

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN GESTION DES PMO

PAR  
DENYS BRETON, M.D. F.R.C.P.(C)

ÉTUDE SUR LA RAISON D'ÉCHEC OU DE SUCCÈS LORS  
DE LA FUSION DE DEUX CENTRES HOSPITALIERS:  
LE CAS DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LA BEAUCE

DÉCEMBRE 1993



### **Mise en garde/Advice**

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

## RÉSUMÉ

En 1982, suite à d'un décret ministériel, le Centre Hospitalier de la Région de la Beauce était créé. La formation de cet ensemble de santé, fruit de la fusion des deux (2) hôpitaux de la Beauce, à savoir l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce situé à Saint-Georges et l'Hôpital Saint-Joseph de Beauceville, était perçue comme nécessaire par la majorité des intervenants locaux et régionaux. Tous reconnaissaient que la mise en commun des ressources et l'élimination des duplications pouvaient permettre d'offrir dans la région des services de santé de façon efficace et efficiente.

Malgré l'atteinte des objectifs, à savoir la résorption des déficits budgétaires et le développement de nouveaux services, le Centre Hospitalier de la Région de la Beauce fut démantelé en 1988. Ce travail se propose de découvrir les raisons de cet échec de la fusion; car si cette structure organisationnelle permet d'actualiser les objectifs parfois contradictoires d'accessibilité et de rentabilité, la connaissance des embûches qui compromettent son utilisation devient primordiale à ceux qui comme gestionnaires voudront profiter des bienfaits de cet outil de rationalisation.

Le cadre conceptuel s'articule selon trois (3) axes d'investigation. En premier, la pertinence du choix de ce modèle pour créer des liens entre des organismes de santé sera évaluée. Puis l'intégration des différents facteurs organisationnels sera questionnée; à savoir si des différenciations selon les facteurs spatial, géographique, économique, psycho-social, culturel, et politique se sont maintenues ou sont apparues. Enfin le processus décisionnel sera évalué à la lumière de ses conséquences.

Grâce aux données recueillies par la consultation des archives des centres hospitaliers et surtout par l'interview de trente-quatre (34) intervenants représentant tous les secteurs, les conclusions suivantes ont été tirées. Le modèle d'arrangement interétablissement était approprié. Des écarts dans l'intégration du facteur politique ont entraîné des différenciations dans les facteurs géographique, spatial et culturel. Cette confrontation entre administrateurs-médecins aux conséquences néfastes pour l'organisation a été engendrée par un processus décisionnel déficient en ce qui a trait au partage des services entre les deux pavillons.

S'inspirant de Mintzberg, la conclusion suivante pourrait être tirée : une méritocratie professionnelle est devenue une arène politique parce qu'aucune planification stratégique n'est venue appuyer un partage de services entre les deux composantes du Centre Hospitalier de la Région de la Beauce.

## REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier tous ceux qui l'ont assisté dans la rédaction de ce travail. En premier, sans vouloir les nommer tous pour respecter la confidentialité que quelques uns ont demandé, je voudrais souligner l'apport des trente-quatre (34) personnes qui ont accepté de livrer leur perception face au vécu du Centre Hospitalier Régional de la Beauce.

L'auteur voudrait souligner, de façon particulière, la contribution de quelques personnes qui ont apporté des informations précieuses. D'abord, Mme Lorraine Morin et M. Gilles Morin qui ont facilité l'accès aux documents conservés dans chaque centre hospitalier; la première à l'Hôpital de Saint-Georges et le second, à celui de Beauceville. MM Clermont Bégin et Marc Bélanger, tous deux de la Faculté des sciences de l'administration à Laval qui ont fourni des documents inédits sur des expériences de création de liens interétablissements dans le réseau de la santé du Québec. M. François Bilodeau, directeur des finances de l'hôpital de Saint-Georges, qui a fourni les statistiques hospitalières. L'auteur remercie également MM Gilles Rémillard et Gaétan Boissonneault qui, en tant que directeur et conseiller financiers du Centre Hospitalier de la Région de l'Amiante (C.H.R.A.), ont analysé les données financières du Centre Hospitalier Régional de la Beauce (C.H.R.B.).

L'auteur voudrait souligner l'apport de ceux qui ont lu les premières versions de ce travail et qui l'ont enrichi de leurs commentaires : Dr Pierre Lavigne, Dr Camille Lessard et Mme Lise Fournier. L'auteur remercie, Mmes Jocelyne Lessard et Véronique Vachon qui ont contribué à la mise en page de ce travail.

Enfin, l'auteur est reconnaissant à M. André Briand, professeur au département des sciences économiques et d'administration de l'Université du Québec, à Chicoutimi, qui a agi comme directeur académique du présent projet; à ce titre ses conseils et son appui se sont avérés essentiels.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	iv
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
 CHAPITRE PREMIER : PROBLÉMATIQUE .....	 1
Situation du réseau hospitalier dans la Beauce .....	1
Solution au problème de la Beauce .....	5
Création du Centre Hospitalier Régional de la Beauce .....	9
Objectif de l'étude .....	12
 DEUXIÈME CHAPITRE : LE CADRE CONCEPTUEL .....	 14
Trois variables .....	15
I) Les différents modèles d'entente interétablissement. ....	18
II) L'intégration des facteurs organisationnels .....	23
A) Facteurs organisationnels non retenus .....	24
B) Facteurs organisationnels retenus .....	26
1- Facteur spatial .....	26
2- Facteur géographique .....	27
3- Facteur économique .....	28
4- Facteur psychosocial .....	28
5- Facteur culturel .....	29
6- Facteur politique .....	31
III) Le processus décisionnel .....	38
Conclusion .....	41

<b>TROISIÈME CHAPITRE : LA MÉTHODOLOGIE</b>	<b>42</b>
Méthode qualitative	42
Critères scientifiques d'un cas unique	43
Éléments de validation	44
 <b>QUATRIÈME CHAPITRE : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</b>	 <b>50</b>
I- Le choix du modèle organisationnel	50
II- Les facteurs organisationnels	53
2.1- Facteur spatial	53
2.1.1.- Les installations	54
2.1.2.- Le nombre d'employés	55
2.1.3.- La clientèle	56
2.1.4.- L'équipe médicale	57
2.2- Facteur géographique	59
2.2.1.- La distance physique	59
2.2.2.- La distance psychologique	62
2.3.-Facteur économique	63
2.4.-Facteur psycho-social	64
2.5.-Facteur culturel	65
2.6- Facteur politique	66
2.6.1.- Les acteurs	67
2.6.2.- Leurs relations	73
2.6.3.- Les conflits majeurs	78
III- Les étapes du processus décisionnel	81
3.1- Identification du problème	82
3.2- Développement de solutions	83
3.3- La sélection	83
3.4- L'implantation	84
Résumé	87

CINQUIÈME CHAPITRE : LA DISCUSSION . . . . .	91
Conditions de succès. . . . .	91
5:1- Étude de faisabilité. . . . .	92
5:2- La collaboration des intervenants locaux . . . . .	94
Caractéristiques des deux (2) acteurs . . . . .	99
Les avantages des deux (2) acteurs . . . . .	101
Les raisons de la disparition du C.H.R.B. . . . .	104
SIXIÈME CHAPITRE : CONCLUSION . . . . .	106
RÉFÉRENCES HISTORIQUES . . . . .	111
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES. . . . .	124
BIBLIOGRAPHIE PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE . . . . .	138
ANNEXE. . . . .	147

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau : no. 1:1-	Avantages des ensembles de santé . . . . .	147
Tableau : no. 1:2-	Comparaison entre le contexte québécois et américain par rapport aux ententes interétablissement . . . . .	9
Tableau : no. 2:1-	Les causes d'échec du C.H.R.B. . . . .	148
Tableau : no. 2:2-	Caractéristiques des huit (8) modèles selon Flotter (1982) .	149
Tableau : no. 2:3-	Rapports culturels lors d'une fusion . . . . .	30
Tableau : no. 2:4-	Les cinq (5) parties de l'organisation . . . . .	150
Tableau : no. 2:5-	La bureaucratie professionnelle . . . . .	150
Tableau : no. 2:6-	L'arène politique . . . . .	151
Tableau : no. 3:1-	Catalogue visuel des acteurs . . . . .	152
Tableau : no. 3:2-	Cadre visuel des causes de l'échec du C.H.R.B. . . . .	153
Tableau : no. 3:3-	Données de l'interviewé . . . . .	154
Tableau : no. 3:4-	Perceptions de l'interviewé . . . . .	155
Tableau : no. 3:5-	L'acteur : le ministère . . . . .	156
Tableau : no. 3:6-	L'acteur : Marc Bélanger, 1er directeur général . . . . .	157

## LISTE DES TABLEAUX (suite)

Tableau : no. 4:1-	Le choix du modèle d'organisation . . . . .	51
Tableau : no. 4:2-	Réactions à la décision du Ministre . . . . .	52
Tableau : no. 4:3-	Les installations . . . . .	54
Tableau : no. 4:4-	Le nombre d'employés . . . . .	55
Tableau : no. 4:5-	La clientèle . . . . .	56
Tableau : no. 4:6-	Le personnel médical . . . . .	57
Tableau : no. 4:7-	Les déplacements entre les deux (2) pavillons . . . . .	59
Tableau : no. 4:8-	Caractéristiques des deux (2) municipalités . . . . .	62
Tableau : no. 4:9-	Bilan financier . . . . .	63
Tableau : no. 4:10-	Nombre d'administrateurs et de médecins . . . . .	66
Tableau : no. 4:11-	L'objectif principal de chaque acteur . . . . .	68
Tableau : no. 4:12-	La contrainte majeure de chaque acteur . . . . .	69
Tableau : no. 4:13-	Les sources de pouvoir des acteurs . . . . .	70
Tableau : no. 4:14-	L'acteur principal . . . . .	73
Tableau : no. 4:15-	Les conflits majeurs . . . . .	80
Tableau : no. 4:16-	Étapes du processus décisionnel . . . . .	85
Tableau : no. 4:17-	Les causes d'échec du C.H.R.B. . . . .	88

# **PREMIER CHAPITRE**

## **PROBLÉMATIQUE**

### **SITUATION DU RÉSEAU HOSPITALIER DANS LA BEAUCE**

À 100 km de Québec dans la Beauce, les gestionnaires des deux centres hospitaliers de la région sont confrontés, comme tous leurs confrères, à la nécessité de contenir les coûts tout en augmentant la quantité et la qualité des services offerts à la population. Ces impératifs, découlant de contraintes économiques imposées par le gouvernement, les obligent à envisager l'emploi des moyens de rationalisation identifiés par Zuckerman<sup>1</sup> : ceux-ci sont la rentabilisation d'équipements dispendieux, l'utilisation maximale des ressources humaines, technologiques, financières et enfin l'élimination des duplications. Ces impératifs découlant des priorités économiques imposées par le tiers payant, obligent les gestionnaires à abandonner les affrontements du passé et à construire une unité d'action.

La situation dans la Beauce se résume ainsi : deux (2) établissements sont situés à quinze (15) kilomètres l'un de l'autre. L'hôpital de Saint-Georges possède une vocation unique de soins aigus et une capacité de 155 lits; l'autre, situé à Beauceville, remplit une triple vocation, soins aigus (95 lits), soins prolongés (60 lits) et hébergement (82 lits)<sup>(1)</sup><sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Les chiffres romains identifient les renvois aux références historiques placées en fin du document.

Ces établissements possèdent des édifices complémentaires : l'hôpital de Saint-Georges a rénové dernièrement les services d'urgence, de clinique externe, de radiologie et de laboratoire. L'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce offre la majorité des services chirurgicaux de la région. Cet établissement, plus près que l'autre de la frontière américaine, dessert une population plus nombreuse et plus dense que celle de son voisin.

Le deuxième de ces établissements, l'Hôpital Saint-Joseph, a, pour sa part, complété dernièrement des immobilisations dans les secteurs suivants : le bloc opératoire, le bloc obstétrical, la pouponnière, et la pédiatrie. L'équipe de gestionnaires qui dirige l'hôpital de Beauceville, se distingue de l'autre par son dynamisme et sa meilleure formation académique.

Malgré leur proximité et la complémentarité de leurs installations, tout dans leur vécu les maintient en opposition et nuit à une utilisation efficiente maximale des ressources de la région. La concurrence oblige la présence de duplications dans des secteurs de base, empêchant ainsi de libérer des fonds nécessaires au développement de nouveaux services.

Cet antagonisme s'enracine dans une rivalité tribulaire d'un passé dont voici les principaux événements. En 1930, les soeurs de la Charité établissent un dispensaire dans la ville où le chemin de fer se termine, Beauceville. Leurs voisins du sud parviennent à sensibiliser les autorités gouvernementales à leurs besoins de santé : les augustines, le 19 mars 1950, inaugurent l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce à Saint-Georges.

Au printemps 1962, réalisant que les besoins en soins de santé de la population dépassent les capacités des institutions dont c'est la responsabilité, le ministre de la Santé dans le gouvernement Lesage annonce l'intention de son ministère de procéder à l'agrandissement de l'hôpital de Beauceville : celui-ci deviendra un hôpital général comportant 150 lits pour soins aigus et plus de 50 lits pour malades chroniques.

Les trente-cinq (35) médecins de l'hôpital de Saint-Georges dénoncent cette décision, accusent le ministre de profiter de sa position d'autorité pour se venger<sup>(II)</sup> et prophétisent que la proximité de deux (2) hôpitaux d'égale importance fragmentera la clientèle et empêchera ainsi la formation d'une équipe médicale diversifiée.

L'agrandissement de l'hôpital de Beauceville empêchera pendant pratiquement 20 ans, la région de la Beauce de se doter des services complets propres à répondre aux besoins des citoyens<sup>(III)</sup>.

L'analyse de la situation beauceronne en 1980 fait ressortir la justesse de cette prédiction. Aucun des centres n'est parvenu à développer des services de santé répondant aux attentes de la population.

L'observation révèle la présence de deux pôles d'attraction <sup>(IV)</sup> : dans ces circonstances, la masse critique de clientèle qui permettrait d'attirer les ressources professionnelles ne peut être atteinte. Par voie de conséquence, certains services médicaux ne peuvent se développer<sup>2</sup>. Cette absence d'une équipe médicale spécialisée entraîne un exode de la clientèle vers Québec : 42 % des patients nécessitant une hospitalisation

reçoivent leurs services de santé hors de la Beauce. D'après des études du C.R.S.S.S.-03, plus de 50 % de ces cas seraient récupérables si les services devenaient disponibles dans la région : en termes simples, 3 327 patients par année pourraient éviter les inconvénients reliés aux déplacements si les services existaient dans la Beauce <sup>(v)</sup>.

