au mieux dans la valeur médiane des pays industrialisés. C'est la position qu'occupe la satisfaction de la population canadienne envers les services reçus. La population est toutefois la moins satisfaite des services hospitaliers ³.

Au Québec, les médias font part presque quotidiennement des difficultés que rencontre la population pour l'obtention de services de santé. Le Québec affiche effectivement un portrait de l'expérience de soins des personnes qui est en deçà de ce qui est observé ailleurs au Canada ³. L'accessibilité aux services est relativement bonne en comparaison aux autres provinces canadiennes. Elle varie toutefois énormément selon les services considérés. Elle est parmi les plus faibles pour les soins de routine, les soins de suivi et les chirurgies non-urgentes. Elle se situe dans la moyenne canadienne pour les soins immédiats pour un problème mineur et figure parmi les meilleures pour les services des médecins spécialistes et les tests diagnostiques. Toutefois, la continuité relationnelle au Québec s'avère la pire au Canada. C'est au Québec où la population a le moins de médecin de famille régulier.

Un aspect préoccupant du système québécois de la santé et des services sociaux est le degré de satisfaction au travail de son personnel. Il est de plus en plus reconnu que la qualité des soins, la satisfaction de la clientèle et le contrôle des coûts sont intimement reliés à la satisfaction au travail du personnel. De plus, la satisfaction au travail des personnels de santé a peu évolué depuis le triste bilan qu'en a brossé le rapport Clair ⁴. À titre d'exemple, le nombre de médecins qui recourent au Programme d'aide équivaut annuellement à près de 50 % d'une cohorte de diplômés en médecine ⁵. Les jours d'absentéisme du personnel infirmier sont en hausse au Canada et particulièrement au Québec. Ils ont atteint un sommet au début des années 2000

¹ Blendon R. J. & Taylor H. (1989). Views on Health Care: Public Opinion in Three Nations. *Health Affairs*, Spring, 149-157.

² Blendon R. and al. (1990). Satisfaction with Health Systems in Ten Nations. *Health Affairs*, 22(3), 185-192.

³ Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2014). *La performance du système de santé et des services sociaux québécois 2014 : Résultats et analyses*. Québec.

⁴ Commission d'étude sur la santé et les services sociaux (2000). Les ressources humaines : développer les compétences, raviver la fierté. In *Les solutions émergentes*, pp. 110-133. MSSS.

⁵ Maranda M. F. et al. (2005). *La détresse des médecins : un appel au changement*, Institut de Psycho-dynamique du travail, Montréal.

puis ont diminué mais repartent à la hausse malgré des efforts soutenus pour corriger la situation. Le portrait est sensiblement le même pour les autres groupes de personnel, y compris les cadres intermédiaires ⁶. Enfin, Léger Marketing a brossé un portrait peu reluisant du climat de travail qui règne dans le réseau. Ce qui caractérise le plus le climat de travail est, outre le manque de personnel, le peu de respect et d'écoute dont le personnel est l'objet et le peu d'autonomie dont il dispose dans l'exercice de ses fonctions ⁷.

Bref, il y a urgence d'améliorer la fourniture de services si ce n'est pour favoriser et simplifier l'obtention des services pour la population et accroître l'efficience et l'efficacité du réseau. Tels sont les objectifs du projet de loi auxquels souscrivent les professeurs du département d'administration de la santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

2. La vision des organisations de santé sur laquelle repose le projet de loi

Le questionnement des professeurs du département d'administration de la santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal repose entre autres sur la conception mécanique des organisations qui sous-tend le projet de loi et les moyens proposés pour atteindre les objectifs visés. Bien que les moyens proposés soient cohérents avec cette conception des organisations, celle-ci n'est pas celle qui caractérise les organisations de santé. Par conséquent, les moyens proposés n'auront pas les effets escomptés et peuvent même engendrer des effets inverses.

La conception des organisations sur laquelle repose le projet de loi est une conception généralement qualifiée de mécanique ⁸. Selon cette conception, une organisation est composée d'un ensemble de ressources utilisées pour produire des biens et des services dans la poursuite d'un but préalablement défini. Ce but est généralement interne à l'organisation et consiste par exemple en la génération de profits, la production de services de qualité, le développement ou la réputation de l'organisation ou encore le respect des contraintes budgétaires. Dans le projet de loi 10, l'objectif d'un établissement régional est la prestation sécuritaire de services (Article 59, alinéa 2). La gestion d'une organisation selon cette vision est centrée sur le lien entre d'une

⁶ Direction générale du personnel réseau et ministériel (2012). *Gestion de la présence au travail - Assurance salaire*. Québec : MSSS, Gouvernement du Québec.

⁷ Breton A. (2001). *Étude sur la qualité de vie au travail et les motifs d'insatisfaction des employés du réseau de la santé et des services sociaux*. Montréal, Léger marketing, MSSS.

⁸ Morgan G. (1998). Les organisations vues comme des machines. In *Images des organisations* (p. 10-32). Les presses de l'Université Laval, Édition Eska.

part les ressources et la production de biens et de services et entre, d'autre part, la production de biens et de services et l'atteinte du but visé. Le défi est de trouver la meilleure façon d'utiliser les ressources pour produire les biens et services, ainsi que la façon optimale de produire les biens et services pour atteindre le but visé. Le postulat est qu'il existe « Une meilleure » façon de faire les choses qui est vraie, quelles que soient les personnes en présence ou les contextes dans lesquels opèrent les organisations. Si une seule meilleure façon de faire existe, tout le pouvoir doit être centralisé dans les mains de ceux qui sont les plus aptes à cerner ces meilleures façons. Ces personnes sont présumées se situer en haut de la structure hiérarchique formelle. Le projet de loi 10 s'inspire d'une telle vision en donnant au ministre le pouvoir d'imposer une structure organisationnelle (Article 130) et des règles de fonctionnement à tous les établissements régionaux (Article 132). Enfin, la composition des conseils d'administration des établissements régionaux est la même partout et comprend presque exclusivement des représentants des professionnels fournisseurs de services et de personnes possédant des compétences particulière de gestion (Article 8).

Cette conception des organisations n'est pas reconnue comme étant celle qui caractérise les organisations de santé. Ces dernières obéissent à des lois très différentes de celles auxquelles obéissent les organisations vues comme des machines.

Il existe ainsi une conception des organisations complètement différente de la vision mécanique et qui est reconnue comme cernant plus adéquatement les caractéristiques des organisations de santé. Certains réfèrent à cette vision comme la vision intelligente⁸ ou complexe des organisations⁹. Trois caractéristiques des organisations vues sous cet angle sont particulièrement pertinentes à l'analyse du projet de loi 10. La première est le caractère professionnel de ces organisations. Une des caractéristiques principales des organisations professionnelles est la compétence et le pouvoir qu'ont leurs membres de définir eux-mêmes le contenu de leur travail¹⁰ et ce, sans l'intervention d'une autorité hiérarchique. La dynamique naturelle d'une telle organisation est dite émergente. Elle découle des interactions que les professionnels ont entre eux. Elle n'est pas décrétée par les autorités hiérarchiques. Si des directives sont émises par les autorités hiérarchiques centrales, elles doivent être minimales. Elles doivent se centrer sur ce qu'il est impératif de faire ou ne pas faire. Trop de directives

⁹ Andersen P. (1999). Complexity Theory and Organization Science. *Organization Science*, 10(3), 216-232.

¹⁰ Mintzberg H. (1999). The Professional Organizations. In *Inside our Strange Word of Organization* (pp. 173-195). The Free Press, New York.

diminue la capacité des membres d'organiser le contenu de leur travail et de répondre aux besoins de leurs patients. La deuxième caractéristique est que les buts poursuivis sont externes aux organisations. Selon cette vision, les organisations de santé ont pour but de répondre aux besoins de santé des patients et des populations qu'elles desservent. C'est vraiment l'approche populationnelle des Centres de santé et de services sociaux qu'a voulu instaurer la réforme de 2003 et que le projet de loi 10 atténue énormément ou élimine complètement. Rarement sinon jamais dans le projet de loi, est-il fait mention de la responsabilité des nouveaux établissements d'adapter leurs services aux besoins des populations qu'ils desservent ou d'allouer les ressources en fonction des besoins prioritaires de leur population. Il y est seulement stipulé que les établissements doivent accomplir ces fonctions dans le respect des orientations nationales (Article 25). La troisième caractéristique de cette vision est qu'il n'y a pas « Une meilleure » façon de faire les choses. Il en existe plusieurs selon les acteurs en présence et les contextes dans lesquels les organisations opèrent. Ceux qui sont les mieux placés pour cerner ces meilleures de façons sont ceux qui sont près des acteurs et du terrain et non pas ceux situés dans la hiérarchie centrale.