Les duplications empêchent les hôpitaux de remplir leur mission : les services qu'ils offrent ne répondent pas aux besoins de la population malgré que les gestionnaires y consacrent des sommes supérieures à celles autorisées. Les résultats financiers montrent que les deux centres hospitaliers ne répondent pas au besoin de la clientèle et ce malgré que les gestionnaires consacrent à cette fin des ressources supérieures à celles octroyées par le ministère : ainsi les deux (2) hôpitaux ont accumulé un déficit qui se chiffre à quelques 3 150 000 \$ au 31 mars 1980. Les rapports périodiques indiquent que la situation ne s'améliorera pas à court terme : l'exercice 80-81 pourrait se solder par un déficit supplémentaire de 1 800 000 \$ dont 1 200 000 \$ à Saint-Georges et 600 000 \$ à Beauceville <sup>(vi)</sup>.

Comment sortir de la situation paralysante actuelle ? Est-ce que l'établissement de liens organisationnels pourrait résoudre cette problématique? D'après plusieurs, la création d'un ensemble de santé permettrait de corriger beaucoup des problèmes éprouvés dans la distribution des soins de santé dans la région.

## LA SOLUTION AU PROBLÈME DE LA BEAUCE

Pellan (1983)<sup>3</sup> définit ainsi les ensembles de santé : des regroupements d'organisations, offrant des services de santé, mettent en commun des ressources dans le but d'améliorer leur efficacité. Ces liens organisationnels peuvent se nouer selon différents modèles dépendant de plusieurs facteurs dont l'autonomie administrative conservée par chacun, la nature des liens inter-organisationnels, etc. D'après plusieurs auteurs, les gestionnaires du réseau de la santé ont intérêt à établir des ensembles de santé. Ces auteurs sont Begin (1977)<sup>4,5,6</sup>, Hirsh(1975)<sup>7</sup>, Flotter(1982)<sup>8</sup>, Bradley(1980)<sup>9</sup>, Schermerhorn(1979)<sup>10,11</sup>, Mccool(1976)<sup>12</sup>, Ermann(1984)<sup>13</sup>, Pfeffer (1976)<sup>14</sup>, Johnson(1976)<sup>15</sup>, Longest(1980)<sup>16</sup>, Tippitts (1973)<sup>17</sup>, Rapaport(1975)<sup>18</sup>, Brown(1976)<sup>19</sup>, et Zuckerman(1979)<sup>20</sup>. Ces bienfaits sont :

- 1- De faire des économies d'échelle dans les secteurs techniques, administratifs et auxiliaires en atteignant une masse critique;
- 2- De concentrer des ressources peu abondantes;
- 3- D'augmenter l'accessibilité des soins surtout en zone rurale;
- 4- D'assurer le pouvoir et l'influence de l'organisation sur l'environnement;
- 5- D'augmenter l'expertise grâce à une plus grande variété de spécialistes concentrés dans la même organisation;
- 6- D'améliorer la qualité des services donnés à la population;
- 7- De favoriser une planification régionale.

En permettant d'atteindre une masse critique et en facilitant une planification régionale qui évite les duplications stériles, la constitution d'un ensemble de santé promet l'obtention de nombreux bienfaits à la fois pour l'institution et pour la clientèle.

L'institution peut retirer d'une entente des bienfaits d'abord au niveau économique comme une augmentation de la productivité et une diminution des besoins en équipement. Des avantages se manifestent aussi pour l'organisation dans la gestion du personnel en facilitant son recrutement, sa rétention et la création d'équipes multidisciplinaires.

Quant à la clientèle, elle peut s'attendre à une amélioration de la qualité, de la diversité et de l'accessibilité des services. Zuckerman (1979)<sup>21</sup>, a précisé les avantages suscités par la création d'ensembles de santé dans un tableau présenté en annexe (annexe 1.1) où sont identifiés les bienfaits à la fois pour l'institution et pour la clientèle aussi bien au niveau économique qu'au niveau des ressources humaines.

Malgré la promesse d'avantages nombreux, la mise en place de ces liens se heurte souvent dans la réalité à des obstacles que Schermerhorn (1979)<sup>22</sup> situe à trois (3) niveaux :

#### 1- Barrières à l'intérieur de l'hôpital

En plus d'une résistance générale au changement, la création d'un regroupement peut se buter à la crainte, pour le conseil d'administration, de la perte d'autonomie et à l'inquiétude, pour le personnel, de voir menacer son sentiment d'appartenance à un centre

de santé porteur d'une culture propre. L'opposition la plus farouche est suscitée quand cette démarche entraîne des pertes d'emploi et remet en cause les lignes hiérarchiques.

## 2- Barrières dans les relations entre les 2 centres

La compétition antérieure pour une même clientèle peut nuire à l'établissement d'un climat de confiance : la mise en place d'une coopération étroite étant compromise par des sentiments d'infériorité ou de supériorité hérités du passé.

## 3- Barrières dans l'environnement externe

Les rivalités historiques entre deux (2) communautés sociales peuvent nuire à la mise en commun de ressources de santé, surtout si l'établissement a un effet structurant sur la vie économique et culturelle du milieu.

Conscient de ces avantages et de ces obstacles, le Congrès américain, dans une loi de 1974, fixe sa politique en ce qui concerne la distribution des services de santé. Celle-ci repose sur dix orientations dont voici les trois (3) principales<sup>23</sup> :

- le développement de systèmes multiinstitutionnels pour coordonner ou consolider les institutions de santé;
- le développement de structures multiétablissements pour le partage de services de support;
- le développement par les institutions de santé de la capacité de dispenser des niveaux de service intégrés sur une base géographique<sup>24</sup>.

Selon Treat (1976)<sup>25</sup>, une troisième vague d'accords entre les institutions fut ainsi lancée aux États-Unis; la première dans les années 20 et la seconde après la seconde guerre avaient entraîné la création des grandes institutions de renommée internationale comme la Clinique Mayo à Rochester, au Minnesota. Au cours de la décennie qui a suivi l'action législative du Congrès, plus de 85 % des institutions ont conclu des ententes de coopération. Un phénomène de cette ampleur ne pouvait qu'avoir des répercussions au Québec. Malo (1983) résumait ainsi le point de vue du ministère à ce sujet :

La fusion<sup>26</sup> n'est pas un objectif en soi, c'est un moyen d'assurer une meilleure rationalisation d'un réseau d'établissements et de services tout en essayant de maintenir le cap sur les objectifs fondamentaux à l'égard des bénéficiaires. Pour le ministère, les fusions constituent un moyen de rationaliser le réseau.

Alors que tous les intervenants québécois connaissent les avantages de créer des liens entre les institutions, des caractéristiques qui différencient le contexte québécois du milieu américain freinent l'introduction de ce mouvement au Québec. Ici, le gouvernement fournit seul les ressources financières de sorte que les différentes institutions, dans tout leur vécu, n'affrontent jamais les forces du marché<sup>27</sup>. Leur création et leur développement sont tributaires de décisions politiques plutôt que de l'identification des besoins de la clientèle. Les institutions ne subissent de l'économie que les pressions que le gouvernement veut leur transmettre. De sorte que leur survie n'étant pas menacée, leur désir d'autonomie les rend réticents à établir des relations avec d'autres.

Chez le voisin du Sud, plusieurs institutions visent une même clientèle. Pour s'assurer un taux d'occupation<sup>28,29</sup> permettant la survie économique, chaque centre doit offrir aux patients et aux médecins, l'accès aux derniers progrès technologiques. L'ensemble de ces éléments poussent les gestionnaires à rechercher des partenaires dans le but évident d'augmenter leur performance et d'assurer leur existence. Pellan et Lapointe, en octobre 1983<sup>30</sup>, ont dressé un tableau qui résume ces différences entre ces deux sociétés:

Tableau 1: Comparaison entre le contexte québécois et américain par rapport aux ententes interétablissement.

CARACTÉRISTIQUES	CONTEXTE	
	QUÉBÉCOIS	AMÉRICAIN
Propriété	publique	privée
Importance de la survie	négligeable	cruciale
vécu du regroupement	débute	troisième vague
décision	imposée	volontaire
attitude du milieu	fermée négative	ouverte positive
comportement	passif	actif

### CRÉATION DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LA BEAUCE(C.H.R.B.)<sup>2</sup>

Ces renseignements, fournis par la littérature, soulignent que la situation beauceronne n'a rien d'exceptionnelle. La région profiterait de l'établissement de liens entre les deux

---

<sup>2</sup> C.H.R.B. : Centre hospitalier régional de la Beauce.

parvenir. Cette région souffre de plusieurs préjudices que la création d'un ensemble de santé promet de corriger : les institutions en place font preuve d'un manque de productivité, de performance et d'efficacité. La région éprouve des difficultés de recrutement du personnel médical. La population va en grand nombre chercher ses services de santé hors région. Les Beaucerons n'ont pas accès chez eux à une gamme de services de base : l'échographie est absente faute de radiologistes.

Même si plusieurs obstacles décrits par Schermerhorn (1979) existent, comme les rivalités entre équipes de médecins et l'antagonisme des deux villes, les gestionnaires régionaux sont persuadés que la solution à cette problématique est la fusion. Or en 1981, la situation favorise leur implication dans le dossier.

Une nouvelle génération de médecins forme l'équipe professionnelle. Moins tributaires des querelles passées et plus conscients des difficultés financières éprouvées par leur centre hospitalier, ils établissent un dialogue<sup>(VII)</sup> et réclament la formation d'un seul Conseil des Médecins Dentistes et Pharmaciens (CMDP) : en autant que l'existence d'un seul conseil d'administration peu importe, ils réclament la formation d'un seul CMDP, si ceci favorise l'accès à des technologies nouvelles.<sup>(VIII)</sup>

Mais des points litigieux persistent qui empêchent l'émergence d'une solution locale : le principal sujet de discordance concerne le département de gynéco-obstétrique que tous veulent conserver dans leur milieu respectif<sup>(IX)</sup>. L'existence de ce service est, en ce

veulent conserver dans leur milieu respectif<sup>(IX)</sup>. L'existence de ce service est, en ce moment, fortement menacée à Beauceville. La démission du chirurgien qui devient effective en novembre 1981 ne permettra plus d'accueillir de façon sécuritaire des parturientes dans ce centre. Des administrateurs et des médecins demandent au ministre d'intervenir en vue de maintenir en activité le bloc obstétrical à Beauceville : la revue Châtelaine avait souligné l'excellence de ce service qui savait intégrer des techniques nouvelles comme celles de Le Boyer.

Voulant saisir une occasion, tant attendue, d'intervenir dans la Beauce, le C.R.S.S.S. 03 en fait une recommandation unanime lors de sa réunion du 15 octobre 1982<sup>(X)</sup>. Désireux de se servir d'une situation pour laquelle la fusion semble la solution toute désignée, le ministre la décrète, en novembre 1981<sup>(XI)</sup>. En plus de régler le problème beauceron, le C.H.R.B. illustrera les avantages des ententes entre les établissements et peut-être en facilitera la propagation dans le reste du réseau de la santé du Québec.

Le C.H.R.B., né le premier septembre 1982 de la fusion de deux (2) centres hospitaliers, l'Hôtel-Dieu Notre-Dame-de-Beauce et l'Hôpital St-Joseph, disparaît six (6) ans plus tard <sup>(XII)</sup>. En 1988, des lettres patentes sont émises pour la création de deux (2) centres hospitaliers sans aucun lien entre eux. Bien que le ministère ait répondu à toutes les demandes en provenance du C.H.R.B., oubliant ainsi ses propres objectifs de rationalisation financière, le ministre doit se résigner à revenir à la situation antérieure tout en compromettant ainsi la réalisation d'ensembles de santé à d'autres endroits au Québec.

## OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'autopsie de cette organisation vise à identifier les facteurs ayant entraîné cette mort prématurée. Du ministre aux payeurs de taxes, des professionnels de la santé aux bénéficiaires, tous veulent que le système de santé soit performant. Tous recherchent, pour des motifs différents, des moyens de rationaliser la distribution des soins : quand une structure organisationnelle porteuse de promesses d'efficience et d'efficacité s'avère infructueuse, il devient primordial d'en rechercher les raisons. Même si la fusion promettait la résolution de nombreux problèmes rencontrés dans la gestion des services de santé dans la Beauce, le C.H.R.B. créé en 1982 était dissout en 1986. Si la création du C.H.R.B. permettait de corriger plusieurs problèmes éprouvés dans la distribution des soins de santé dans la région, pourquoi cet ensemble de santé est-il disparu après seulement six (6) années d'existence?

Ce travail tentera non seulement de répondre à cette question, mais également poursuivra l'objectif que Gosselin (1984)<sup>31</sup>, chargé par le ministère d'évaluer les regroupements de services de pédiatrie en Estrie, s'était fixé :

Dégager les leçons pertinentes qui pourraient éclairer ou guider les pouvoirs publics et autres agents de changements dans l'élaboration et la mise-en-œuvre de politiques de regroupements sur le territoire québécois. Ces leçons seraient pour ainsi dire des hypothèses qui pourraient expliquer les progrès ou les échecs rencontrés lors de ces projets de rationalisation... A quoi est due cette difficile recherche d'une plus grande efficience et efficacité ?

Si ces préoccupations étaient appropriées en 1984, le contexte économique actuel ne fait que renforcer leur justesse. Si le réseau des affaires sociales requiert des politiques de

rationalisation, l'étude des tentatives antérieures s'impose comme essentielle, surtout quand elles échouent; car ceux qui ignorent le passé sont condamnés à le répéter.

La recherche des causes de cet échec devrait intéresser les intervenants de deux niveaux, pour qui la connaissance des causes l'échec de la création de liens inter-organisationnels dans le passé est primordiale:

- 1- pour les intervenants régionaux, ces connaissances sont préalables à l'établissement de relations harmonieuses entre les deux organisations nées de la désintégration du C.H.R.B.
- 2- pour les acteurs provinciaux, ces connaissances sont préalables à l'utilisation de ce moyen de rationalisation dans le réseau de la santé au Québec.

Cette étude sur la fusion de deux hôpitaux se concentrera sur l'échec du C.H.R.B. Dans un premier temps, un cadre conceptuel sera créé avec comme objectif de permettre de passer en revue toutes les causes qui peuvent entraîner l'échec d'une fusion et plus spécifiquement la raison de la disparition du C.H.R.B. Une méthode scientifique convenant au thème choisi et favorisant une utilisation maximale du cadre conceptuel sera sélectionnée. Les données résultant de l'application de cette technique seront ensuite transmises en empruntant la forme imposée par le cadre conceptuel. Avant de conclure ce travail, les résultats seront discutés.

## **DEUXIÈME CHAPITRE**

### **LE CADRE CONCEPTUEL**

La fin du C.H.R.B. constitue essentiellement l'échec de la mise en place de liens organisationnels entre deux établissements de santé. Seule l'identification des facteurs qui peuvent détruire une fusion intervenue entre deux hôpitaux permettra d'éclaircir la disparition du C.H.R.B.. Le cadre conceptuel, construit dans le but de trouver les motifs de cette fin, devra comporter obligatoirement tous les éléments qui peuvent influencer la formation et le fonctionnement de liens entre des centres hospitaliers.