Il est clair que cette vision des organisations est très différente de celle postulée dans le projet de loi, Il ressort aussi nettement que les moyens qui sont proposés pour atteindre les buts visés ne sont absolument pas compatibles avec cette vision plus réaliste des organisations.

Dans les sections qui suivent, nous nous appuyons sur cette vision pour analyser trois sujets importants du projet de loi 10 : les effets associés aux fusions des établissements; la diminution de la bureaucratie et la centralisation des pouvoirs dans les mains du ministre.

3. Les effets associés aux fusions des établissements

L'un des postulats majeurs du projet de loi 10 est que les objectifs visés ont plus de chance d'être atteints en fusionnant tous les établissements d'une région en une seule entité incorporant toutes les missions autant de santé que de services sociaux (agences régionales, centres hospitaliers, CLSC, centres de réadaptation, centres jeunesse) et desservant des clientèles aux besoins très variés (santé physique, santé mentale, personnes âgées en perte d'autonomie, déficience intellectuelle, déficience physique, déficience sensorielle, jeunes en difficulté d'adaptation, personnes ayant des troubles envahissants du développement et des

personnes ayant des dépendances - alcoolisme et toxicomanie) et aux origines linguistiques, nationales et religieuses diverses (francophones, anglophones, juives, polonaises, chinoises, etc.).

Cette mesure s'inspire de deux caractéristiques de la conception mécanique des organisations : 1- la taille et les économies d'échelle qui en résultent ainsi que 2- l'intégration verticale (établissements de missions différentes) et une meilleure intégration des services et circulation plus fluide des clientèles. Or, les données probantes ne confirment pas les attentes du projet de loi sur ces deux points. Elles révèlent aussi l'obtention de résultats non prévus et indésirables.

Le débat entourant la taille optimale des établissements de santé date de plusieurs décennies. Il fut à son apogée au cours des années 1980 qui furent marquées par une vague considérable de fusions d'établissements de santé, particulièrement aux États-Unis et en Grande-Bretagne. Les expériences qui en ont résulté ont permis d'accumuler une quantité considérable de données probantes sur les effets des fusions.

Dès 1996, le Nuffield Institute for Health de l'Université de Leeds et le National Health Service Centre for Reviews and Dissemination de l'Université de York en Angleterre publièrent une synthèse des effets associés aux fusions d'établissements de santé. Ils concluent en disant qu'il n'y a pas de données probantes démontrant des économies de coûts suite à l'augmentation de la taille des hôpitaux des soins aigus au-delà de 200 lits ¹¹. Il est même possible que des hôpitaux de plus de 600 lits affichent des dé-économies d'échelle, c'est-à-dire que leurs coûts soient plus élevés que ceux des hôpitaux de plus petite taille. Ils concluent aussi en l'absence de relation simple entre le volume de services offerts et la qualité des soins. Dans certaines spécialités, il existe une amélioration de la qualité des services avec l'accroissement du volume. Mais cette association est observée uniquement pour de faibles volumes de services. Au-dessus d'un seuil rapidement atteint, cette association n'existe plus. D'autres observations vont dans le même sens ¹².

¹¹ Nuffield Institute for Health, University of Leeds, & NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York (1996). Hospital volume and health care outcomes. Costs and patients access. *Effective Health Care*, 2 (8),1-16.

¹² Connor R.A. et al. (1997). Which Types of Hospital Mergers Save Consumers Money ? *Health Affairs*, 16 (6), 62-74.

Plus récemment, Fulop et al. (2002)¹³ ont refait le point sur les effets associés aux fusions d'établissements de santé en Angleterre. Les auteurs concluent que les fusions n'ont pas généré les économies escomptées concernant les dépenses de gestion des hôpitaux. Ils notent toutefois des effets inattendus et négatifs sur la fourniture de services : une diminution de l'attention de l'administration à l'égard de la prestation de services à la clientèle et une concentration de son attention sur la fusion des établissements; le retard de plus de 18 mois dans la mise en place de services déjà planifiés et autorisés; la domination de la mission d'un établissement sur les autres; ainsi qu'une différence de culture des établissements qui devient une barrière à la fusion de plus de deux établissements.

Des résultats très semblables ont aussi été observés aux États-Unis. Dans ce pays, le débat s'est centré surtout autour des systèmes de santé résultant de fusions (Health System) et des réseaux de santé (Health Network) créés par la mise en place de moyens plus légers d'intégration des services tels les ententes ou les partenariats entre des organisations qui maintiennent leur mission et leur autonomie. Les résultats ne sont pas concluants.

En 1997, Connor et al.¹⁴ ont comparé les changements dans les prix et les coûts des services de santé entre 1986 et 1994 dans 3500 hôpitaux américains incluant 122 fusions de centres hospitaliers. Ils ont observé que les fusions procurent un avantage de 7% sur les prix que les consommateurs paient pour leurs services de santé. Cette réduction des prix est plus grande pour les fusions impliquant des hôpitaux affichant de faibles taux d'occupation des lits, non affiliés à des universités, de taille semblable et ayant une duplication élevée de services avant leur fusion. Toutefois cet avantage disparaît dans les contextes où la compétition est forte, c'est-à-dire là où le nombre de centres hospitaliers est plus élevé.

D'autres études ont noté des changements dans les coûts et les prix des services de santé avant et après la fusion des établissements. Certaines ont révélé que les fusions étaient associées à une réduction de la duplication des services¹⁵ et des coûts des services de santé^{16, 17}. D'autres

¹³ Fulop N. et al. (2002). Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *British Medical Journal*, 325, 246-253.

¹⁴ Connors R.A. et al. (1997)., Which Types of Hospital Mergers Save Consumers Money ? *Health Affairs*, 16 (6), 62-74.

¹⁵ Bogue R.J. et al. (1995). Hospital Reorganization after Merger. *Medical Care*, 33(7), 676-686.

¹⁶ U.S. Department of Health and Human Services, Office of Inspector General (1992). Report on "Effects of Hospital Mergers on Costs, Revenues, and Patient Volume". OEI-12-90-02450, Washington: DHHS/OIG.

¹⁷ Barro J.R. & Cutler D.M. (1997). *Consolidation in the Medical Care Marketplace: A Case*

ont montré soit aucun effet financier significatif suite aux fusions ¹⁸, soit une diminution des coûts mais une augmentation des prix payés par les consommateurs ¹⁹ ou encore une augmentation des coûts ^{20, 21}.

Une étude s'est penchée explicitement sur l'intégration d'organisations de santé ayant des missions différentes ²². Elles impliquent des hôpitaux, des organisations de soins de première ligne et des centres hospitaliers de soins de longue durée. Cette étude a évalué les effets associés à deux façons d'intégrer les organisations de santé de missions différentes : l'intégration verticale basée sur la fusion des organisations et l'intégration virtuelle basée sur des réseaux de soins résultant d'ententes entre organisations qui maintiennent leur autonomie. Elle conclut que la tendance actuelle favorise davantage l'intégration virtuelle que l'intégration verticale. L'avantage de l'intégration virtuelle réside dans la capacité d'adaptation à des conditions environnementales changeantes. Il est plus facile de modifier les ententes entre organisations autonomes pour répondre aux conditions changeantes de l'environnement que de fermer ou modifier la mission d'une organisation fusionnée. Il importe d'ailleurs de souligner qu'une conférence nationale s'est tenue en 2001 aux États-Unis ayant comme thème « L'Échec des fusions » ^{23, 24}.

Des constats relativement similaires ont aussi été faits au Québec, même si le nombre d'observations est moindre. Dès 1996 ²⁵, une revue de littérature réalisée à l'ÉNAP a révélé que

Study from Massachusetts, Working Paper 5957. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research, March.