Bégin, à titre de consultant dans le réseau de la santé<sup>32</sup> (1981) et de professeur à l'université Laval, s'est intéressé à ce problème. À titre d'expert sur les ensembles de santé, il a été mandaté pour évaluer des expériences québécoises dans ce domaine dont celle de la Beauce : en tant qu'universitaire, il s'est senti interpellé par Flotter (1982)<sup>33</sup> qui notait, que malgré la popularité de ces ententes, peu de travaux scientifiques avaient été consacrés à ce sujet. Donc aussi bien par obligation contractuelle que par intérêt académique, Bégin (1981) a construit un cadre conceptuel permettant d'indiquer les raisons de succès ou d'échec de ces collaborations entre organisations dans le secteur de la santé.

### TROIS VARIABLES

Le cadre conceptuel utilisé, dans ce travail, s'inspirera grandement de sa démarche qui s'articule selon trois (3) axes d'investigation :

- 1- La pertinence des liens organisationnels établis;
- 2- L'intégration ou non des différentes composantes organisationnelles tels les facteurs technologique, structurel, spatial, géographique, économique, psychosocial, idéologique et politique;
- 3- Le processus décisionnel.

Le cadre conceptuel se limite donc à répondre à trois (3) questions :

I) Est-ce que le modèle d'arrangement multiétablissement choisi était approprié?

Pour que cette démarche administrative ne soit pas un échec, l'adéquation entre les besoins des institutions et le modèle organisationnel choisi est primordial. Plusieurs façons de réaliser une entente s'offrent aux centres hospitaliers désireux de mettre des ressources en commun : ainsi la pertinence du modèle choisi sera évaluée en fonction des objectifs que ce modèle a permis d'atteindre et des contraintes qu'il a suscitées.

Chaque modèle de liaisons interétablissement a des caractéristiques particulières qui justifie son choix lors d'une situation donnée : ainsi le degré d'autonomie conservée par chacun des établissements participants à l'entente pour n'en citer qu'une. Dans un premier temps, des explications à l'opposition suscitée par ce modèle seront recherchées et secondairement la pertinence du choix sera validée en vérifiant si un autre modèle aurait

été mieux adapté aux objectifs pourvuivis tout en évitant les réactions qui ont suscité sa disparition.

II) Est-ce que cette nouvelle structure a été ébranlée par la mise en commun des facteurs organisationnels?

La création d'une coopération entre deux (2) centres hospitaliers suppose l'harmonisation des composantes de chaque organisation; ces éléments, technologique, structurel, spatial, géographique, économique, psycho-social, idéologique et politique, caractérisent un hôpital. Ces facteurs qui assurent la spécificité d'une entreprise peuvent susciter des résistances à leur intégration. La présence d'écarts selon ces composantes organisationnelles peut engendrer des tensions telles que l'existence de la nouvelle structure peut en être compromise.

Pour approfondir la compréhension de l'échec d'une collaboration, chacun de ces éléments sera abordé en recherchant l'apparition, la disparition ou le maintien de distances selon chaque facteur. Puis il faudra mesurer les écarts qui se seront manifestés dans le but d'évaluer l'influence exercée par chacun d'entre eux sur le succès ou l'échec de liens interétablissements.

III) Est-ce qu'au cours du processus décisionnel, des impairs commis au cours de celui-ci ont influencé la nouvelle entité administrative ainsi constituée?

Tout changement organisationnel suit un cheminement qui se divise en quatre (4) phases successives. L'analyse du processus décisionnel devra passer en revue ces étapes classiques que sont<sup>34</sup> :

- 1- l'identification de la situation,
- 2- le développement de solutions,
- 3- la sélection d'une solution,
- 4- l'implantation de la solution.

L'examen de chacune de ces phases permettra de savoir si la situation a été mal évaluée, si toutes les solutions ont été explorées, si le choix s'est effectué avec rigueur et enfin si la réalisation a suscité des résistances que les gestionnaires ne pouvaient à la fois ni prévoir, ni surmonter. Grâce à ces trois (3) questions, trois (3) variables sont établis : les modèles de liens entre les centres, les facteurs organisationnels et les étapes du processus décisionnel. Bégin (1981) conclut son exposé en indiquant que l'exploration de ces variables doit se faire en étant conscient de leur interdépendance. Les différents modèles d'accord entre institutions exigent des degrés variés d'intégration. De sorte que d'une part la réduction de la distance technologique, structurelle, spatiale, géographique économique, psycho-sociale, idéologique et politique dépend du processus décisionnel suivi et que d'autre part, pour chaque facteur, le niveau d'intégration nécessaire afin d'assurer le fonctionnement de l'organisation est déterminé par le type d'arrangement interétablissement choisi.

Le cadre conceptuel composé en vue d'étudier l'échec du C.H.R.B. fera de ces trois (3) variables ses points d'appui : pour le rendre opérationnel, des précisions seront apportées à chacun d'eux en se rappelant que le but poursuivi est spécifiquement de construire un outil de travail permettant de comprendre l'échec de la fusion dans la Beauce. Un tableau fourni en annexe résume les causes possibles d'échec qui seront maintenant exposées. (Tableau 2:1)

### **I) LES DIFFÉRENTS MODÈLES D'ENTENTE INTERÉTABLISSEMENT**

La plupart des auteurs s'entendent pour reconnaître une classification comportant huit (8) modèles d'entente (Pellan, 1983<sup>35</sup>, Devries, 1978<sup>36</sup>, Clark, 1971<sup>37</sup>). Cette typologie n'est pas nécessairement exhaustive et chaque spécimen n'est pas forcément exclusif. Même si d'autres permutations ou combinaisons plus compliquées peuvent se rencontrer, les auteurs cités s'entendent pour reconnaître l'existence de ces huit (8) modèles qui seront maintenant décrits. Voici donc une courte présentation des différents modèles d'entente multiétablissement placés dans un ordre tel que les liens corporatifs deviennent de plus en plus complexes. Ainsi, à mesure que leur description s'effectue,

- 1- plus les liens entre les organisations sont étroits;
- 2- plus la vie de l'organisation est modifiée par l'entente;
- 3- moins chaque centre conserve d'autonomie et d'identité;
- 4- plus la réalisation de l'union requiert de ressources;
- 5- plus il est difficile d'interrompre l'entente;
- 6- plus croissent la peur et l'incertitude chez le personnel.

### 1- L'ASSOCIATION

Les établissements sont libres de faire partie ou non de ces regroupements et de participer aux actions collectives qu'elles entreprennent. Sur une base régionale ou nationale, l'association se consacre généralement à la défense des intérêts de ses membres face à des menaces présentes dans l'environnement. L'association peut également servir de forum où échanger de l'information sur une base formelle. L'autonomie demeure intacte, le degré d'engagement est minime : la participation demande peu de temps et nécessite peu d'implication de la part des membres, Clark<sup>38</sup> (1971).

### 2- L'AFFILIATION FORMELLE

Deux (2) établissements se lient par des ententes écrites quant à certaines modalités : par exemple, en ce qui concerne le transfert de patients ou des programmes de formation, etc. L'engagement de chacun des participants à l'entente est minime, clairement défini et à court terme; la propriété n'est pas remise en question. Le processus d'implantation se déroule de façon simple et rapide. Le personnel ne se sent pas menacé par ces engagements interétablissements.

### 3- LES SERVICES PARTAGÉS

L'utilisation commune de certains services cliniques ou administratifs est gérée par une entité indépendante; dans la région 03, la buanderie commune ou le service d'achat regroupé sous le nom de Partagec en constituent deux (2) illustrations. Les établissements s'engagent par contrat avec l'organisme fournissant les services dont la propriété demeure

partagée. Les services auxiliaires sont habituellement mis en commun, très rarement les départements cliniques dans lesquels des médecins jouent un rôle actif le sont. L'autonomie et l'identité de chaque participant restent intactes. À moins que ce partage perturbe la marche de services déjà existants, le personnel demeure peu affecté par sa réalisation. Johnson (1976)<sup>39</sup>, Mccool (1976)<sup>40</sup>.

#### 4- LE CONSORTIUM

Il se caractérise par le regroupement de plusieurs institutions qui, tout en demeurant des corporations séparées, s'en remettent à un mécanisme de coordination commun en ce qui concerne certaines décisions ou programmes administratifs. La gestion est partagée sans que l'autonomie ou l'identité en soit affectée. (Springate 1977)<sup>41</sup>. Ce cadre d'entente permet à des hôpitaux de concentrer certains services cliniques, d'acquérir en groupe des équipements technologiques autrement inaccessibles et de planifier l'avenir sur une base régionale. Cette concertation habituellement s'amorce sous la pression d'un organisme gouvernemental ou à la suite de difficultés financières : si les pressions s'accroissent, les différents intervenants peuvent se résoudre à concentrer en un seul endroit les services médicaux d'une région, mettant ainsi fin à des duplications génératrices de coûts.

L'autonomie commence à s'affaiblir car elle se fond dans le dynamisme d'un groupe. L'identité peut être affectée si des services doivent être abandonnés ou concentrés en un seul endroit : dans ces circonstances, le personnel peut se sentir menacé.

## 5- LE CONTRAT DE GESTION

L'établissement ou le groupe impliqué maintient son entité corporative et son conseil d'administration. La gestion se centralise entièrement sous le contrôle d'un organisme indépendant. Les parties se lient par contrat. Le personnel commence à se sentir menacé par l'affaiblissement de l'autonomie et de l'identité. Le conseil d'administration est toujours maître des décisions stratégiques : les gestionnaires rendent compte de leur administration aux propriétaires. Les décisions qui concernent le moyen et le long terme leur échappent. Brown (1976)<sup>42</sup>, Johnson (1982)<sup>43</sup>.

## 6- LA LOCATION

Cette forme de gestion commune s'apparente à la précédente, sauf que les décisions stratégiques concernant les grandes orientations passent sous le contrôle de l'organisme qui assure la gestion du quotidien et fixe les orientations à long terme. Seules les décisions qui entraînent des conséquences sur les orientations générales restent sous responsabilité locale.

## 7- LA CORPORATION UNIQUE AVEC CONTRAT DE GESTION SÉPARÉE

Cette formule regroupe les différentes institutions sous une seule corporation. La responsabilité de la gestion du quotidien est ramenée au niveau individuel. Le niveau local conserve l'autonomie et le contrôle de sa gestion courante alors que les décisions majeures passent sous la responsabilité de la corporation. Celle-ci détermine une mission commune et les administrateurs locaux dépendent d'un conseil d'administration qui s'assure que cette mission est respectée; ceci à l'inverse du contrat de gestion où le conseil d'administration

local détermine les objectifs généraux et laisse à un organisme indépendant le soin de fournir les gestionnaires qui s'occupent du quotidien. De façon générale, ce modèle convient à des communautés religieuses.

## 8- FUSION COMPLETE : PROPRIÉTÉ ET GESTION

Une gestion unique (Tippits, 1973<sup>44</sup> Woolley, 1989<sup>45</sup>, Edwards 1973<sup>46</sup>) avec une propriété unique distingue cette structure. L'autonomie et l'identité disparaissent : le personnel ressent avec anxiété à ces changements organisationnels car la sécurité d'emploi les préoccupe. Le processus d'implantation consomme temps, énergie et ressources.

Cinq (5) critères guident habituellement la sélection d'un type plutôt qu'un autre : les raisons qui motivent un choix relèvent de considérations d'ordre économique, technologique, administratif, stratégique ou relié à la clientèle<sup>47</sup>. Mais au Québec, le scénario suivi ressemble à celui-ci : des fonctionnaires, mettant de l'avant des raisons de rationalisation de la gestion des ressources limitées, initient le mouvement.

En vue de clarifier ces différents types de coopération entre les institutions de santé et surtout de les comparer entre eux, le tableau de Flotter<sup>48</sup> est reproduit en annexe 2.2. Chacun des huit (8) modèles est examiné selon dix (10) caractéristiques : à noter que les liens corporatifs croissent de gauche à droite. Ces notions permettront d'aborder la première question : à savoir l'évaluation de la conformité du choix avec les besoins et l'adéquation d'un autre type d'entente si le premier s'est avéré non conforme aux besoins.

Dans le cas particulier de la Beauce, les contraintes, engendrées par ce choix, seront analysées en fonction des résultats connus maintenant, à savoir un échec. La fusion engendre des effets pervers car cette entente occasionne perte d'autonomie, d'identité, de temps et de ressources, etc. Au cours de cette étude, seront donc passés en revue ces divers éléments, en recherchant leur impact sur le C.H.R.B., tout en vérifiant si, un autre choix eut permis d'atteindre les résultats escomptés sans susciter les écueils rencontrés.

## II) L'INTÉGRATION DES FACTEURS ORGANISATIONNELS

Tout accord impliquant des établissements de santé fait intervenir un partage d'objectifs et la mise en commun de plusieurs composantes organisationnelles : ces éléments devront s'harmoniser faute de quoi l'existence de l'entente sera compromise. La création d'une collaboration fera appel à un mécanisme par lequel différentes institutions coopèrent et collaborent de façon adéquate dans un système fonctionnel à plusieurs unités. Seule cette intégration des facteurs organisationnels permettra d'obtenir le niveau de collaboration exigée par une fusion : tout manquement à ce niveau contribuera à maintenir une différenciation, source de conflits pour l'établissement.

Ces deux (2) notions, intégration et différenciation, dont la description classique a été établie par Lawrence et Lorsch (1967)<sup>49, 50</sup> seront cités, car leur connaissance s'avère donc nécessaire avant d'aborder chaque facteur :

L'INTÉGRATION : C'est la convergence qui existe entre des départements et des individus qui doivent unir leurs efforts pour satisfaire aux demandes de l'environnement.

LA DIFFÉRENCIATION : C'est la divergence d'attitude et de comportement de groupes ou d'individus qui entrent en contact et non uniquement le simple fait du fractionnement et de la spécialisation des tâches.

Le dessein de ce cadre conceptuel consiste à déterminer les raisons de l'échec d'une fusion, des sorte que les signes du maintien ou de l'apparition d'une différenciation seront recherchés pour chacun des facteurs organisationnels. L'attention se focalisera sur l'écart selon chacun des facteurs entre les deux (2) pavillons et sur l'influence de cette distance sur l'entente.

Une brève énumération des éléments constituant chaque facteur sera exposée, puis seront étalées les caractéristiques qui permettront d'apprécier la présence d'une différenciation. Seront décrits, en premier, les facteurs qui, bien que présents dans le texte servant de guide à la rédaction de ce cadre conceptuel, n'ont pas été retenus, puis ceux dont l'étude a été jugée fondamentale pour répondre à la seconde question, seront abordés.

#### A) FACTEURS ORGANISATIONNELS NON RETENUS

Deux (2) facteurs organisationnels ont été exclus : dans le contexte québécois, ces derniers ne pouvaient avoir d'influence dans le vécu d'une fusion. Ne feront donc pas l'objet de préoccupations, les facteurs technologique et structurel.

### 1- Facteur technologique

Ce facteur fait référence au procédé utilisé pour procurer les services; vont alors être considérés, les équipements et le savoir requis pour atteindre les objectifs de l'organisation. Cet élément peut avoir une influence considérable, allant jusqu'à conditionner la structure, la culture, etc<sup>51, 52</sup>. Les modalités technologiques habituellement considérées, largement inspirées par Kast et Rosenszweiz<sup>53</sup>, comprennent : la nature des services professionnels et la méthode pour délivrer les soins.

Régis par les mêmes corporations professionnelles, par les mêmes conventions collectives qui définissent de façon précise les tâches, des écarts notables ne peuvent exister selon ces modalités entre deux hôpitaux québécois. De plus dans la Beauce, la plupart des professionnels ont acquis leur apprentissage au même alma mater, l'Université Laval pour les médecins et le Séminaire Saint-Georges pour les infirmières : ce qui ne peut que contribuer à la présence de méthodes de travail très similaires.

### 2- Facteur structurel

Cet attribut comporte les éléments suivants : la nature des responsabilités, la structure de l'autorité interne, le degré de formalisation dans les politiques et procédures. Compte tenu que les deux institutions appartiennent à un même réseau public soumis aux mêmes politiques, procédures, conventions collectives et corporations, des différences fondamentales au niveau de cet élément ne pouvaient exister.

## B) FACTEURS ORGANISATIONNELS RETENUS

### 1- Facteur spatial

Par cette facette, les dimensions suivantes seront abordées :

- les installations,
- la clientèle,
- le nombre d'employés,
- l'équipe médicale.

Ces facteurs sont interdépendants. L'équipe médicale par sa diversité et sa renommée attire une clientèle : pour répondre à cette demande, l'organisation se dote des ressources humaines et matérielles nécessaires. Dans un contexte de compétition, les gestionnaires visent à acquérir ces atouts qui fondent la fierté de chaque centre hospitalier, évitent naturellement de les partager et motivent la compétition entre eux. La mise en place d'une coopération étroite peut donc être compromise par des luttes antérieures à la création de liens organisationnels et par la présence de sentiments d'infériorité ou de supériorité hérités de ce passé de compétition.

La quantification de chacun de ces éléments permettra:

- a) d'apprécier l'apport de chacune des organisations à l'ensemble;
- b) de voir si certains éléments confèrent un avantage à l'institution qui les détient;
- c) de constater si un déséquilibre hérité du passé a perturbé l'ensemble de santé ainsi constitué.

## 2- Facteur géographique

Cette modalité organisationnelle recèle deux (2) obstacles que doivent surmonter les administrateurs qui gèrent une fusion, à savoir la distance physique et la distance psychologique entre deux (2) pavillons situés dans des villes différentes.

### a) **distance physique**

Quand des regroupements sont planifiés, la distance physique est un écart que tous les intervenants peuvent mesurer facilement. La dispersion physique oblige à des déplacements qui mobiliseront temps et argent. Cette séparation physique des lieux de production de services génère des embûches pour ceux qui auront à travailler dans les deux (2) endroits : cette contrainte sera à évaluer.

### b) **distance psychologique**

À cause de la place centrale que la santé occupe dans la vie des citoyens, des regroupements d'institutions appartenant à des communautés humaines différentes peuvent aller à contre-courant de tout le vécu collectif. Partager l'administration d'un centre de santé régional, avec des voisins qui ont été perçus, depuis longtemps, comme des concurrents, peut s'avérer contre-nature.

Souvent, dans la Beauce, la rivalité entre les deux (2) hôpitaux a reflété celle opposant les deux (2) communautés humaines qu'elles desservaient. Obtenir l'implication et la complicité de tous les acteurs dans un projet collectif a pu se buter à cet héritage collectif : les conséquences de cette lutte entre les citoyens des communautés humaines que le C.H.R.B. devait desservir seront estimées. Dans ce contexte, non seulement la marge

de manoeuvre des gestionnaires sera évaluée en fonction de cet handicap produit par la présence de deux (2) communautés historiquement en conflit, mais la guerre de clocher entre les citoyens des deux (2) comtés sera considérée, dans la mesure où cette dernière a influencé les gestionnaires et constitué une contrainte stimulante ou paralysante pour ceux-ci.

### 3- Facteur économique

Les impératifs économiques déclenchent et justifient l'établissement d'ensembles de santé. L'atteinte des objectifs financiers deviendra donc souvent la mesure privilégiée du succès ou de l'échec d'une entente. Les réalisations, dans ce secteur, pourront faire accepter des moins bonnes réalisations dans d'autres aspects de l'organisation<sup>54</sup>. Souvent dans l'évaluation des résultats, les gestionnaires jugeront prépondérantes les données quantifiables comme le recrutement d'effectifs médicaux ou la baisse du per diem de préférence à des données non chiffrables comme l'amélioration du climat de travail et de la réputation de l'institution. Non seulement la performance financière sera vérifiée, mais également sera évalué si à trop poursuivre ce but, les gestionnaires ont favorisé l'apparition de tensions dans d'autres secteurs au point de compromettre l'existence même de l'organisation.

### 4- Facteur psychosocial

Cette composante de l'organisation comprend les relations interpersonnelles, l'implication du personnel et la collaboration interpersonnelle.

Dans un contexte de changements structuraux, le personnel est soumis au stress de métamorphose organisationnelle avec son cortège de répercussions humaines. Buono (1989)<sup>55</sup>,<sup>56</sup> qui a approfondi les réactions des gens ayant à vivre une fusion d'entreprises, a retenu les réactions suivantes comme des indices du stress vécu par ces gens soumis à des regroupements corporatifs : l'incertitude et l'anxiété, relevant d'une réaction de perte ou de deuil, se manifestent par une érosion de la confiance envers la direction.

Dans un contexte de fusion de deux (2) hôpitaux, la dissolution du stress engendré par la formation d'une seule corporation doit faire l'objet d'une attention particulière. Pour décrire cette période de récupération post-greffe corporative, Demeuse (1987) a parlé de "postmerger slump". La non résolution de ces difficultés d'adaptation peut créer un climat de travail rendant l'existence du regroupement difficile à maintenir. Pour juger de ce stress occasionné par la fusion tel que ressenti par les gens oeuvrant au C.H.R.B., les données quantifiables suivantes seront recherchées comme indicateurs de son niveau d'influence : l'absentéisme et les accidents de travail.

##### 5- Facteur culturel

Si ce facteur est souvent cité comme crucial lors de l'acquisition de corporations dans le domaine manufacturier et financier, à plus forte raison, il doit faire partie de l'analyse dans un domaine de services où les relations humaines fondent sa mission<sup>57</sup>. Dans un premier temps, ce facteur sera défini puis seront explorées les différentes manières

de procéder à l'intégration de ce facteur lors d'une fusion. La culture, selon Jaeger (1987)<sup>58</sup>, constitue la conception que l'individu se fait des croyances de ses collègues ainsi que du sens qu'eux-mêmes leur donnent; la culture coordonne et intègre le comportement humain dans un groupe ou dans une société. Grâce à elle, les membres partagent des valeurs et des expériences qui donnent un sentiment d'appartenance à une communauté.

Les rapports culturels de deux (2) organisations, qui se fondent en une seule, seront donc déterminés par l'engouement que chacune d'entre elles suscite chez ses membres. L'attachement à une culture dépend de l'étendue des croyances, de la fascination engendrée par les héros, les mythes et les rites de l'organisation (Buono 1989)<sup>59</sup>. Cette philosophie qui rend compte des valeurs partagées peut se résumer par cette phrase: "La façon dont nous faisons les choses." Les rapports culturels, dans un processus de fusion, peuvent ainsi se schématiser selon l'attrait que chacune des cultures exerce sur chacun <sup>60</sup> :

Tableau 2-3. Rapports culturels lors d'une fusion.

ATTRAIT POUR SA CULTURE CHEZ L'ACQUIS	
	FAIBLE
FORT	FORT
ATTRAIT POUR SA CULTURE CHEZ L'ACQUÉREUR	Pluralisme
	Assimilation
	Résistance
	Prise de possession
	FAIBLE

Ces formes d'interaction culturelle peuvent ainsi se définir :

A) **Pluralisme culturel** : chacune des organisations regardant sa culture comme un élément structurant va lutter pour la conserver et avec le temps, une juxtaposition des deux (2) s'établira : le résultat final consistera en une diversité.

B) **Assimilation culturelle** : la culture qui n'avait aucune influence disparaît, et souvent l'enthousiasme suscité par cette identification nouvelle va favoriser la fusion.

C) **Résistance culturelle** : les gens placés en situation de subordination vont lutter pour conserver leurs valeurs si celles offertes semblent inférieures. La résistance se manifestera par un fort taux de changement dans la haute direction.

D) **Prise de possession culturelle** : aucune culture n'offre d'intérêt, celle détenue par les personnes en autorité s'imposera.

Dans le cas du C.H.R.B., le mode d'intégration culturelle utilisé sera identifié, puis sera déterminé son influence sur le vécu du nouvel établissement.

## 6- Facteur politique

D'après plusieurs auteurs, Pfeffer et Bacharach pour n'en nommer que deux (2), toute organisation se résume à un lieu de ressources limitées où le pouvoir dirige l'attribution de ces dernières<sup>61</sup>. Ceux qui appartiennent à cette école de pensée font de

ce facteur le fondement de toute évaluation organisationnelle <sup>62</sup>. Cette citation résume la pensée des gens qui abordent l'organisation selon cette optique :

Les organisations sont des ordres politiquement négociés. Survivre dans une organisation est toujours une action politique<sup>63</sup>.

Cet élément central de l'organisation sera défini en premier de façon abstraite, puis de façon concrète. L'attention sera ensuite centrée sur les sources de pouvoir dont chaque intervenant peut user et surtout, dans quelles conditions, il peut s'en servir. La présentation de ce facteur se terminera par le portrait d'un hôpital en tant qu'organisation où des relations de pouvoir se forment.

## **DÉFINITION DU POUVOIR**

### **1) DÉFINITION ABSTRAITE**

Cette entité essentielle de la vie collective sera abordée selon deux(2) perspectives:

#### **A- Le pouvoir du point de vue des acteurs**

Robert A. Dahl a donné du pouvoir, la définition la plus souvent citée :

La capacité d'une personne A d'obtenir qu'une personne B fasse quelque chose qu'elle n'aurait pas fait sans l'intervention de A.

Cette définition met en relief que le pouvoir repose sur une relation d'échange donc de négociation instrumentale, non transitive, réciproque, et déséquilibrée. L'incertitude du point de vue des problèmes devient pouvoir du point de vue des acteurs<sup>64</sup>. Analyser une relation de pouvoir exige donc toujours la réponse à deux (2) séries de questions:

1- Quelles sont les ressources dont chaque partenaire dispose, c'est-à-dire quels sont les atouts qui, dans une situation donnée, lui permettent d'élargir sa marge de liberté?

2- Quels sont les critères qui définissent la pertinence de ces ressources et leur caractère plus ou moins mobilisable? En d'autres termes, quel est l'enjeu de la relation et quelles sont les contraintes structurelles dans lesquelles elle s'inscrit?

### B- Le pouvoir du point de vue de l'organisation

L'organisation rend possible le développement de relations de pouvoir et en fonde la permanence<sup>65</sup>. En définissant des secteurs où l'action se prévoit plus facilement que dans d'autres, en mettant sur pied des procédés plus ou moins faciles à maîtriser, l'organisation crée et circonscrit des zones d'incertitude organisationnelle que les individus ou les groupes tenteront tout naturellement de contrôler pour les utiliser dans la poursuite de leurs propres stratégies, et autour desquelles se créeront donc des relations de pouvoir.

En résumé, de façon académique, le pouvoir fixe une relation de domination entre des acteurs et l'organisation favorise des acteurs en définissant des zones d'incertitude.

## 2) DÉFINITION CONCRÈTE

Ces concepts académiques se concrétiseront, dans cette étude grâce, à l'emploi des notions élaborées par Crozier et Friedberg<sup>66</sup>. Après avoir développé cette théorie en 1977, Crozier la résumait ainsi en 1990 :

Les trois (3) pôles en sont les objectifs, les ressources et les contraintes. Ils permettent aux acteurs d'élaborer une stratégie pour jouer un jeu<sup>67</sup>.

Cette approche focalise l'attention sur l'acteur : le pouvoir se manifeste quand celui-ci impose ses objectifs, et quand il mobilise des ressources pour surmonter les obstacles qui l'empêchent d'atteindre ses buts. Pour réaliser ses objectifs, pour mobiliser des ressources et pour franchir les obstacles, l'acteur doit disposer de pouvoir.

## **SOURCES DE POUVOIR**

Pour dominer, d'après Crozier, il faut jouir de sources de pouvoir ou plus précisément maîtriser des éléments qui permettent d'avoir la possibilité de manipuler le comportement des autres. L'auteur en reconnaît quatre (4) qui sont les suivantes:

- A- **maîtrise d'une expertise** : c'est la possession, soit d'un savoir-faire et d'un ensemble de connaissances.
- B- **maîtrise d'une opportunité** : c'est la situation qui crée l'occasion pour influencer les décisions : elle provient du fait d'être placée au bon endroit au bon moment.
- C- **qualités personnelles** : par des dons charismatiques personnels qui suscitent appui et leadership, un individu obtient l'accès au pouvoir.
- D- **occupation d'un rang** : la position stratégique occupée dans la hiérarchie constitue une source de pouvoir. Des zones d'incertitude peuvent découler de l'existence de règles organisationnelles secrétant de l'influence et conférant de l'autorité aux gens occupant des postes clés dans la structure hiérarchique.

## CONDITIONS D'EXERCICE DU POUVOIR

Il importe donc de savoir non seulement qui possède du pouvoir, mais également si celui qui en bénéficie peut et sait s'en servir. Le pouvoir même si accessible ne s'exerce que dans certaines conditions. Baccharach(1980) <sup>68, 69, 70</sup> en précise trois (3) :

1- **l'interdépendance** : seule une situation dans laquelle ce qui arrive à un acteur va affecter ce qui arrive aux autres fera intervenir le pouvoir. En absence d'une telle interdépendance, il n'apparaîtrait aucune base de conflit ou d'interaction parmi les participants.

2- **des objectifs hétérogènes** : des buts qui sont inconsistants l'un avec l'autre sont essentiels à l'exercice du pouvoir. C'est cette diversité dans les intentions qui engendrent la nécessité, pour l'acteur, de recourir au pouvoir pour imposer ses buts à l'organisation.

3- **la rareté des ressources** : la disponibilité d'une ressource détermine son importance mais si des ressources alternatives se développent, celle-ci perd de sa valeur. Le pouvoir, résultant d'une ressource éphémère, l'acteur ne doit s'engager que dans des combats dont l'issue est considérée critique. L'organisation va donner du pouvoir à ceux qui lui rendent des services indispensables à un moment précis. L'acteur disposera donc de sources de pouvoir mobilisables en autant que sont réunies les conditions nécessaires à leur usage. D'où l'importance de cerner les particularités de l'organisation où opèrent ces acteurs, car, comme le stipulait la définition du pouvoir, l'organisation circonscrit des zones d'incertitude d'où jaillit le pouvoir.