¹⁸ Mullner R.M. & Andersen R.M. (1987). A Descriptive and Financial Ratio Analysis of Merged and Consolidated Hospitals: United States, 1980–1985. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 7, 41–58.

¹⁹ Barro J.R. & Cutler D.M. (1997). *Consolidation in the Medical Care Marketplace: A Case Study from Massachusetts*, Working Paper 5957. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research, March.

²⁰ Simonson L. & Zwanziger J. (1997). *Hospital Mergers Reduce Acute Beds but Overcapacity Remains an Issue*. Health Care Financing and Organization: Findings Brief. Princeton, N.J.: The Robert Wood Johnson Foundation.

²¹ Greene J. (1992). The Costs of Hospital Mergers. *Modern Healthcare* 3 February, 36–42.

²² Robinson J.C. & Casalino L.P. (1996). Vertical Integration and Organizational Networks in Health Care. *Health Affairs*, Spring, 7-22.

²³ Begun J. (2003). Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems. In S. M. Mick and M. Wyttenbach (eds.), *Advances in Health Care Organization Theory* (pp 253-288.) San Francisco: Jossey-Bass.

²⁴ Friedman L. & Goes J. (2001). Why Integrated Health Networks Have Failed. *Frontiers of Health Services Management*, 17(4):3-28.

²⁵ Turgeon J. & Sabourin P. (1996). Reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec : la place des regroupements interétablissements. *Administration publique du Canada*, 39 (2), 192-212.

l'efficacité et l'efficience des fusions verticales ne sont pas clairement démontrées dans les secteurs des soins de santé. Selon cette étude, il vaudrait mieux envisager des formes moins contraignantes d'intégration de soins tels le partenariat et les ententes de services permettant de s'approprier avant de songer au mariage.

Une étude réalisée dans la région des Laurentides²⁶ a analysé les effets et les conditions associées à l'utilisation de trois stratégies d'intégration des services : la fusion des établissements, le partage de ressources et les ententes entre les organisations sur les protocoles de fourniture des services à des clientèles spécifiques. Deux enseignements ressortent de cette expérience. L'intégration des services quelle que soit sa forme est généralement associée aux effets escomptés. Toutefois, l'intégration est facilitée lorsque l'accent est mis sur l'organisation de la fourniture des services plutôt que sur la fusion des établissements. L'enjeu central de l'intégration des services est la confiance que les professionnels d'une organisation ont envers les professionnels des autres organisations. C'est ce qui fait dire aux auteurs que l'enjeu de l'intégration des services repose davantage sur des enjeux humains et cliniques qu'organisationnels et structurels.

Un collectif de recherche publié en 2005²⁷ a analysé 30 projets de recherche québécois portant sur les effets associés à différentes stratégies d'intégration des services de première ligne. Ce collectif a démontré que l'intégration des services est généralement associée à plusieurs effets positifs : plus grande accessibilité, meilleure continuité et globalité des services offerts, utilisation moindre des urgences des centres hospitaliers et des centres d'hébergement, durée de séjour plus courte en centres hospitaliers, satisfaction plus grande des soins reçus autant de la part des patients que de leurs aidants naturels, amélioration de la qualité de vie des personnes et détérioration moins grande de leur état de santé. Aucun effet n'a toutefois été observé sur les coûts totaux des services. Ce qui est surtout intéressant de noter pour les fins de cette discussion, c'est que ces effets sont observés davantage si l'intégration des services repose sur des alliances dans la prestation de services plutôt que sur des fusions d'établissements, si elle repose sur une relation de confiance entre les professionnels de la santé d'établissements différents, si elle résulte d'un apprentissage réciproque des professionnels et si du temps est

²⁶ Lamarche P. A. & al. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures*, 8,(2), 71-92.

²⁷ Pineault R. & al. (2005). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de première ligne au Québec : Rapport synthèse*. Direction de la santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Montréal.

accordé pour l'ajustement mutuel des partenaires. Bref, les résultats montrent des effets très positifs de l'intégration des services de santé mais ces effets sont davantage observés lorsque l'intégration repose sur des mesures plus légères d'intégration que les fusions.

Voir les organisations de santé comme des systèmes complexes permet de mieux comprendre les effets observés des fusions. Vus sous l'angle de la complexité, les débats actuels entourant les fusions sont généralement polarisés et linéaires : polarisés parce que les protagonistes sont soit pour, soit contre les fusions; linéaires parce que les effets sont postulés s'accroître au fur et à mesure que le nombre d'établissements fusionnés augmente; linéaires aussi parce que les effets sont postulés se réaliser indépendamment des conditions locales dans lesquelles ils se produisent. Voir les organisations sous l'angle de la complexité nous amène à tenir un tout autre discours de l'intégration des services et des façons de la réaliser. Cette perspective nous amène à considérer que les avantages ou désavantages associés à chaque option d'intégration varient selon les conditions qui prévalent dans les organisations devant être fusionnées et les contextes dans lesquels l'intégration s'effectue. La préférence de l'une ou de l'autre des options, à savoir fusion ou intégration virtuelle, dépend donc de la prévalence de ces conditions. Trois d'entre elles sont particulièrement pertinentes aux fins de notre discussion.

La première condition est l'interdépendance des organisations en présence. L'interdépendance signifie que l'action d'une organisation est requise pour l'action d'une autre organisation. Plus l'interdépendance est grande, plus la fusion est le moyen privilégié d'intégration. Une étude a analysé 207 acquisitions d'entreprises par 49 acquéreurs aux États-Unis. Elle a observé que les fusions étaient beaucoup plus fréquentes lorsque les entreprises fusionnées possèdent une technologie qui complète celle des entreprises acquéreuses. Pour les organisations moins interdépendantes, des mécanismes moins formels d'intégration sont observés. Pour ces organisations, les avantages de la fusion ne sont pas au rendez-vous mais les coûts y sont ²⁸. Il est possible de se demander si l'interdépendance des organisations fusionnées par le projet de loi 10 les justifie. Nous croyons que ce n'est pas le cas entre toutes les organisations impliquées. Il est donc possible que les coûts associés à leur fusion ne soient pas compensés par les bénéfices obtenus.

²⁸ Puranam P. et al. (2009). Integrating Acquired Capabilities: When Structural Integration Is (Un)necessary. *Organization Science*, 20(2), 313-328.

La deuxième condition est la complexité de la nouvelle organisation qui résulte de la fusion. Son niveau de complexité est fonction du degré d'interdépendance des organisations en présence et de leur nombre. La complexité de la nouvelle organisation est faible si l'interdépendance des organisations en présence est faible, et ce, quel que soit leur nombre. Par contre, si l'interdépendance des organisations est grande, la complexité de la nouvelle organisation s'accroît presque exponentiellement avec leur nombre.

Or, cette vision des organisations stipule que la performance de la nouvelle organisation est reliée à son niveau de complexité. La relation est sous la forme d'un U inversé. Un certain niveau de complexité est associé positivement à la performance de la nouvelle organisation. Les raisons résident précisément dans sa capacité accrue de production de services et d'adaptation à son environnement associée à la fusion. Toutefois, trop de complexité nuit à sa performance. Un trop grand nombre d'organisations interdépendantes diminue leur performance. La raison est qu'un grand nombre d'acteurs attendent après un trop grand nombre d'acteurs pour agir. Il en résulte un immobilisme de la nouvelle organisation. Il en est aussi ainsi de son adaptation à son environnement changeant. Plusieurs études soutiennent cette vision ^{29, 30, 31}.

Ce que cette vision des organisations laisse entrevoir, c'est que si l'objectif est d'accroître l'intégration des organisations, chaque fusion doit impliquer un nombre restreint d'organisations et non un nombre accru. Si ce principe n'est pas respecté, les fusions proposées sont susceptibles de résulter en une diminution et non en une amélioration de la performance de la nouvelle organisation. C'est l'explication que nombre d'auteurs avancent pour l'échec de plusieurs fusions : accroître simultanément l'interdépendance entre un trop grand nombre d'organisations ^{32, 33}.