## **TYPE D'ORGANISATION**

Une lutte de pouvoir ne pourra bien se comprendre que, si est bien caractérisé, le type d'organisation dans laquelle elle va se dérouler. Pour saisir la structure et la dynamique propre à chaque organisation, sera empruntée l'approche décrite par Mintzberg, qui considère un centre hospitalier comme étant une bureaucratie professionnelle. Quelques éléments de ce paradigme seront évoqués pour bien situer cette vision qui servira d'ancrage à l'explication du vécu en Beauce.

Mintzberg reconnaît cinq (5) parties de base à une organisation<sup>71</sup> (tableau 2:4) : le sommet hiérarchique, la technostructure, les fonctions de support logistique, la ligne hiérarchique et le centre opérationnel. Tout organisme, en favorisant l'émergence d'une composante parmi ces cinq (5), est amené à se structurer selon cinq (5) configurations dont l'une d'entre elles, selon l'auteur, correspond à un centre hospitalier, la méritocratie.

La bureaucratie professionnelle ou méritocratie se caractérise par le fait que la partie clé de l'organisation est le centre opérationnel. La seule autre partie de l'organisation qui soit complètement développée est l'ensemble des fonctions de support logistique, dont la mission consiste à servir le centre opérationnel. Deux (2) groupes d'intervenants domineront : ceux du centre opérationnel et ceux de la direction. (tableau 2:5 annexe).

Quand des conflits interviennent dans une organisation, Mintzberg<sup>72</sup> introduit une nouvelle configuration qui rend compte de cette période de transition où des adversaires s'affrontent : l'arène politique. Pour décrire cette configuration du pouvoir, Mintzberg distingue quatre (4) formes à l'arène politique. Ces variétés d'arène politique se distinguent selon la combinaison de trois paramètres qui permettent de caractériser le conflit, à savoir son intensité, son caractère endémique et sa durée :

- 1- la confrontation : intense, restreint et bref;
- 2- l'alliance bancale : modéré, restreint, durable;
- 3- l'organisation politisée : modéré, endémique et durable;
- 4- l'arène politique complète : intense, endémique et bref.

Dans le cas du C.H.R.B. , plusieurs intervenants ont participé à ces conflits, donnant un caractère endémique à la situation, de sorte que seules les descriptions de l'arène politique complète et de l'organisation politisée seront ici données, les autres ne convenant pas à l'étude en cours.

**Une arène politique complète** se définit comme un état de guerre entre des adversaires présentant un système de buts qui semblent refléter une multitude de besoins personnels, plutôt que ceux spécifiques à une organisation. L'impossibilité de poursuivre un but bien défini, paralyse l'organisation. Faute de pouvoir poursuivre sa mission, l'organisation au stage de l'arène politique complète s'auto détruit.

**L'organisation politisée** provient directement de l'envahissement d'un conflit dans toute l'organisation ou de l'apaisement d'une arène politique.

Ces configurations, transitoires par définition, doivent leur existence à la présence d'un conflit. S'il est résolu, la configuration perd sa raison d'être, et s'il s'intensifie, l'organisation disparaît. L'origine et l'avenir de ces deux formes d'arène politique sont résumés dans un schéma (tableau 2:4, annexe)

Pour évaluer le facteur politique, la liste des acteurs sera dressée puis seront identifiés les objectifs, les contraintes et les sources de pouvoir de chacun. Dans cette méritocratie que formait le C.H.R.B., les conditions à l'exercice du pouvoir seront recherchées : les conflits seront scrutés pour pouvoir identifier d'une part comment les acteurs mobilisent leurs atouts lors des confrontations et d'autre part si ces derniers ont causé l'émergence d'une arène politique.

### III) LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Les faits qui ont entouré la naissance du projet seront scrutés afin de savoir si des impairs s'y étant déroulés, ceux-ci ont influencé de façon irrémédiable la vie du regroupement. Selon Mintzberg (1976)<sup>73</sup>, chaque projet constitue, à l'échelle du réseau des services de santé, une décision stratégique, soulignant ainsi que le processus de cette décision comprend l'ensemble des événements ayant eu lieu entre le moment où naît l'idée

du projet et celui où l'implantation est achevée. Les éléments que doivent contenir chacune de ces quatre (4) étapes du processus décisionnel seront précisés :

### **1- L'identification**

Au cours de la première étape, les décideurs se préoccupent de saisir le problème qui donne naissance au projet d'entente et le justifie. Cette prise de conscience plus ou moins généralisée de la réalité correspond à l'établissement d'un portrait du problème pour lequel les projets de rationalisation apparaissent comme des solutions possibles. La justesse du diagnostic sera vérifiée en s'interrogeant sur la correspondance entre la réalité et la perception des décideurs.

### **2- Le développement de solutions**

Durant cette étape, seront esquissées des solutions susceptibles de répondre aux problèmes identifiés à la phase précédente.

### **3- La sélection**

Après avoir effectué un filtrage, les décideurs procèdent à une évaluation et à un tri des différentes propositions recueillies. Le choix sera le fruit d'une négociation et d'une autorisation. Concrètement, la ligne de démarcation entre cette phase et la précédente est souvent fort difficile à établir clairement à cause du mouvement interactif qui les lie étroitement.

#### 4- L'implantation de la décision

La réalisation du projet peut emprunter diverses avenues. Elmore (1978)<sup>74</sup> propose une typologie des stratégies d'implantation qui comporte quatre (4) modèles :

##### A- Le modèle hiérarchique<sup>75</sup>

La réalisation concrète de la décision s'effectue en conformité avec une planification préalable exécutée au sommet de la hiérarchie, endroit où les objectifs sont définis, les responsabilités assignées et les standards de performance établis.

##### B- Le modèle de procédé bureaucratique<sup>76</sup>

Au lieu d'imposer d'autorité les éléments concrets de la solution, ce mode d'implantation consiste, à l'aide d'une démarche de sensibilisation et d'information, à amener les parties à comprendre, accepter et adhérer volontairement à l'implantation de la décision.

##### C- Le modèle de développement organisationnel

Cette stratégie consiste à identifier les individus qui possèdent un pouvoir important sur la production concrète des services de par leur monopole professionnel (médecins) ou leur maîtrise quasi-irrécupérable des dossiers (fonctionnaires) et à obtenir leur adhésion, améliorant ainsi les chances que l'implantation se réalise sans difficultés.

##### D- Le modèle de négociation de conflits

Aléatoire et laborieux, le succès de ce mode repose sur l'interaction politico-sociale des acteurs en cause et sur les compromis qu'ils acceptent de faire durant le processus d'implantation.

Lors de la réalisation d'une fusion, quatre (4) modes d'implantation peuvent être exploités. Après avoir identifié celui qui a été utilisé, seront vérifiés à la fois la pertinence de ce choix et son bon emploi. La fusion a été présentée aux Beaucerons par les autorités comme le fruit d'une rationalisation administrative. Ces affirmations devront être confrontées avec la réalité en recherchant si les attentes des intervenants, à ce chapitre, ont été comblées ou si, bien au contraire, des frustrations engendrées par un processus décisionnel déficient n'a pas dès le départ, compromis la survie de l'entreprise.

## CONCLUSION

Grâce à ces précisions sur les trois (3) questions posées précédemment, un outil d'investigation permettant d'expliquer l'échec de la fusion de deux hôpitaux dans la Beauce est maintenant disponible. L'emphase sera portée sur les aspects problématiques laissant de côté les réussites accomplies grâce à ce regroupement. Cette approche négative est dictée par la nature même du sujet : trouver les raisons de l'échec d'une fusion dans la Beauce.

Le cadre conceptuel désigne trois (3) pistes d'investigations : la pertinence du choix des liens interétablissements, la différenciation de certains facteurs organisationnels et la convenance du processus décisionnel. Cette étude sera donc entreprise dans le but de préciser les causes de l'échec du C.H.R.B. Cet outil de recherche maintenant forgé, la manière de s'en servir sera arrêtée avant de l'utiliser.

## **TROISIÈME CHAPITRE**

### **LA MÉTHODOLOGIE**

Maintenant que sont établis les concepts permettant d'aborder cette interrogation sur la ou les raisons de l'échec du C.H.R.B. , une façon scientifique de s'en servir devra être sélectionnée.

#### **MÉTHODE QUALITATIVE**

La méthode qualitative sera employée. Les définitions données par Erikson et Lessard-Hébert serviront de justification à cette technique de recherche :

Une famille d'approches où on retrouve un intérêt central pour la signification donnée par les acteurs aux actions dans lesquelles ils sont engagés<sup>77</sup>.

Ce type de recherche interprétative se fonde sur un postulat dualiste accordant une place aux comportements observables, mais en relation avec des significations créées et modifiables par l'esprit : car la meilleure porte d'entrée sur les réalités humaines est constituée par les interprétations que les humains construisent<sup>78</sup>.

Dans cette manière d'aborder une investigation scientifique, l'accent est mis sur la perception des acteurs. Cette position centrale occupée par l'acteur est en conformité avec le cadre conceptuel qui, pour analyser le pouvoir, avait préconisé que l'attention soit focalisée sur la perception de l'acteur.

## **CRITÈRES SCIENTIFIQUES D'UN CAS UNIQUE**

La méthode qualitative s'impose également par le thème de cette recherche : un cas de fusion dans la Beauce. En effet, l'analyse d'un cas unique est en parfaite conformité<sup>79</sup> avec ce paradigme et en constitue souvent l'expression la plus fréquente. Pour se qualifier comme scientifique, la recherche dont la matière à étudier est limitée à un seul exemplaire doit remplir trois (3) critères qui sont tous présents ici<sup>80</sup>.

### **1- Le cas est unique<sup>81</sup>**

Le C.H.R.B. constitue un des quatre (4) cas de fusion horizontale en milieu québécois : des fusions ont été effectuées également à Baie-Comeau, à Lanaudière<sup>82</sup> et à Maisonneuve-Rosemont. C'est le seul endroit où les autorités politiques ont du faire marche arrière et ressusciter les deux (2) institutions qui s'étaient fondues en une seule.

### **2- Le chercheur dispose d'un accès privilégié à ce cas**

En tant que chirurgien dans cette région pendant quinze (15) ans, l'auteur a été impliqué dans les différentes phases de la vie du C.H.R.B. Cette familiarité avec les différents intervenants a facilité l'accès à de nombreux documents confidentiels et inédits. Cette proximité avec le milieu explique la disponibilité, pour entrevue, de tous les intervenants : aucun refus ne fut essuyée, malgré la longueur des entrevues, une heure.

### **3- Ce cas est révélateur**

Le lecteur pourra lui-même confirmer, à la fin de ce travail, le caractère démonstratif

de l'échec de la fusion du C.H.R.B. Il lui aura été prouvé que l'étude du C.H.R.B. permet d'envisager à d'autres endroits au Québec le recours à la fusion comme outil de rationalisation pourvu que les erreurs commises en Beauce ne soient pas répétées.

Pour se conformer aux exigences de cette méthode de recherche, ce travail suivra les conseils d'un guide en cette matière : Yin (1989)<sup>83</sup> définit ainsi une étude de cas tout en indiquant ses obligations :

C'est une étude empirique qui investigate un phénomène contemporain dans un contexte vivant et à l'aide de multiples sources de renseignements.

## ÉLÉMENTS DE VALIDATION

Une étude de cas, pour faire preuve de rigueur scientifique doit contenir les quatre (4) éléments de validation identifiées par Patton (1986)<sup>84, 85, 86</sup>. À mesure que cette liste sera dressée, seront dévoilés les moyens utilisés pour respecter ces impératifs.

### 1- Le contact avec le milieu doit être prolongé

L'auteur a pratiqué la chirurgie générale pendant quinze (15) années dans la région de la Beauce.

### 2- Le chercheur doit entrer en interaction avec le groupe d'acteurs

En plus d'avoir oeuvré comme chirurgien dans ce centre, l'auteur a participé activement aux événements de la fusion : pendant plus de huit (8) ans, celui-ci a été

membre de l'exécutif du C.M.D.P. et a même représenté ses confrères dans les négociations avec le Ministre en 1983.

3- Les sources d'information doivent être multiples

Yin insiste sur la variété des sources d'information qui doivent être nombreuses pour compenser le sujet qui lui est unique : d'où l'importance d'une bibliographie considérable et d'une documentation la plus exhaustive possible. Pour se plier à cette exigence, la documentation suivante a été réunie :

a) La documentation universitaire

Comme les références déjà citées le démontrent, la recherche bibliographique s'est alimentée à plusieurs sources. Les auteurs américains et canadiens ont été consultés en grand nombre. Tout ce qui a été publié au Québec sur la création de regroupements dans le réseau de la santé a été lu; de plus, quelques documents confidentiels ont été parcourus. Des travaux inédits ont pu être consultés : ainsi les rapports de deux (2) professeurs d'université mandatés par le ministère de la Santé et des Affaires Sociales pour étudier certaines expériences de collaboration en milieu québécois ont été évaluées : M Roger Gosselin de l'université de Montréal et M. Clermont Bégin, de l'université Laval.

Enfin les analyses issues de ce travail ont été confrontées avec celles d'une étudiante qui avait fait de la création du C.H.R.B. son sujet de maîtrise en administration. Celui qui a dirigé sa thèse a signé l'article qui a servi de modèle conceptuel à celle-ci : en suivant

le même guide, les deux études ont souvent emprunté les mêmes chemins. Plus tard, il conviendra de voir si leurs conclusions se recoupent, tout en tenant compte du fait que la première s'est penchée sur un berceau et le second sur un cercueil.

b) La documentation locale

Les archives du centre hospitalier ont été parcourues dans le but de dresser la chronologie des événements, de connaître le contexte dans lequel les différents acteurs ont évolué et enfin de vérifier la présence des différentes causes d'échec identifiées lors de l'élaboration du cadre conceptuel.

La direction de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce avait amassé tous les documents concernant ses relations avec l'Hôpital Saint-Joseph; ceci depuis sa fondation. Ce dossier intitulé "Fusion du C.H.R.B." comportait près de 4 000 pages. Cette filière contenait des lettres provenant du gouvernement (ministres ou fonctionnaires) des comptes rendus, des rencontres entre les deux (2) hôpitaux, des articles de journaux, et enfin des procès verbaux de l'Assemblée Nationale, du Conseil d'administration du C.R.S.S.S.-03, du comité de Citoyens de Saint-Georges, de comités interhospitaliers, etc.

Pour constituer un tableau le plus complet possible de la situation avant pendant et après la fusion, les données financières ont été consultées et analysées avec l'aide d'experts en ce domaine. Les bilans financiers de 1980 à 1982 et 1989-90 pour les deux centres hospitaliers, de même que ceux de 1982 à 1988 en ce qui a trait au C.H.R.B.

#### 4- Les procès-verbaux de l'organisation et des entrevues avec les différents acteurs

##### a) **les procès-verbaux**

Une révision systématique des procès-verbaux de toutes les instances consultatives et décisionnelles relevant de la direction et des médecins a été effectuée. Les procès-verbaux des conseils d'administration, du comité de régie et du Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (C.D.M.P.). La période révisée s'est étendue de 1970 à 1990; les comptes rendus consultés concernaient aussi bien ceux des deux centres hospitaliers ayant donné naissance et ayant succédé au C.H.R.B. que ceux de ce centre.

##### b) **les entrevues avec les différents acteurs**

Selon la méthodologie empruntée, les données générées par ce moyen doivent constituer le support central de l'argumentation. Les entrevues ont été planifiées en se préoccupant de trois aspects : qui interroger, quoi rechercher et comment recueillir cette information. Seront donc exposés la liste des gens rencontrés, la nomenclature de l'information recherchée et les procédés utilisés pour traiter l'information ainsi recueillie.

#### 1- La liste des gens rencontrés

En s'inspirant de la pensée et de la terminologie de Mintzberg (1982)<sup>87</sup>, (1986)<sup>88</sup>, une liste des principaux acteurs a été établie : au niveau de la coalition interne et externe seize (16) intervenants ont été identifiés. Un catalogue visuel des acteurs a été dressé (tableau : no. 3:1 en annexe). Des représentants de toutes les catégories ont été contactés, du sous-ministre en titre aux représentants des comités de citoyens. Tous les membres de

certaines groupes ont été rencontrés, ainsi les directeurs généraux de même que les cadres supérieurs. Pour les autres, une sélection a été effectuée : ceux qui avaient rempli des fonctions de leader selon leurs pairs ont été choisis. En tout trente-quatre (34) personnes ont été interviewées : toutes celles identifiées comme témoins importants ont accepté de communiquer leur perception, (la fonction des personnes interrogées est précisée au tableau : no. 3:1 en annexe).

## 2- La nomenclature de l'information recherchée

Chaque entrevue semi-directive d'une durée minimale de soixante (60) minutes a été planifiée pour recueillir les informations permettant de répondre aux questions posées dans le cadre conceptuel. Certes l'entrevue n'était pas totalement formalisée, mais tous les sujets retenus se devaient d'être abordés : quand dans le cours de la discussion, des éléments du cadre conceptuel n'avaient pas été touchés, la rencontre se terminait par une série de questions visant à couvrir tous les aspects identifiés.

Chaque personne rencontrée était invitée à livrer, par rapport au C.H.R.B, ses objectifs visés et atteints de même que les contraintes à la fois surmontées et non surmontées. Parmi les sources de pouvoir présentées dans le cadre conceptuel, l'acteur identifiait celles dont il disposait et comment il les avait utilisées. La personne rencontrée était priée de livrer sa perception sur les mêmes données pour chacun des autres acteurs.

Grâce aux tableaux : no.3:1 et 3:2, l'interviewé dressait la liste des acteurs en fonction du pouvoir qu'il leur attribuait puis déterminait les causes de l'échec du C.H.R.B. parmi ceux suggérés dans ce tableau.

### 3- La cueillette des données

Chacune des rencontres était enregistrée. Cette information était ensuite résumée sur deux grilles d'analyse qualitative. Construites selon la technique de Miles et Huberman (1984)<sup>89</sup>, une première grille contenait l'opinion de l'interviewé sur ses objectifs ( tableau: no. 3:3 et 3:4 en annexe), ses contraintes et ses sources de pouvoir, puis une seconde où était regroupé sa perception concernant les mêmes données sur les autres acteurs. A partir de ces soixante-huit (68) grilles, seize (16) ont été formées, une pour chaque intervenant identifié dans le cadre visuel. Deux exemples sont donnés tableau 3:4 et 3:5 en annexe.

Toutes ces données, provenant du vécu de l'auteur, des archives, des procès-verbaux et des entrevues ont été regroupées puis analysées. Les résultats de ce travail de synthèse seront maintenant transmis. La présentation épousera le cadre conceptuel; les données seront exposées de façon à passer en revue les treize (13) causes possibles de la fin du C.H.R.B. et d'identifier la ou lesquelles ont entraîné la réapparition de deux (2) centres hospitaliers autonomes et sans aucun lien organisationnel.

## **QUATRIÈME CHAPITRE**

### **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Dans cette partie, les données recueillies grâce à la consultation des archives et des différentes entrevues seront exposées. Ces éléments serviront à déceler la ou les raisons parmi les treize (13) identifiés lors de la création du cadre conceptuel qui ont causé l'échec du C.H.R.B. La présentation suivra l'ordre suivant :

1- Le choix du modèle organisationnel

2- Les facteurs organisationnels

2.1- spatial

2.4- psycho-social

2.2- géographique

2.5- culturel

2.3- économique

2.6- politique

3- Le processus décisionnel.

#### **I- LE CHOIX DU MODÈLE ORGANISATIONNEL.**

Incités par les fonctionnaires à établir des liens formels entre eux, les deux (2) centres hospitaliers beaucerons étaient parvenus à s'entendre pour établir une gestion partagée<sup>(XIII)</sup>, mais le Ministère a rejeté ce choix et a imposé une fusion. Le tableau suivant compare ces deux (2) façons de créer des liens entre des centres hospitaliers.

Tableau : no. 4:1- Le choix du modèle d'organisation

COMPARAISON DES MODÈLES		
CARACTÉRISTIQUES	GESTION PARTAGÉE	FUSION
Propriétaire	2 corporations privées	1 corporation publique
Conseil d'administration	2 conseils d'administration	1 conseil d'administration
Directeurs généraux	2	1
Cadres supérieurs	11	6
Duplication	Pédiatrie Obstétrique Chirurgie dentaire Clinique d'urgence	Pédiatrie Clinique d'urgence

Le choix du Ministère a donc eu comme conséquence le versement d'une somme de 1 534 182 \$ aux deux (2) communautés religieuses à titre de désintéressement à leur patrimoine, la disparition de deux (2) conseils d'administration autonomes, la constitution d'une seule unité de direction et l'élimination des duplications au niveau de certains services cliniques. Les intervenants locaux avaient rejeté le modèle de fusion, principalement parce qu'ils voulaient préserver leur autonomie institutionnelle<sup>(xiv)</sup>. Le Ministère redoutait que cette autonomie mette en danger l'existence de ces accords<sup>(xv)</sup>.

La sélection de ce modèle a été l'aboutissement d'une loi spéciale et non le fruit d'une négociation, les réactions face à ce modèle deviennent fondamentales à scruter en se demandant si les résistances qui ont empêché sa sélection se sont maintenues au point d'en compromettre l'existence. Au moment du décret gouvernemental à l'automne 1981, les intervenants se rangeaient selon deux (2) groupes : les pour et les contre.

Tableau no. 4:2- Réactions à la décision du Ministre

RÉACTIONS À LA DÉCISION DU MINISTRE	
POUR	CONTRE
Ministère C.R.S.S.S.-03 Intervenants de Beauceville	Intervenants de Saint-Georges

Tous les intervenants de Beauceville favorisaient cette solution qui, selon eux, constituait le seul moyen de maintenir des services de santé dans leur municipalité. Lors de deux (2) rencontres avec un représentant du ministre, en octobre 1981, ils ont soutenu :

Pour permettre à leur hôpital de continuer à donner des services aigus, le ministère doit procéder à une fusion des deux (2) centres hospitaliers de la Beauce et façonner un centre mère-enfant à Beauceville <sup>(XVI)</sup>.

Les intervenants de Saint-Georges, pour leur part, ont exprimé clairement leur opinion lors d'une réunion, le 26 novembre 1981, au cours de laquelle près de 3 000 personnes ont rempli l'aréna local<sup>90</sup>. Ils ont manifesté leur opposition au décret gouvernemental et signifié leur désir d'y conserver tous les services existants.

Avec les années, cette opposition est disparue. La fusion a répondu aux attentes des gens en sa faveur et a balayé les craintes de ses opposants. Les appréhensions des cadres et des employés ont été balayées par l'absence de mises à pied et celles des citoyens par la mise en place de nouveaux services. Malgré leurs déclarations sur la place publique, les médecins de Saint-Georges avaient dès 1980 reconnu les mérites de cette structure organisationnelle. Ils avaient adopté, de façon unanime, la résolution suivante :

Nous recommandons donc au conseil d'administration d'étudier la possibilité d'une fusion entre les deux (2) hôpitaux <sup>(xviii)</sup>.

Dix (10) jours après la promulgation de la fusion, les médecins confirmaient leur accord avec ce choix :

Après bien des discussions, les médecins des deux centres décident unanimement d'accepter la fusion telle que proposée par l'article de la Gazette officielle du Québec <sup>(xviii)</sup>.

La fusion a soulevé des réactions sans lendemain et personne, lors des entrevues, n'a signalé que le modèle de gestion partagée qui était favorisé par le milieu aurait pu connaître un destin différent. Aucune des personnes interrogées n'a imputé à ce choix la responsabilité de la fin du C.H.R.B.

## **II- LES FACTEURS ORGANISATIONNELS**

Lors d'une fusion, les facteurs organisationnels qui permettent de caractériser chacune des institutions d'origine doivent s'harmoniser. La création d'un centre hospitalier à partir de deux (2) hôpitaux oblige l'intégration de chacune des composantes sinon des difficultés vont surgir au point de compromettre l'existence de l'ensemble ainsi constitué. L'étude de chaque facteur se concentrera sur l'identification et la description des éléments ayant présenté une différenciation.

### **2.1- FACTEUR SPATIAL**

Les principaux aspects d'un hôpital qui permettent d'en apprécier l'apport de chacun à l'ensemble seront donc passés en revue. Les éléments retenus sont:

### 2.1.1- Les installations

Les installations seront donc comparées de façon quantitative et qualitative:

- quantitative : le nombre de lits
- qualitative : la qualité des équipements et la possibilité de développements.

Tableau : no. 4:3- Les installations.

LES INSTALLATIONS		
	SAINT-GEORGES	BEAUCEVILLE
Lits dressés	155	115
Soins prolongés	0	60
Hébergement	0	82
Total	155	257
Qualité	Vétuste	Moderne
Possibilité de développement	Espace non disponible	Espace disponible

L'hôpital de Beauceville<sup>(XIX)</sup> dispose d'un plus grand nombre de lits dans le secteur moins convoité des soins de longue durée, soit cent quarante-deux (142) lits : dans le secteur des soins aigus, Saint-Georges dispose de quarante (40) lits de plus. Au niveau de la qualité des installations, les aménagements physiques de Beauceville plus modernes et sous-utilisés peuvent accueillir des clientèles et des services nouveaux contrairement à son voisin dont les installations sont vétustes et sur-exploitées. Ce facteur qui avait pesé lourd dans les négociations sur la complémentarité entre les deux (2) hôpitaux, n'a pas influencé la vie du C.H.R.B. La vétusté des locaux a été corrigée à Saint-Georges; de l'équipement a été placé dans les locaux disponibles de Beauceville, comme la médecine nucléaire.

### 2.1.2.- Le nombre d'employés

Dans le domaine des services, le nombre d'employés révèle les capacités de production de chacun des centres hospitaliers.

Tableau : no. 4:4- Le nombre d'employés.

LE NOMBRE D'EMPLOYÉS				
	SAINT-GEORGES		BEAUCEVILLE	
	COMPLET	PARTIEL	COMPLET	PARTIEL
Soins infirmiers	149	89	137	48
Autres Services	145	52	172	32
Administration	23	11	38	6
Total	317	154	347	86
Personnel cadre	27	8	46	6

Ce tableau<sup>(xx)</sup> montre que les deux (2) institutions ont peu d'écart au niveau des ressources humaines. Les accréditations syndicales ont été maintenues et aucun maraudage n'est venu marquer la vie du centre hospitalier. La C.S.N., à Saint-Georges, de même que la F.T.Q., à Beauceville, ont continué à jouer leur rôle respectif. Les groupes qui appartenaient au même syndicat provincial ont conservé leur accréditation respective. Des discordances, souvent citées comme cause d'échec lors d'une fusion, ont alimenté des tiraillements mais aucune hostilité pouvant entraîner un conflit. Ainsi le nombre imposant de cadres dans un pavillon et le rapport d'heures-soins par bénéficiaire fortement dissemblables entre les deux pavillons ont alimenté le sentiment "eux versus nous", comme l'ont révélé les entrevues : "Eux, ils disposent de temps et d'argent pour parfaire leur

formation, nous manquons des deux (2) à cause d'un surplus de clientèle." Malgré ces opinions, aucun différend n'est apparu entre ces travailleurs de la santé qui auraient pu compromettre la survie de l'organisation selon l'avis des deux (2)directeurs du personnel.

### 2.1.3.- La clientèle

Donner des services à des bénéficiaires est la mission principale d'un centre hospitalier. Le nombre d'usagers et d'actes posés constituent les éléments majeurs pour estimer le poids relatif de deux hôpitaux qui s'unissent. Les données suivantes ont donc été retenues : le nombre de patients admis durant l'année et le taux d'occupation le premier avril rendront compte de la clientèle. Pour juger des activités cliniques, les statistiques de deux (2) services ont été sélectionnées, à savoir les blocs obstétrical et opératoire.

Tableau : no. 4:5- La clientèle

CLIENTÈLE		
	SAINT-GEORGES	BEAUCEVILLE
Admis durant l'année		
courte durée	5 016	2 549
soins prolongés	74	28
Total	5 090	2 549
Hospitalisé le 1 avril 1982		
Courte durée	119	58
% d'occupation	89 %	52 %
Activités cliniques		
Accouchements	905	449
Opérations	5 554	1864

Malgré<sup>(XXI)</sup> des capacités de production peu différentes dans le secteur des soins aigus, deux (2) fois plus de services sont fournis à Saint-Georges que chez son voisin. Le taux d'occupation de 89 % versus 52 % au premier avril illustre bien l'achalandage respectif des deux centres. Au cours de l'existence du C.H.R.B., aucune statistique pavillonnaire n'est disponible, seul le témoignage des deux (2) directeurs des services professionnels et des deux (2) cadres responsables de l'admission peut nous permettre de juger si cette situation s'est maintenue :

Peu de rectifications au cours des années de l'existence du C.H.R.B. ont été apportées à cette situation : le maintien de ce déséquilibre au niveau de l'utilisation des ressources hospitalières s'est poursuivi.

Selon ces témoignages, la gestion par une seule équipe de direction n'a pas permis de mieux répartir les activités entre les deux (2) pavillons, sauf pour une courte période dont les raisons seront précisés lors de l'analyse du facteur politique.

#### 2.1.4.- L'équipe médicale

Si la clientèle constitue un facteur important dans la détermination de la taille d'un centre hospitalier, la composition de son équipe médicale en marque habituellement le prestige. Les institutions beauceronnes disposaient des équipes médicales suivantes :

Tableau : no. 4:6- Le personnel médical

PERSONNEL MÉDICAL		
	SAINT-GEORGES	BEAUCEVILLE
SPÉCIALISTES	18 (78%)	5 (21%)
OMNIPRATICIENS	29 (65%)	15 (35%)
TOTAL	47 (71%)	20 (29%)

L'état minoritaire des médecins en provenance de Beauceville a eu des conséquences majeures sur les événements, deux (2) exemples suffiront à le démontrer.