La troisième condition est l'hétérogénéité des milieux dans lesquels les nouvelles organisations sont localisées. Les organisations professionnelles, comme les organisations de santé, sont

²⁹ Kauffman S.A. (1993). *The Origin of Order : Self-organisation and Selection in Evolution*, Kindle Edition.

³⁰ McKelvey B. (1999). Avoiding Complexity Catastrophe in Coevolutionary Pockets : Strategies for Rugged Landscapes. *Organisation Science*, Vol. 10, (3), 294-321.

³¹ Cartier M. & Colovic A (2006). Co-évolution et adaptabilité des réseaux : études de cas et simulation. XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy / Genève 13-16 Juin.

³² Begun J. (2003). Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems. In S. M. Mick and M. Wyttenbach (eds.), *Advances in Health Care Organization Theory* (pp 253-288.) San Francisco: Jossey-Bass.

³³ Friedman L. & Goes J. (2001). Why Integrated Health Networks Have Failed. *Frontiers of Health Services Management*, 17(4):3-28.

composées de professionnels dont le but ultime est la satisfaction des besoins de santé des personnes dont ils ont la charge. Les nouvelles organisations fusionnées chercheront à adopter une approche populationnelle. Elles organiseront leurs services pour répondre aux besoins de la population du territoire qu'elles desservent. Or, cette approche populationnelle commande que les populations des divers territoires desservis soient relativement homogènes. Plus les populations sont hétérogènes, plus il est difficile pour les organisations de répondre adéquatement à une grande variété de besoins. En conséquence, moins leur performance est susceptible d'être élevée. Il faut donc réduire et non accroître l'hétérogénéité des populations à desservir. Selon cette vision, plus les populations sont hétérogènes, plus les territoires dont les organisations ont la responsabilité doivent être réduits et non accrus^{34, 35, 36, 37}.

Il n'y a à notre connaissance aucun exemple d'une organisation de santé qui a pour mission de répondre à des besoins aussi hétérogènes que ce qui est proposé dans le projet de loi 10. En outre, il n'existe aucun exemple d'une organisation de santé qui a eu à intégrer des expertises et des cultures professionnelles aussi hétérogènes que ce qui est proposé dans le projet de loi 10. Faute de données probantes à l'appui de la proposition, une prudence est de mise. Sans cette prudence, le projet de loi 10 prendra tout le Québec comme groupe expérimental sans la présence d'un groupe contrôle. Une telle attitude est contraire aux règles de base de la science et aux bonnes pratiques en gestion et en administration publique. Elle peut aussi aller contre des règles d'éthique qui doivent guider le choix des interventions.

Nous croyons que les connaissances scientifiques qui existent actuellement ne supportent aucunement la prétention du projet de loi 10 concernant les fusions des établissements. Une vision complexe des organisations pointe même dans des directions contraires à celles proposées : réduire la taille des établissements et réduire la taille des territoires dont elles ont la responsabilité.

Si le ministre poursuit quand même dans la direction proposée par le projet de loi, il doit au minimum en faire l'expérimentation dans une région de taille moyenne. Cette expérimentation

³⁴ Baum J.A.C. & Mezas S.J. (1992). Localized Competition and Organizational Failure in the Manhattan Hotel Industry, 1898-1990. *Administrative Science Quarterly*, 37(4), 580-604.

³⁵ Kauffman S.A. (1993). *The Origin of Order : Self-organisation and Selection in Evolution*, Kindle Edition.

³⁶ McKelvey B. (1999). Avoiding Complexity Catastrophe in Coevolutionary Pockets : Strategies for Rugged Landscapes. *Organisation Science*, Vol. 10, (3), 294-321.

³⁷ Payne G.T. (2006). Examining Configurations and Firm Performance in a Suboptimal Equifinality Context . *Organization Science*, 17 (6), 756–770.

permettra deux choses : voir si les effets escomptés des fusions se concrétisent réellement et cerner les conditions à mettre en place pour que leurs effets se matérialisent.

Nous formulons trois propositions au Ministre Barrette :

- 1- Que le ministre fasse connaître les données probantes sur lesquelles il s'appuie pour formuler une telle proposition;
- 2- Que le ministre fasse le point sur les effets des fusions qui ont marqué le Québec au cours des dernières années. Est-ce que les coûts de l'administration des établissements de santé ont diminué ou augmenté avec la taille des établissements? Est-ce que la satisfaction des expériences de soins des utilisateurs a augmenté ou diminué avec la taille des établissements utilisés ?
- 3- Si le ministre poursuit dans la direction proposée par le projet de loi, il doit au minimum en faire l'expérimentation dans une région de taille moyenne. Cette expérimentation permettra de voir si les effets escomptés des fusions se concrétisent réellement au Québec et de cerner les conditions à mettre en place pour que leurs effets escomptés se matérialisent.

4. La diminution de la bureaucratie

Bureaucrates et bureaucratie

Un des objectifs visé par le projet de loi 10 est la réduction du nombre de « bureaucrates » pour alléger la « bureaucratie » et accroître l'efficacité et la performance du réseau de la santé et des services sociaux. L'abolition des agences régionales et la fusion d'établissements en 28 entités sont au centre de cette stratégie.

Y a-t-il trop de bureaucrates? Difficile de répondre à cette question. À défaut, on peut observer l'évolution du poids des dépenses d'administration dans les dépenses gouvernementales de santé au Québec au cours des dernières années. Il a augmenté? Il diminue? Et, comment se compare le Québec aux autres provinces canadiennes? Un poids plus élevé au Québec? Moins élevé? L'importance des dépenses administratives évolue-t-elle de la même manière dans toutes les provinces?

Si comparaison n'est pas raison, elle permet tout de même de relativiser les jugements négatifs ou positifs, d'identifier des problèmes potentiels et d'entrevoir des façons de faire qui semblent réussir ailleurs.

La « bureaucratie » québécoise : quelques données

L'administration du système de la santé et des services sociaux n'est pas un bloc uniforme. De multiples organismes et intervenants ont charge de diverses fonctions et distribuent des soins et des services. Les organismes les plus connus sont le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les agences régionales (ARSSS), les Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS), les établissements (Hôpitaux universitaires, centres de réadaptation, centres de jeunesse, etc.) et la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Chacun compte sa part de bureaucrates. Certains ont un rôle administratif (MSSS, Agences régionales, RAMQ). D'autres offrent des services sociaux et de santé à la population (Hôpitaux, CSSS, Centre de réadaptation, Centres de jeunesse, etc.).

Le projet de loi 10 promet d'abolir les Agences régionales, des entités purement administratives qui ne produisent ni ne distribuent des services directs à la population. La régionalisation a été présente sous diverses formes depuis l'introduction du régime d'assurance-maladie public et universel au Québec au début des années 1970. On peut se demander :

1. Comment a évolué le « poids de la bureaucratie » dans les entités purement administratives du système de santé au Québec au cours des dernières années?
2. Comment se compare le Québec aux autres provinces?

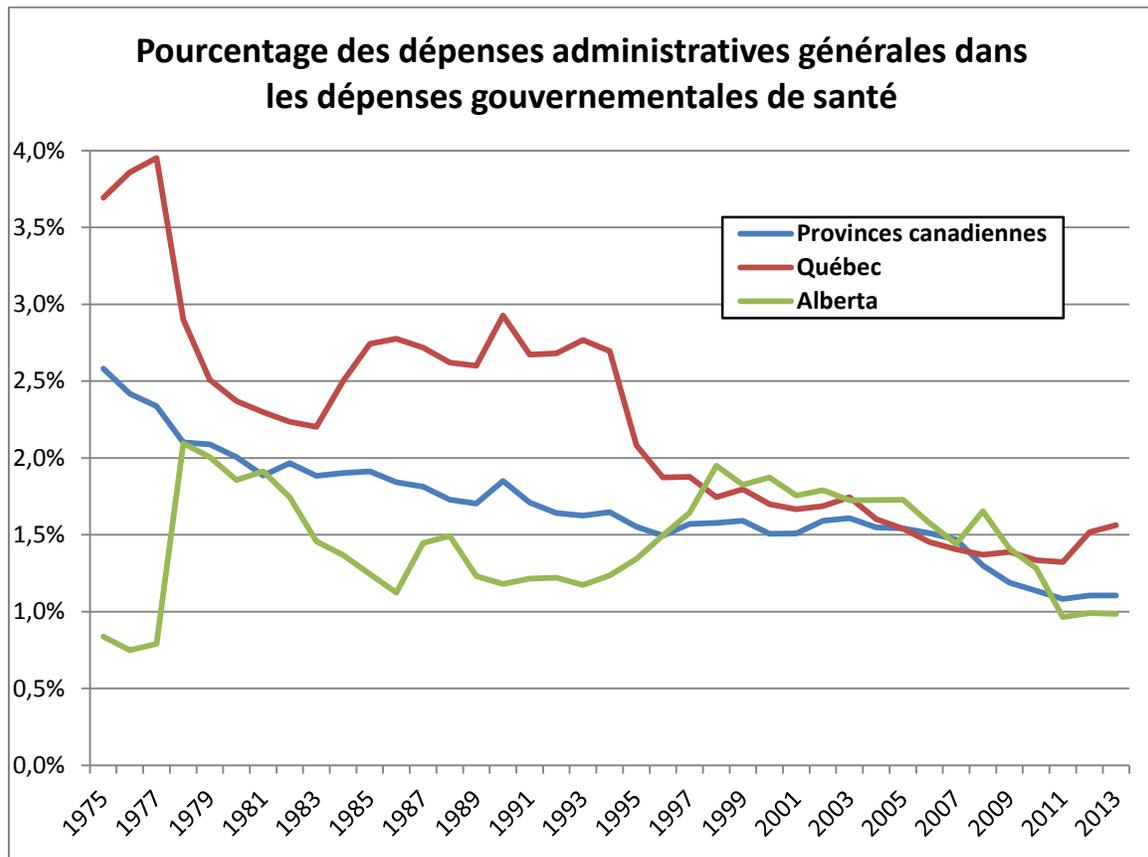
L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) publie des séries chronologiques sur les dépenses de santé gouvernementales des provinces et sur les dépenses administratives^{38, 39} des ministères, des agences régionales et des agences de remboursement, comme la RAMQ⁴⁰.

³⁸ ICIS (2004), Tendances des dépenses nationales de santé : 1975 à 2004, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa.

³⁹ ICIS (2014), Tendances des dépenses nationales de santé : 1975 à 2014, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa.

⁴⁰ L'ICIS (2004 : 63) regroupe les dépenses administratives des entités purement administratives. L'ICIS (2004 :67-68) souligne les controverses, difficultés et particularités provinciales dans la déclaration des dépenses administratives. Aussi, la comparaison entre provinces de l'importance de l'administration dans chacun de leur régime de santé sera-t-elle partielle. : 1)elle n'inclut pas les dépenses de gestion des établissements; 2) des variations historiques semblent dues à des modalités différentes de déclaration

Ministères, agences régionales et de remboursement assurent des fonctions générales dans un réseau de services de santé. Elles ne gèrent pas d'établissements précis, ni ne livrent des services directs aux utilisateurs. Les séries chronologiques de l'ICIS sont intéressantes dans la mesure où elles incluent les agences régionales appelées à disparaître à l'adoption du projet de loi 10. De plus, la régionalisation a connu une histoire agitée au Québec, avec la création des Conseils régionaux en 1971, leurs transformations en Régies régionales en 1992 suite à la réforme Rochon et en Agences régionales avec la réforme Couillard de 2003 (OAP 2012). Y a-t-il eu accroissement, ou réduction, des dépenses administratives générales avec chacune des versions de la régionalisation? Les séries de l'ICIS permettent aussi de comparer les dépenses administratives générales du Québec à ceux de l'ensemble canadien et, de façon plus précises, à l'Alberta qui a tenté l'expérience régionale pour ensuite s'en éloigner (Figure 1).



des provinces; 3) les provinces ont adopté des modalités différentes qui rend difficile les comparaisons. Pour contrôler un tant soit peu ces variations, les séries sur les dépenses administratives ont été lissées sur 5 ans. Seules les grandes tendances pourront être identifiées ici.

Hors Québec, les provinces comptent une bonne diversité d'entités administratives et d'établissements de santé. Aussi, la dimension relative des bureaucraties des institutions provinciales de santé varie des unes aux autres. Le poids des dépenses administratives générales dans les dépenses de santé des gouvernements provinciaux ont suivi une pente descendante de 1975 à 2011 (Figure 1). De près de 4,0% durant les premières années de la série, elles se réduisent régulièrement jusqu'à 1,3% en 2011. De 1975 à 2005, celles du Québec dépassent toujours la moyenne annuelle canadienne, quoique la distance entre elles diminue. À partir de 2005, la proportion des dépenses administratives générales sur les dépenses totales suivent une pente descendante au Canada, tandis que la tendance québécoise s'éloigne de la canadienne. Le Québec connaît trois vagues successives de régionalisation des services sociaux et de santé. À chacune, le rôle des instances régionales s'affirme et s'accroît. Les autres provinces canadiennes adoptent aussi à des rythmes propres des formes diverses de régionalisation. Certaines connaissent même, après régionalisation, un retour à un régime centralisé. Ces expériences permettent d'examiner quelques questions :

1. Y a-t-il coïncidence au Québec entre la part des dépenses administratives et l'accroissement du rôle des instances régionales?
2. Et peut-on observer la même coïncidence en Alberta?

Au regard de la série chronologique du Québec à la figure 1, il est difficile d'associer à l'implantation des Conseils, Régies ou Agences régionales une augmentation de l'importance des dépenses administratives générales. Si c'était le cas, ces dépenses augmenteraient au moment de l'introduction de ces structures. Dans les provinces canadiennes dans leur ensemble, il faudrait trouver une explication autre que la régionalisation à la diminution des dépenses administratives générales dans la mesure où la régionalisation a été introduite, et défaite, à des rythmes très différents. Cependant, on peut remarquer que le poids des dépenses administratives générales était le plus élevé durant l'époque des Conseils régionaux. Ces conseils, une structure légère, jouaient, comme l'indique leur nom, un rôle conseil auquel s'ajoutent des mandats de programmation et d'implantation de décisions ministérielle de plus en plus nombreux avec les années. Avec l'introduction des Régies régionales en 1992, on assiste à une véritable régionalisation. C'est aussi à ce moment que commence à chuter le poids des dépenses d'administration générale au Québec.

Les dépenses administratives générales n'ont pas augmenté suite à la réforme Couillard de 2003. En 2000, elles représentaient 1,7% des dépenses de santé gouvernementales. Les données lissées suivent dès lors une pente descendante. Il faut cependant remarquer que le poids des dépenses administratives au Québec ont augmenté de 1,4% en 2010 à 1,6% en 2013 sans qu'il n'y ait réformes administratives. Dans l'ensemble des provinces canadiennes, les dépenses administratives suivent une courbe descendante, en particulier depuis 2002, pour se stabiliser à partir de 2009.

L'Alberta représente un cas intéressant. Les dépenses administratives générales semblent peser d'un poids inférieur à celui des autres provinces de 1975 à 1994. Elles ont par la suite augmenté pour dépasser la moyenne provinciale et, à toute fin pratique, la rejoindre en 2008. Cet accroissement du poids des dépenses administratives coïncide avec une réforme des structures des services de santé. En effet, en 1994-95, l'Alberta régionalise le réseau de la santé par une formule qui ressemble à celle du projet de loi 10⁴¹. Les conseils d'administration des établissements sont abolis, la région devient l'unité fondamentale de gestion. À l'origine, 17 agences régionales sont implantées, réduites à 9 par la suite. Or, le poids des dépenses d'administration générales dans les dépenses de santé s'accroît dès 1994, puis oscille autour de 1,6%-1,8% jusqu'en 2005. En 2009, nouvelle réorganisation administrative. Les régions disparaissent au profit d'un organisme central, le Alberta Health Services (AHS), qui devient la seule entité dotée d'un conseil d'administration.

Que peut-on retenir de ces épisodes? Le poids de la structure administrative responsable de la planification, programmation, financement et budgétisation des réseaux de la santé ne semble pas suivre de loi fixe. Au Québec, il y a coïncidence de sa diminution et du renforcement de la régionalisation. En Alberta, la coïncidence suit le chemin inverse. Enfin, la structure administrative générale pèse d'un poids plus lourd au Québec que dans les autres provinces, tandis que la tendance à long terme pointe vers une diminution du poids de l'administration générale.