1) Lorsque le C.M.D.P. votait pour conclure un débat, l'opinion des gens de Saint-Georges l'emportait inévitablement. Lorsque l'enjeu concernait le partage des services, chaque médecin émettait une opinion tributaire de son appartenance pavillonnaire. La solidarité, exigée de chacun, empêchait le dégagement d'un consensus médical sur la mission de chaque pavillon : la direction aurait suivi avec empressement tout avis unanime en provenance du corps médical. À preuve, le ministère accepta de développer la médecine nucléaire en Beauce, malgré que ce projet contrevenait à ses propres normes de distribution de ce service sur le territoire, car tous les médecins s'étaient entendus sur son lieu d'implantation, Beauceville.

2) L'inégalité dans le nombre d'omnipraticiens travaillant dans les deux (2) pavillons a occasionné des affrontements. Moins nombreux que leurs confrères de Saint-Georges, ceux de Beauceville devaient, en vue de maintenir le service d'urgence, assumer plus de travail. Pour maintenir l'équité dans le fardeau de la tâche au niveau des omnipraticiens de chaque pavillon, l'administration s'est impliquée. C'est en voulant corriger cette situation que le directeur général, selon son propre témoignage, s'est aliéné les omnipraticiens et a été entraîné dans une bataille juridique qui a été néfaste à l'organisation.

Les écarts entre le nombre de médecins de chaque pavillon ont donc entraîné le dernier conflit aux conséquences désastreuses après avoir empêché l'établissement d'un dialogue constructif entre les groupes de médecins en présence.

## 2.2- FACTEUR GÉOGRAPHIQUE

Ce facteur présuppose deux (2) facettes qui seront explorées tour à tour:

### 2.2.1.- La distance physique

Quinze (15) kilomètres séparent les deux (2) pavillons. Pour assurer une répartition équitable des activités, plusieurs intervenants avaient à composer avec le désagrément des déplacements. Le tableau 4:7 rend compte de la réaction des acteurs face à cette contrainte. Sont ainsi décrits dans la première colonne, les motifs pour lesquels chacun aurait dû effectuer des déplacements, puis dans la seconde, les raisons avancées par différents acteurs pour refuser de les accomplir.

Tableau : no. 4:7- Les déplacements entre les deux (2) pavillons

ACTEURS	DÉPLACEMENTS ENTRE LES DEUX (2) PAVILLONS	
	MOTIFS DES DÉPLACEMENTS	MOTIFS DES REFUS
Conseil d'administration	Réunions en alternance	
Cadres	Gérer deux pavillons	
Spécialistes	Les cas urgents Les cas électifs	Unicité de la garde
Omnipraticiens	La garde à l'urgence Client dans deux (2) pavillons	Regrouper leurs activités
Bénéficiaires	Disponibilité des services	Absence de "son" médecin

Les gestionnaires ont accepté de distribuer leurs activités de façon égale entre les deux (2) pavillons. Le conseil d'administration tenait ses réunions en alternance; les cadres supérieurs partageaient également leur temps entre leurs bureaux situés dans chacun des pavillons. Par contre, la clientèle, les spécialistes et les omnipraticiens ont refusé de se déplacer : les raisons et les conséquences de ce geste seront maintenant exposés.

### La clientèle

Selon les deux (2) directeurs des services professionnels et les deux (2) responsables de l'admission, les patients se seraient accommodés de cet irritant que constituait la distance. L'important, pour eux, consistait à ne pas perdre le contact avec le thérapeute de leur choix. Lorsque les médecins de Saint-Georges ont accepté d'hospitaliser leurs patients à Beauceville, les bénéficiaires ont acquiescé aux transferts plutôt que de prolonger leur séjour à l'urgence, ceci n'a eu cours que durant dix (10) mois : quand les médecins ont accepté de répartir leur clientèle, les bénéficiaires ont accepté de se déplacer.

D'après les gestionnaires, la population choisissait d'abord en fonction de la disponibilité des services, jamais en fonction de l'endroit où ils étaient offerts. L'implantation d'équipements diagnostiques à Beauceville n'a pas soulevé d'objections de la part de la population; qu'importe le pavillon, les usagés préféraient avoir des services dans la Beauce, sans se formaliser du pavillon où ils étaient offerts.

### Les médecins

Les professionnels ont résisté à distribuer leurs activités dans les deux (2) pavillons.

Selon les motifs qui guidaient cette action, deux (2) groupes se sont distingués :

a) Les spécialistes. Leur refus d'être disponibles dans deux (2) pavillons a obligé la direction à définir la notion de l'unicité de la garde<sup>(xxii)</sup>. La définition de ce principe d'action, occasionné par la pénurie d'anesthésistes, a nécessité la fermeture de l'obstétrique à Beauceville et, par voie de conséquence, l'abandon du partage de services entre les pavillons tel que décrété par le Ministre.

b) Les omnipraticiens. La volonté des médecins, exprimée plusieurs fois à la direction par les chefs de département, à l'effet de regrouper leur pratique dans un seul lieu géographique a empêché une meilleure répartition de la clientèle entre les deux (2) pavillons et surtout a déclenché un conflit qui a mis fin au C.H.R.B. Les omnipraticiens de Saint-Georges n'ont pas voulu respecter une liste de garde qui les obligeait à oeuvrer à l'urgence de Beauceville. La direction, en vue de maintenir le service d'urgence, a dû recourir aux tribunaux pour obtenir une injonction. Le Ministère, devant cette détérioration du climat de travail nomma un tuteur qui, malgré un mandat contraire, recommanda le démantèlement du C.H.R.B.

En refusant de se déplacer, les spécialistes ont empêché le partage décrété par le Ministre de s'appliquer : les omnipraticiens ont nui au déplacement de la clientèle et entraîné le C.H.R.B. dans un conflit aux conséquences fatales.

### 2.2.2.- La distance psychologique

La rivalité entre les deux (2) organisations était le reflet de celle opposant les communautés humaines qu'elles desservaient. Le tableau suivant démontre cette disparité.

Tableau : no. 4:8- Caractéristiques des deux (2) municipalités

CARACTÉRISTIQUES	LES DEUX (2) MUNICIPALITÉS	
	SAINT-GEORGES	BEAUCEVILLE
M.R.C.	BEAUCE-SARTIGAN	ROBERT-CLICHE
POPULATION	41 615	18 720
COMPTÉ	BEAUCE-SUD	BEAUCE-NORD
DÉPUTÉ	DANS L'OPPOSITION	AU POUVOIR
RADIO	C.K.R.B.	C.J.V.L.
JOURNAUX	L'ÉCLAIREUR PROGRÈS	LA VALLÉE DE LA CHAUDIÈRE

À remarquer que, malgré leur proximité, ils reçoivent leur information de sources différentes. Leur allégeance politique est souvent divergente : appartenant à deux (2) comtés provinciaux, régulièrement les citoyens de Beauceville votent du "bon bord" et leurs voisins se retrouvent dans l'opposition. Cette rivalité qui a marqué toute l'histoire de la région, a été une contrainte dans chacune des décisions du conseil d'administration du C.H.R.B. Beaucoup de choix furent influencés par cette rivalité; ainsi l'emplacement des services diagnostiques, comme la médecine nucléaire et l'échographie, répondait à des impératifs plus souvent politiques qu'administratifs. Parmi toutes les personnes interrogées, seul un médecin a invoqué cette rivalité pour expliquer l'échec du C.H.R.B., ces paroles d'un président du conseil d'administration résume bien l'opinion des autres :

La guerre de clochers entre les deux communautés humaines assurait un niveau de tension minimale et limitait la marge de manoeuvres des gestionnaires. L'obligation d'équité entre les deux villes guidait leurs actions.

Au niveau du facteur géographique, la distance physique a donc eu des conséquences mais pas la distance psychologique.

### 2.3.-FACTEUR ÉCONOMIQUE

Les déficits rencontrés, par les deux (2) centres, ont forcé les gestionnaires et les médecins à se regrouper pour corriger la situation : le Ministre les a invoqués pour justifier son intervention dans la région. Pour permettre de mesurer si cette influence des données économiques s'est maintenue, les éléments financiers suivants ont été retenus : les revenus, les immobilisations, les dépenses et le surplus ou déficit d'opération. Pour alléger la présentation, les budgets des deux (2) hôpitaux lors de leur dernière année d'existence ont été additionnés et seulement trois années du C.H.R.B. ont été retenues.

Tableau : no. 4:9- Bilan financier

BILAN FINANCIER				
	1981-82	1983-84	1986-87	1987-88
Revenus	21 861 848	30 193 453	31 789 644	34 789 644
Immobilisations	160 593	1 611 689	1 302 926	1 010 770
Dépenses	26 233 274	31 098 064	31 711 508	34 665 458
Surplus (déficit)	(4 371 426)	(904 611)	78 136	10 167

Au cours de l'existence du C.H.R.B., le déficit d'opération s'est résorbé. Selon les responsables des finances, trois (3) facteurs ont contribué à équilibrer le budget. En

premier, la disparition de certaines duplications, en second, l'effacement de la dette par le ministère et enfin l'octroi de meilleurs budgets de fonctionnement. L'organisation a profité des largesses du Ministère qui, voulant démontrer les bienfaits d'une fusion, a octroyé des sommes nécessaires pour aider les gestionnaires locaux à vaincre les résistances des intervenants. En conclusion, le C.H.R.B. n'a donc pas éprouvé de contraintes économiques qui auraient pu créer des difficultés d'intégration.

#### 2.4.-FACTEUR PSYCHO-SOCIAL

Le stress consécutif à des changements organisationnels a affecté chacun des pavillons à des moments différents : à Saint-Georges, dès l'annonce de la fusion en novembre 1982 et, à Beauceville, lors de la fermeture de l'obstétrique en 1983. Ces périodes étaient marquées par un sentiment de deuil face à ces pertes organisationnelles. L'agressivité se manifestait par la mobilisation du personnel : beaucoup de réunions semi-structurées au moment des pauses-café ou structurées dans l'amphithéâtre s'en sont suivies. Avec le temps, ces manifestations d'insatisfaction sont disparues.

Malheureusement, aucune donnée statistique au sujet de l'absentéisme et des accidents de travail n'est disponible pour quantifier le stress subi par le personnel. Pour l'apprécier, seul le témoignage des directeurs du personnel est accessible. Tous les deux (2) attestent que la clientèle n'a pas eu à souffrir de ses périodes de tension. Ils n'ont noté ni vandalisme ni augmentation de l'absentéisme ou des accidents de travail. À leurs yeux, aucune diminution de la productivité ne leur fut signalée : ils avaient redouté que les

changements n'entraînent de tels effets pervers mais ils n'ont pas eu à le déplorer. Le facteur psycho-social semble avoir eu peu d'influence.

## 2.5.-FACTEUR CULTUREL

Questionnés à savoir si une différence culturelle était présente, tous les intervenants locaux ont été unanimes à en identifier une. Cette particularité se manifestait au niveau du groupe qui détenait le leadership : à Beauceville, la direction assumait ce rôle et les médecins le remplissaient à Saint-Georges.

À Beauceville, les gestionnaires avaient élaboré un plan organisationnel. Les gestionnaires fixaient les objectifs auxquels ils conviaient les médecins à se joindre. La direction initiait le développement : elle était proactive.

À Saint-Georges, les gestionnaires n'ont jamais pris l'initiative du développement de l'hôpital. La direction n'a pas initié mais plutôt subi l'arrivée de quinze (15) spécialistes durant les sept (7) années qui ont précédé la fusion : le directeur général dut reconstruire à atteindre son objectif d'équilibre budgétaire, ce qui l'exposait à subir l'intrusion des fonctionnaires provinciaux dans la gestion de son hôpital. Les activités médicales s'y développaient sans qu'aucune étude de faisabilité n'ait été effectuée préalablement, entraînant l'hôpital dans un gouffre financier. Loin de provoquer le changement, la direction le subissait. À Beauceville, si l'équipe de direction était proactive, à Saint-Georges elle réagissait à peine.

Même si aucune relation de cause à effet ne peut être établie, il faut noter que le leadership appartenait au groupe démographiquement dominant :

Tableau : no. 4:10- Nombre d'administrateurs et de médecins

NOMBRE D'ADMINISTRATEURS ET DE MÉDECINS		
	SAINT-GEORGES	BEAUCEVILLE
MÉDECINS	47	22
CADRES	27	46

Cette divergence culturelle sera notée sans pouvoir déterminer maintenant laquelle des hypothèses suivantes décrit l'intégration de la culture au C.H.R.B. : l'analyse du pouvoir des acteurs dans l'organisation devra être faite préalablement. Pour l'instant deux (2) hypothèses peuvent être formulées : le jumelage de ces cultures a résulté en un pluriculturalisme sous l'influence d'un partenariat médico-administratif ou une guerre pour le leadership a engendré une assimilation culturelle au profit du vainqueur.

## 2.6- FACTEUR POLITIQUE

Les procès-verbaux à la fois du conseil d'administration, du comité de régie et du C.M.D.P. sont le plus souvent la chronique des conflits majeurs qui ont marqué la vie du C.H.R.B. Toutes les personnes rencontrées ont confirmé l'influence primordiale de ces guerres de pouvoir entre les intervenants pour expliquer l'échec du C.H.R.B. Par conséquence, ce dernier facteur sera examiné de façon exhaustive en abordant les aspects suivants : les acteurs, leurs relations et les conflits majeurs.

### 2.6.1- Les acteurs

Le cadre conceptuel avait retenu trois (3) éléments dans le but de caractériser le comportement des acteurs : leurs objectifs, leurs contraintes et leurs sources de pouvoir. Pour chacun des acteurs, ces caractéristiques seront présentées.

#### - IDENTIFICATION DES ACTEURS

Le cadre conceptuel a identifié quinze (15) acteurs. Pour chacun, des grilles d'analyse ont été bâties mettant en relief ses objectifs, ses contraintes et ses sources de pouvoir. Leur interprétation a permis de regrouper les intervenants selon cinq (5) acteurs. Même si parfois des désaccords sont apparus à l'intérieur d'un groupe, ces divergences ne faisaient qu'illustrer qu'ils poursuivaient les mêmes objectifs, affrontaient les mêmes obstacles et recouraient aux mêmes moyens pour faire triompher leur point de vue.