Trois leçons peuvent être tirées ici : 1) si, dans le passé, l'absence d'entités régionales dans certaines provinces et la présence de différentes formules de régionalisation dans d'autres, dont le Québec, ne sont pas associées au poids des dépenses administratives générales, pourquoi

⁴¹ Reay T & Hinings CR (2005), The recomposition of an Organizational field: Health care in Alberta, *Organization Studies*, 26:351-384.

leur disparition entraînerait-elle leur diminution? 2) En Alberta, la fusion des établissements et le transfert des responsabilités de gestion à des entités régionales ont coïncidé avec un accroissement du poids des dépenses administratives générales. Assisterons-nous au Québec à la même coïncidence avec l'adoption du projet de loi 10? 3) Quelles sont les raisons qui expliquent des dépenses en administration générale plus importante au Québec que dans les autres provinces? La régionalisation historiquement plus rapide et plus complète du réseau de la santé et des services sociaux au Québec ne fait pas partie de la réponse.

Les établissements et...les agences régionales

Les établissements, dispensateurs de services à la population, doivent être gérés. Des gestionnaires et des techniciens de la gestion remplissent cette fonction et ils sont rémunérés. Le MSSS publie sur son portail Internet des informations sur le personnel de bureau et sur le nombre de gestionnaires et de techniciens en administration sur des périodes courtes (de 2008-09 à 2012-13), de même que sur leur rémunération⁴². Ces données incluent cependant les agences régionales. Cependant, des tendances s'observent⁴³.

Entre 2008-09 et 2012-13, le nombre de postes équivalents temps complet (ETC) en personnel de bureau a augmenté dans les établissements et les agences à un rythme annuel de 1,7%. Le personnel des agences croît à un rythme semblable pendant la période (1,6%).

Le personnel d'encadrement s'accroît moins rapidement que l'ensemble du personnel de bureau, soit 1,1% de 2008-09 à 2012-13. Les techniciens en administration augmentent à un rythme plus élevé à 1,8%. Les postes de cadres ETC s'accroissent donc à un rythme inférieur à tout le personnel de bureau. Les techniciens en administration suivent la tendance générale.

Le poids de l'administration dans les dépenses gouvernementales de santé ne dépend pas uniquement du nombre de cadres et de techniciens, mais aussi de leur rémunération. La rémunération de l'ensemble du personnel de bureau s'est accrue de 1,3% de 2008-09 à 2012-

⁴² MSSS (2014), Dénombrement et rémunération Effectif RSSS R25, Mai 2014
<<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?id=Lz7Uvx/L/EA=>>.

⁴³ Les informations historiques sur la distribution de la main-d'œuvre, et sa rémunération, ne sont pas disponibles en une seule source facilement accessible. Les sources de données n'emploient pas toutes les mêmes définitions, des catégories d'établissements et d'emploi se recoupent, les séquences historiques sont plutôt courtes que longues. L'ICIS regroupe les dépenses administratives des établissements avec leurs dépenses totales (ICIS, 2004). Il n'est donc pas possible de procéder à une comparaison du poids relatif des administrations des établissements de santé entre les provinces.

13. La croissance de la rémunération des cadres fut moins rapide : 1,2%. Chez les techniciens en administration, elle est supérieure : 1,8%.

La tendance à l'accroissement de la main-d'œuvre administrative, cadres ou techniciens, du réseau de la santé et des services sociaux, à l'exclusion du MSSS, n'est pas très différentes de celle de la main d'œuvre de toute catégorie du réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, les techniciens ont une croissance légèrement plus forte que les cadres..

Une dernière remarque. L'administration d'un réseau de services sociaux et de santé n'est pas que l'affaire des cadres. Toute une expertise est nécessaire à chacune des étapes de planification, programmation, financement, budgétisation, gestion quotidienne, prestation directe et indirecte des services. Les cadres possèdent une partie de cette expertise, les techniciens en administration en détiennent aussi une partie. Les experts en planification, programmation, budgétisation, financement, des conseillers et chercheurs, font aussi partie de l'appareil de gestion d'un réseau de l'ampleur de celui du Québec. Nous ne disposons cependant pas de données sur cette dernière composante.

De la bureaucratiation à la gestion

L'Alberta adopte en 1994 une réforme structurelle qui ressemble dans ces intentions et ses lignes de force majeures à celle du projet de loi 10. Les multiples établissements publics de santé qui disposaient jusqu'alors chacun d'une certaine identité et autonomie institutionnelle, et d'un conseil d'administration, sont fusionnés en 17 entités régionales. Les établissements perdent tous leur conseil d'administration. Désormais, seules les régions sont dotées d'un conseil d'administration ⁴⁴. Après une expérience d'une quinzaine d'années, l'Alberta Health Services (AHS) est fondée, les régions disparaissent, leur conseil d'administration aussi. Il n'y a plus qu'un seul conseil d'administration en Alberta.

Quel bilan faire d'une telle expérience? Et quels enseignements pour le Québec sous le projet de loi 10? Les opinions divergent ^{45, 46}. Certains (Donaldson, 2010) malgré la fusion de tous les

⁴⁴Reay T & Hinings CR (2005), The recomposition of an Organizational field: Health care in Alberta, *Organization Studies*, 26:351-384.

⁴⁵ Donaldson C (2010), Fire, aim...ready? Alberta's big bang approach to healthcare disintegration, *Healthcare Policy*, 6:22-31, Alberta Health Services.

⁴⁶Duckett S (2011) Getting the foundations right : Alberta's approach to healthcare reform, *Healthcare Policy*, 6:22-27.

établissements en une seule agence, la AHS, parlent de désintégration. D'autres (Duckett 2011) demandent d'attendre que le nouveau régime acquière un peu plus de maturité.

Le ministre de la santé de l'Alberta ne semble pas partager avec Duckett (2011) le même sentiment de patience. Après quelques cinq années de fonctionnement, il demande à un des administrateurs principaux de l'AHS d'entreprendre un examen de l'organisation et de la structure du AHS. Après analyse, Davidson (2013)⁴⁷ formule trois principes, dont deux sont familiers, pour dessiner l'avenir de l'AHS, soit : 1) offrir aux albertains des soins de qualité; et 2) améliorer le fonctionnement du système de santé et viser un accroissement de performance. Le troisième énonce les conditions qui justifient l'addition de niveaux de gestion : ils doivent permettre de produire plus de valeurs, plus de qualité en facilitant l'acquisition par le personnel de savoir, d'habiletés, d'outils et de techniques requis pour accomplir leurs tâches. En somme, retrancher des niveaux de gestion n'est pas une question de principes, mais de fait : il y a des circonstances qui exigent que des décisions et de l'expertise s'exercent avec autonomie et exigences de reddition de compte. Centres de décision et d'expertise sont des lieux de développement de stratégies, d'implantation et d'interventions. Des gestionnaires, des experts et des techniciens sont au cœur de ces activités. En conséquence, ce sont moins de « bureaucrates » que de gestionnaires, d'experts et de techniciens dont il faut doter les systèmes de santé que leurs fonctions s'exercent auprès des administrations générales des réseaux de services sociaux et de santé ou des établissements, prestataires de services à la population.

Les problèmes qu'affronte l'AHS selon Davidson (2013) touchent aussi bien l'administration générale que les établissements. Les patients éprouvent de la difficulté à « naviguer » la structure – un problème que le projet de loi 10 entend régler par la fusion des établissements; les organisations civiques ont de la difficulté à identifier les responsables des services locaux; le conseil d'administration de l'AHS est plus préoccupé des fonctions et des responsabilités corporatives – éloignées des prestataires de services et des patients – que des fonctions cliniques, proches des citoyens et des populations; les niveaux administratifs internes à l'AHS se sont multipliés; augmente le temps consacré par le personnel à résoudre des crises, préparer des notes de services, rédiger des documents internes et pour les médias; tandis que ce

⁴⁷ Davidson J (2013), Review of the Alberta Health Services Organization and Structure, and Next Steps. Alberta Health Services, Edmonton, < <http://www.albertahealthservices.ca/org/ahs-org-report-on-structure.pdf>

personnel pousse les problèmes sous le tapis [*put a focus on pushing items out the door*] plutôt que de planifier volontairement et implanter stratégiquement.

Une des solutions proposées par Davidson (2013) est d'introduire en Alberta deux régions, la Nord et la Sud. En effet, l'organisation locale des services exigent une grande latitude [*considerable latitude*]; les prestataires de soins et les gestionnaires cliniques prennent des décisions localement et requièrent, localement, des outils, habiletés, connaissances. Donc, les fonctions de soutien financier, de ressources humaines, de services d'information seront basées auprès des organisations locales de prestation de services.

5. La centralisation des pouvoirs dans les mains du ministre

Le projet de loi 10 propose une centralisation des pouvoirs, d'une part des établissements locaux vers les nouveaux centres intégrés régionaux et, d'autre part des agences vers le ministère et le ministre. La raison invoquée de cette centralisation est le présumé gain d'efficacité qui serait le résultat d'une meilleure intégration des services et d'une diminution des coûts de prestation de services. Les professeurs du Département d'administration de la santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal remettent en question ces postulats qui ne sont pas soutenus par des preuves scientifiques.

Après une vague de décentralisation dans la deuxième moitié du 20^{ème} siècle qui a eu un effet synergique bien démontré sur l'entrepreneuriat et l'efficacité des organisations de santé, on assiste depuis le début du 21^{ème} siècle à des tentatives de retour à la centralisation des réseaux de santé, notamment dans les pays scandinaves⁴⁸. Cette nouvelle tendance tarde à démontrer ses bienfaits et, comme c'est le cas pour les fusions discutées précédemment, certains effets pervers commencent à être observés.

Comme nous l'avons vu dans les sections précédentes, la prestation des services de santé et des services sociaux doit reposer sur les besoins de la population desservie. Fournir des services à une population en régions éloignées, dans des milieux défavorisés, dans des régions métropolitaines ou auprès de communautés ethniques, linguistiques ou culturelles différentes ne fait pas appel aux mêmes structures ni aux mêmes priorités. Les établissements de santé et

⁴⁸ Saltman RB. Decentralization, re-centralization and future European health policy. *European J Public Health*. 2008;18(2):104-106.

de services sociaux doivent donc être très attentifs aux besoins des communautés qu'ils desservent, ce qui implique que le centre de décision doit être le plus près possible de la population desservie. Les centres intégrés proposés entraîneront un effet centripète des centres de décision vers les villes centres, laissant ainsi en plan les populations des zones périphériques. À Montréal, les centres intégrés desservent des populations très hétérogènes et amalgament des établissements à vocation linguistiques ou ethnoculturelles dont les besoins risquent d'être marginalisés ou ignorés par le centre de décision.

Des organisations centralisées en quête d'efficience ne tarderont pas à remettre en question des services de proximité, notamment dans des zones plus périphériques. Ces services qu'une analyse désincarnée justifie moins risquent d'être rapatriés dans des zones plus peuplées dans un souci d'efficience et de réduction de coût. Or, un tel éloignement des services risque de limiter l'accès à des populations vulnérables ou défavorisées, accentuant ainsi les inégalités de santé de la population.

En plus de la perte d'identité des établissements engendrée par une centralisation, les données probantes montrent que la performance et l'adaptation des organisations est liée à la vitalité de la culture locale dans laquelle elles s'enracinent et la pertinence des modèles de gestion utilisés^{49, 50, 51}.

Les fusions d'établissements entraînent une perte importante du sentiment d'appartenance du personnel et des professionnels à l'organisation. Restaurer un tel sentiment d'appartenance prend souvent beaucoup de temps et d'énergie avec des chances de succès inversement proportionnelles à l'ampleur de la fusion et à la taille des organisations créées. Un tel phénomène a été observé au Québec dans plusieurs établissements regroupés ou fusionnés, notamment lors de la réforme de 2003. Par la centralisation des centres de décision, ces fusions entraînent une perte de leadership local dans les organisations. Les données probantes

⁴⁹ Baker GR, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmacovich K, Born K. *High performing healthcare systems: Delivering quality by design*. Toronto: Longwoods Publishing, 2008.

⁵⁰ Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB et coll. Transformational change in health care systems: An organizational model. *Health Care Management Review*, 2007;32(4): 309-320.

⁵¹ Mintzberg H. *L'organisation professionnelle* (Chap. 10). *Le management, voyage au centre des organisations*. Les éditions de l'organisation, 1990.

montrent que la loyauté organisationnelle et le leadership local sont des facteurs-clés de la motivation et de la performance du personnel et des professionnels^{52, 53, 54, 55}.

Le vieillissement de la population amène une prépondérance des maladies chroniques qui commande un changement majeur de paradigme que certains n'hésitent pas à qualifier de révolution⁵⁶. L'engagement du patient devient un incontournable, non seulement dans la prestation de soins mais aussi dans la gouvernance des organisations de santé et l'élaboration des politiques publiques⁵⁷. Plusieurs pays ont enclenché des démarches pour susciter l'engagement des patients et du public dans les organisations sociosanitaires et l'élaboration des politiques publiques. Le Québec a fait figure de pionnier dans la participation citoyenne à la gouvernance des établissements de santé. Au cours de la dernière décennie mais surtout depuis 2011 avec le projet de loi 127, la loi sur la santé et les services sociaux prescrit une participation des usagers au conseil d'administration (c.a.) des établissements. Ainsi, le c.a. doit inclure deux personnes indépendantes (c'est-à-dire non employé, cadre ou médecin de l'établissement) élues par la population en plus de deux personnes représentantes du comité des usagers et six personnes cooptées dont une provenant des organismes communautaires de la région. Le c.a. de l'agence de la santé et des services sociaux (ASSS) doit pour sa part compter cinq personnes indépendantes choisies parmi les membres de c.a. des établissements, une personne choisie parmi les représentants des comités d'usagers et une personne choisie parmi celles représentant les organismes communautaires.

La loi prescrit aussi la mise en place d'un comité des usagers et oblige les établissements à mettre en œuvre des mécanismes d'information et de consultation de la population via un site internet et la constitution d'un forum de la population au sein de l'ASSS. Le RUIS de l'Université

⁵² Choi S, Holmberg I, Löwstedt J, Brommels M. Executive management in radical change – The case of the Karolinska University Hospital merger. *Scan J of Management* 2011;27:11-23.

⁵³ Hastings SE, Armitage GD, Mallinson S, Jackson K, Suter E. Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes : a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14: 479.

⁵⁴ Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, Westert G, Kene T *Leadership and governance in seven developed health systems. Health Policy,* 2012;106(1):37-49.

⁵⁵ Garman AN, McAlearney AS, Harrison MI, Song PH, McHugh M. High-Performance work systems in health care management, Part I : Development of an evidence-informed model. *Health Care Management Review,* 2011; 36(3):201-213.

⁵⁶ Richards T., Montori V. M., Godlee F., Lapsley P., Paul D. Let the patient revolution begin. *BMJ,* 2013; 346:f2614. doi: 10.1136/bmj.f2614.

⁵⁷ Rowe G, Frewer LJ. A Typology of Public Engagement Mechanisms. *Science, Technology and Human Values,* 2005; 30:251-290.

de Montréal a d'ailleurs entrepris une démarche visant à accompagner les établissements de son réseau dans la mise en place de pratiques collaboratives optimales, notamment en formant des usagers pour participer aux comités des usagers et aux équipes cliniques dans une perspective de co-construction⁵⁸.

Le projet de loi 10 modifie considérablement la gouvernance des établissements de santé. Si le projet de loi est adopté tel que présenté, les membres des c.a. seront dorénavant nommés par le ministre et choisis selon leur compétence de gestion, ce qui constitue un recul important dans l'implantation au Québec d'une véritable démocratie sanitaire.

L'intégration des services constitue un autre élément essentiel du nouveau paradigme des services de santé adaptés à la population vieillissante présentant surtout des maladies chroniques. Que ce soit pour des maladies spécifiques (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires) ou des populations (personnes âgées), le Québec a développé et implanté des modèles d'intégration novateurs et performants. Or, l'intégration nécessite une décentralisation des structures et des organisations et une flexibilité locale^{59, 60, 61}. L'intégration structurelle comme celle qui est proposée par le PL 10 n'est pas gage d'une intégration fonctionnelle, bien au contraire. L'expérience québécoise de l'implantation du Réseau intégré de services pour les personnes âgées (RISPA) a bien montré que cette implantation a été ralentie par la réforme de 2003 créant les CSSS et que dans certains cas, ces fusions d'établissements ont été un obstacle à la mise en place d'un réseau intégré fonctionnel et efficace⁶². La fusion des différentes missions a bien souvent accentué le travail en silo à l'intérieur même des organisations créées. Ces fusions ont entraîné aussi un éloignement des

⁵⁸ Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Montréal : RUIS Université de Montréal, 2013. 62 p.

http://ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf

⁵⁹ Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*. 2009; 9 : e82.

⁶⁰ Perlin JB, Kolodner RM, Roswell RH. The Veterans Health Administration: Quality, Value, Accountability, and Information as Transforming Strategies for Patient-Centered Care. *American Journal of Managed Care*. 2006; 10(11) : 828 – 836.

⁶¹ Vedel I, Monette M, Béland F, Monette J, Bergman H. Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. *International Journal of Integrated care*, 2011; 11(7): 1-11.

⁶² Institut national de santé publique du Québec. *Synthèse des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées*. Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services. Février 2014.

réseaux communautaires et ont diminué les partenariats avec les autres prestataires de soins⁶³. Cet effet pervers des intégrations structurales a aussi été démontré dans d'autres pays⁶⁴.

Au plan socioéconomique, la centralisation des organisations et la perte de contrôle local des établissements risquent d'entraîner des effets négatifs non négligeables. En effet, dans des zones périphériques des régions du Québec, les établissements de santé constituent bien souvent des éléments majeurs pour la vitalité des communautés et des employeurs importants. En plus, de provoquer la disparition du contrôle local des établissements, le PL 10 risque de vider ces zones des gestionnaires et dirigeants qui seront rapatriés dans les centres de décision régionaux. Par la fusion des accréditations syndicales, ces zones périphériques souffriront d'un effet centripète de la main d'œuvre dont la migration vers la ville centre sera facilitée. On risque ainsi d'accroître l'instabilité du personnel et d'accentuer les pénuries de main d'œuvre dans ces zones.

En résumé, la réforme proposée avec le PL 10 entraîne une centralisation du réseau de la santé et des services sociaux qui va à l'encontre des courants de décentralisation et risque de déconnecter le réseau des besoins de la population desservie, de limiter l'accès aux services à des populations vulnérables ou plus éloignées des villes centres, d'accentuer les inégalités de santé, de freiner les efforts d'intégration des services, de stopper la démocratie sanitaire et l'engagement des patients et du public dans la gouvernance des organisations, de limiter le sentiment d'appartenance du personnel et des professionnels ainsi que d'accentuer les pénuries de main d'œuvre et de miner la vitalité économique en zones périphériques.

CONCLUSION

Les professeurs du département d'administration de la santé signataires de ce mémoire appuient les objectifs poursuivis par le projet de loi. Cependant, la vision mécanique des organisations sur laquelle repose celui-ci n'est pas adaptée aux organisations de santé. Compte tenu des caractéristiques de celles-ci, il faut plutôt adopter une vision dite intelligente des

⁶³ Bourque D, Lachapelle R. *Le processus de création du CSSS et la reconfiguration du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement*. Montréal : Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Groupe de recherche et d'intervention régionales et Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales. 2009.

⁶⁴ Demers L. (2013). Mergers and integrated care : the Quebec experience. *International Journal of Integrated Care* 13: 22.

organisations, laquelle appelle des moyens autres que ceux proposés par le projet de loi 10 si on veut atteindre les objectifs visés. De plus, selon les données probantes, la fusion de tous les établissements publics d'une même région n'est pas une garantie d'économies, au contraire. L'intégration des services via des ententes serait plus avantageuse à plusieurs égards (accessibilité, continuité, globalité des soins, etc.) que la fusion pure et simple, surtout si le nombre d'établissements à fusionner est grand. Enfin, si le ministre tient à aller de l'avant, avant d'appliquer dans des contextes très différents à travers la province une fusion d'établissements tout azimut, il serait souhaitable d'expérimenter cette approche dans une région de taille moyenne afin de voir si les effets attendus se matérialisent et, surtout, dans quelles conditions.

En ce qui concerne la bureaucratie, les dépenses administratives ont globalement suivi une pente descendante dans les provinces canadiennes et le Québec ne fait pas exception. Et sauf coïncidences historiques, il est difficile d'associer cette diminution à une modalité particulière de réforme structurelle, que ce soit la régionalisation, la centralisation ou l'abolition des conseils d'administration des établissements. Il ne resterait plus qu'à expérimenter leur résurrection pour compléter le tableau.

Les données sur les dépenses administratives indiquent qu'elles ne forment qu'une partie minimale des dépenses du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, même s'ils sont plus élevés qu'ailleurs au Canada. Leur évolution est sous contrôle, impossible d'identifier un quelconque dérapage. La différence entre le Québec et le reste du Canada est profondément structurelle, elle ne saurait être attribuée à la régionalisation et la recherche des raisons de cette différence n'a pas fait partie de la démarche du Ministre dans la formulation du projet de loi 10.

Il est remarquable que les mêmes bilans et les mêmes problèmes surgissent dans toutes les provinces, avec quelques nuances, de principes d'organisation et de structures si différents. Toutes ont expérimenté la régionalisation, mais sous des formes très différentes : les établissements ont gardé leur conseil d'administration, en d'autres cas ils les ont perdus au bénéfice des régions. L'Alberta s'est successivement engagée dans la régionalisation, pour s'y soustraire. Le cas albertain a ceci d'intéressant qu'il pointe dans des directions pertinentes pour examiner les réformes des services de santé qui se dirige vers la centralisation :

1. L'hypercentralisation mène l'administration générale à s'éloigner des préoccupations du terrain, entre autres de la dimension clinique de la prestation des soins, pour se concentrer sur les aspects politiques et corporatifs de l'entité;
2. La gestion se concentre sur les crises, la préparation de documents internes, l'évitement des problèmes concrets des établissements, le développement d'une expertise abstraite et éloignée des réalités de la prestation des soins;
3. Les centres de décision et d'expertise se concentrent dans l'appareil centrale, plutôt que de se situer dans les établissements, auprès des prestataires de soins, là où ils sont nécessaires;
4. Les outils, habiletés, connaissances nécessaires à une gestion innovante des services cliniques sont détournés au profit d'exercices de reddition de compte qui servent les fins de l'administration centrale et qui n'ont aucune utilité pour les établissements et les prestataires de services;
5. Plutôt que de favoriser une gestion dynamique, l'hypercentralisation transforme la gestion en processus bureaucratique.

Quant à la centralisation des pouvoirs qu'engendre le projet de loi, nous croyons qu'elle va à l'encontre de la décentralisation nécessaire à un système de santé qui répond aux besoins de sa population. Un système de santé efficace et efficient doit au contraire rapprocher les centres de décision des lieux de prestation afin d'adapter les services, notamment aux populations défavorisées et dans les zones plus périphériques. La réforme proposée risque de limiter l'accès à ces populations et d'accentuer les inégalités sociales.

La centralisation engendrera aussi une perte d'identité des établissements et une diminution importante du sentiment d'appartenance du personnel et des professionnels. À la lumière des données probantes, un risque important de démotivation et de diminution de la performance est à anticiper. On sait aussi que la centralisation est un obstacle important à l'intégration des services et à la migration de notre système de santé de l'hospitalocentrisme actuel vers la communauté afin de mieux répondre au vieillissement de la population et aux maladies chroniques. Enfin, au plan socio-économique, la centralisation risque de vider les communautés plus périphériques de leurs leaders et du personnel qui seront attirés vers les villes centres. En plus de dévitaliser le territoire, ce phénomène risque d'accentuer les pénuries de personnels dans ces secteurs et de limiter davantage l'accès à des services de qualité pour ces populations.