- a- les administrateurs du réseau
- b- les administrateurs du C.H.R.B.
- c- les médecins
- d- les employés
- e- les citoyens

### 1- LES OBJECTIFS

Les acteurs agissent pour atteindre des objectifs : leurs efforts seront à la mesure de l'intérêt qu'ils portent à leurs réalisations. Grâce au centre hospitalier, les différents acteurs poursuivaient les buts suivants :

Tableau : no. 4:11- L'objectif principal de chaque acteur

ACTEUR	OBJECTIF
RÉSEAU	Accessibilité des soins en région.
C.H.R.B.	Services dans deux (2) pavillons.
MÉDECINS	Ouvrer dans un (1) pavillon.
EMPLOYÉS	Conserver leur poste de travail.
CITOYENS	Accessibilité des services.

Ce tableau indique que chaque acteur voulait que la population beauceronne obtienne ses services de santé dans sa région. Tous espéraient que cesse la situation soulignée par le C.R.S.S.S.-03 à l'effet que plus de 30 % des services hospitaliers consommés par la population beauceronne se faisaient hors de sa région.

Cette intention commune s'exprimait de façon différente selon les attentes de chacun; le Ministère prônait l'accessibilité des soins en région, les administrateurs voulaient étendre la gamme de services, les médecins désiraient concentrer leurs activités à un seul endroit, les employés souhaitaient conserver leur emploi et les citoyens désiraient une accessibilité des services plus grande pour mettre fin à leurs déplacements, source de contraintes monétaires. Une divergence au niveau des objectifs est à signaler : les médecins insistaient pour regrouper leurs activités hospitalières à un seul endroit alors que les autres désiraient des services aigus dans les deux (2) pavillons.

## 2- LES CONTRAINTES

Dans la poursuite de ces objectifs, les acteurs se devaient de surmonter des obstacles.

Tableau : no. 4:12- La contrainte majeure de chaque acteur

ACTEUR	CONTRAINTE
RÉSEAU	Pénurie de médecins.
C.H.R.B.	Pénurie de médecins.
MÉDECINS	L'organisation hospitalière.
EMPLOYÉS	Influence marginale sur les décisions.
CITOYENS	La maladie.

Des précisions seront fournies sur les contraintes rencontrées par chacun des acteurs:

### a) les gestionnaires

Les gestionnaires, aussi bien provinciaux que régionaux, voulaient maintenir des soins aigus dans les deux pavillons. Le regroupement de l'obstétrique et le maintien de l'urgence à Beauceville se sont butés à cet obstacle.

### b) les médecins

Les médecins avaient besoin des ressources hospitalières mais de ce fait devenaient vulnérables aux règles organisationnelles que d'autres dictaient. La volonté de la direction de maintenir des soins aigus dans les deux pavillons, s'opposait à leur objectif de déterminer seuls leurs lieux et modes de pratique.

### c) les employés

La plupart des employés considérait que leur principal contrainte résidait dans leur impuissance à influencer les décisions prises au centre hospitalier.

d) **les citoyens**

Les citoyens "sont des malades qui s'ignorent" <sup>91</sup>. Ils ont l'handicap d'être des bénéficiaires potentiels avec la condition de dépendance et d'impuissance que cet état engendre.

Les contraintes mettent deux (2) acteurs en interdépendance : les administrateurs et les médecins. Les premiers ont besoin de l'expertise des médecins pour remplir leur fonction qui est de gérer des services de santé et les seconds requièrent une organisation efficace pour pouvoir exercer leur profession.

### 3- LES SOURCES DE POUVOIR

Pour pouvoir surmonter ces contraintes et atteindre leurs objectifs, les acteurs disposent de sources de pouvoir. Ce qui est cause d'incertitude pour l'organisation deviendra source de pouvoir pour ceux qui peuvent répondre à ces inquiétudes.

Tableau : no. 4:13- Les sources de pouvoir des acteurs

ACTEURS	LES SOURCES DE POUVOIR
RÉSEAU	Les ressources financières. Les lois.
C.H.R.B.	L'information Les règles organisationnelles.
MÉDECINS	L'expertise.
EMPLOYÉS	Les conventions collectives.
CITOYENS	L'opinion publique.

Quelques précisions sur ces sources de pouvoir dont disposent chaque acteur seront apportées.

a) **Les administrateurs du réseau**

Le gouvernement détermine l'environnement légal et technologique dans lequel le médecin va oeuvrer. Le Ministère ne pouvait, selon les lois en usage, imposer la fusion; pour y parvenir, le gouvernement l'a modifié grâce à l'article 121 <sup>(xxiii)</sup>. Déposé en décembre 1982, cette loi permettait au ministre de fusionner des établissements même sans la volonté des dirigeants locaux. En contrôlant l'attribution des ressources et en fournissant les budgets, les fonctionnaires provinciaux déterminent, par l'attribution des budgets, les capacités de développement technologique d'un centre hospitalier.

b) **Les administrateurs du C.H.R.B.**

Le directeur général incarne l'administration située aux confluent de l'environnement externe et interne; il est partie prenante de toutes les orientations et décisions importantes. Il se situe au point de convergence des communications aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'institution. Grâce à sa position stratégique au sommet de la ligne hiérarchique, il jouit de contacts privilégiés avec le ministère. D'après les directeurs généraux, leur autorité dans l'établissement était dépendante de leur capacités d'obtenir des ressources pour satisfaire les demandes en provenance des médecins.

c) **Les médecins**

Qui d'autre peut aussi normalement et avec une telle assurance donner à ses concitoyens des ordres comme ceux que donnent les médecins?<sup>92</sup>

Le médecin tire son autorité de la relation patient-médecin qu'il domine grâce à son expertise. Il occupe une position clé dans le processus de production. Le bénéficiaire vient voir "son médecin" à l'hôpital : son influence vient du fait qu'il exerce, grâce à sa profession, un monopole sur la mission principale de l'établissement, prodiguer des soins. Le médecin attire la clientèle au centre hospitalier : ce professionnel gère l'entrée et la sortie des bénéficiaires; le médecin prescrit son cheminement dans la chaîne de production.

**d) Les employés**

Les employés ne se reconnaissent pas d'autres sources de pouvoir que la convention de travail négociée par leur syndicat. Seules ces ententes collectives, les préservent de l'arbitraire des décisions patronales et assurent la défense de leurs intérêts.

**e) Les citoyens**

Les clients peuvent influencer l'organisation par leur participation au Conseil d'administration. À l'aide de manifestations publiques et de pétitions, ils ont alerté les médias et attiré l'attention des politiciens.

Ainsi les contraintes de l'un sont les sources de pouvoir de l'autre. Les pénuries de l'un sont les atouts de l'autre. Les besoins d'un acteur définissent ses points vulnérables. Les politiciens dépendent du vouloir des électeurs, la direction veut gérer des services publics dont l'expertise relève d'entrepreneurs privés, les médecins requièrent une organisation hospitalière efficace pour mettre à profit leur expertise, les citoyens désirent des services et les employés souhaitent garder leurs emplois.

Au C.H.R.B., les administrateurs et les médecins possédaient les sources de pouvoir privilégiées par l'organisation : l'argent et le savoir. Les premiers géraient les ressources financières et les seconds possédaient l'expertise dont dépend l'organisation pour remplir sa mission. Les entrevues ont donc confirmé que l'hôpital est une méritocratie par sa façon de favoriser deux structures organisationnelles : le sommet hiérarchique et le centre opérationnel. Le C.H.R.B., en priorisant l'argent et le savoir, est donc une micro-société fidèle au modèle général de Toffler<sup>93</sup>. À ses yeux, la société favorise trois sources de pouvoir : la force, l'argent et le savoir : la civilisation se mesure par l'abandon de la première et par l'émergence de la dernière.

#### 2.6.2.- Leurs relations

Lors des entrevues semi-directives, chaque personne interrogée a eu à répartir les acteurs selon leur influence. Voici résumé sous forme de tableaux, par ordre d'influence, le classement des acteurs tel qu'établi par les trente-quatre (34) personnes rencontrées :

Tableau : no. 4:14- L'acteur principal

ACTEUR	RANG		
	Premier	Second	Troisième
MÉDECINS	30	4	0
CADRES LOCAUX	2	28	0
CADRES DU RÉSEAU	2	2	20
CITOYENS	0	0	13
SYNDIQUÉS	0	0	1

Il ressort clairement que d'après les gens interrogés, deux acteurs ont dominé la vie du C.H.R.B. : les médecins et les gestionnaires. Quatre (4) médecins seulement ont désigné les administrateurs comme ayant joué le plus important et influent rôle. Cette perception des intervenants vient confirmer ce que l'exposé des caractéristiques avait mis en lumière : deux (2) acteurs ont dominé la vie du centre hospitalier. Leurs relations dans le quotidien seront mises en lumière par l'exposé de plusieurs facettes de la conduite d'un centre hospitalier

1- la gestion du temps

4- la gestion des achats

2- la gestion des lits

5- la gestion financière

3- la gestion des décisions

Les thèmes, pour être choisis, se devaient de répondre à deux (2) critères : avoir fait l'objet de discussions à plus de cinq (5) reprises au comité de régie et placé face à face administrateurs et médecins. Cette présentation des acteurs dans leur vécu quotidien mettra en scène les objectifs, les contraintes et les sources de pouvoir à la fois des médecins et des administrateurs. Ces sources étant des atouts en autant qu'elles sont mobilisables, ces faits révéleront comment ces deux acteurs s'approprient le pouvoir et s'en servent.

### **1- La gestion du temps**

Comme la masse salariale représentait 80 % du budget, seule une gestion rigoureuse des ressources humaines pouvait permettre aux administrateurs d'atteindre l'efficacité recherchée. Dans ce contexte, la gestion du temps supplémentaire, dans des secteurs

comme la salle d'opération, devenait une priorité. Pour éviter les dépenses occasionnées par les interventions qui se déroulaient en dehors des heures normales d'ouverture du bloc opératoire, l'administration en accord avec les médecins a convenu que seules les interventions jugées urgentes pourraient se dérouler le soir ou les fins de semaine. Or cette règle n'a pas été suivie. Même si souvent le personnel demeurait inoccupé au cours de la journée, des interventions, pourtant non urgentes, ont été réalisées en dehors des heures normales de travail. Les chirurgiens effectuaient les cas non en fonction de la disponibilité du bloc opératoire mais de leur horaire personnel, comme bureau avec rendez-vous, clinique externe.

Incapable d'appliquer la règle, la direction a engagé le personnel requis pour faire fonctionner une salle d'opération le soir, cette décision étant devenue économiquement rationnelle. Pour éviter d'affronter les chirurgiens, les gestionnaires se sont abstenus d'appliquer des règles qu'ils avaient eux-mêmes définis avec les médecins, de sorte qu'ils ont eu à assumer les coûts que ces ententes devaient éliminer.

## **2- La gestion des lits**

L'analyse du département de pédiatrie mettra en évidence que malgré l'existence d'un cadre chargé de la gestion des lits, les médecins en régissaient le fonctionnement.

Le pédiatre de la région décidait unilatéralement de ne prendre soin que des enfants hospitalisés à Saint-Georges sans prendre la responsabilité de ceux présents à Beauceville.

Les cinq (5) lits situés à St Georges répondaient difficilement à la demande, affichant un taux d'occupation à 93 %. Alors que les seize (16) lits situés à Beauceville sont inoccupés, des enfants sont hospitalisés dans le corridor à Saint-Georges. Les médecins, par solidarité avec leur confrère pédiatre, ont exploité tous les moyens possibles pour éviter de muter leurs patients à Beauceville. Les gestionnaires ne pouvaient que fournir les ressources physiques et humaines, la gestion des lits leur échappaient. Les médecins prescrivaient l'utilisation des ressources hospitalières et pouvaient ainsi contrer les décisions des gestionnaires qui ne respectent pas leurs intérêts : en principe, la direction devait veiller à l'utilisation efficace des ressources physiques, mais en pratique les médecins contrôlent la gestion des lits.

### **3- La gestion des décisions**

Même quand une décision du conseil d'administration oblige un seul médecin à modifier ses habitudes de pratique, la direction ne l'impose pas. Après de longues discussions, le conseil d'administration se résout à fermer l'obstétrique à Beauceville malgré l'opposition du personnel et du comité des citoyens de cette municipalité. Cette décision a provoqué la démission de trois (3) de ses membres en provenance de Beauce Nord. À cette époque, un seul omnipraticien poursuit ses activités obstétricales à Beauceville, voici son témoignage:

Jamais, le directeur général m'a donné ordre de mettre fin à mes activités au Pavillon St-Joseph. Après un certain temps, surtout parce que j'étais le dernier, j'ai décidé moi-même de changer mon lieu de pratique. Les accouchements ont cessé de s'y dérouler non quand le conseil d'administration

en a décidé mais quand un médecin a renoncé lui-même à continuer seul le combat quatre (4) mois plus tard.

#### 4- La gestion des achats

L'administration dressait les bons de commande et signait les chèques mais la transaction s'effectuait au salon des médecins entre le représentant et le chirurgien. La pertinence d'acquérir de nouveaux produits relevait uniquement de l'utilisateur sans qu'intervienne dans le processus celui dont la fonction est d'assurer le contrôle financier.

Pour illustrer ce *modus vivendi*, la procédure d'achat d'une prothèse en orthopédie sera décrite comme représentative des pratiques du milieu. Au moment où le cadre intermédiaire dresse la liste opératoire du lendemain, le spécialiste l'informe qu'il procédera demain à l'implantation d'une nouvelle prothèse. Quel est le coût? En quoi cette prothèse est meilleure que le matériel déjà en inventaire? À aucun moment, l'administration n'a eu à intervenir; à aucun moment, l'impact financier n'a été évalué. De par son action, le médecin procède à l'acquisition de matériel sans que soient effectués les contrôles financiers par ceux qui en ont la responsabilité.

#### 5- La gestion financière

La direction attribue des primes aux "mercenaires" qui viennent travailler à l'urgence de Beauceville : 3 000 \$ en avril 1983, 27 000 \$ en mai 1983. Ces sommes d'argent servent à attirer des omnipraticiens à Beauceville : grâce à eux, le service d'urgence y est

maintenu. Ces mesures incitatives seront abandonnées après qu'une entente particulière fut signée entre le directeur général et la Régie de l'assurance maladie : dans le cadre d'une expérience pilote exclusive à Beauceville, une nouvelle formule de rémunération destinée aux médecins travaillant dans une urgence à faible débit fut établie. Cette mesure accordée fin 1983, sera étendue au reste de la province, vingt (20) mois plus tard. Pour obtenir le soutien médical, les administrateurs sont prêts à abdiquer bien des principes et à oublier leurs préoccupations financières.

Tous ces dossiers démontrent que dans la relation administrateurs-médecins un acteur domine. Les décisions sont favorables aux disciples d'Hippocrate comme dans la gestion des dépassements d'horaire au bloc opératoire, ou aucune décision ne vient contrecarrer leurs initiatives comme dans la gestion des achats. L'administration doit veiller à l'utilisation rationnelle des ressources mais ce sont les médecins qui la déterminent, comme dans le cas de l'obstétrique et de la pédiatrie.

### **2.6.3.- Les conflits majeurs**

Lors des entrevues, tous, sauf un médecin, ont attribué l'échec de la fusion à une guerre de pouvoir entre deux acteurs, les administrateurs et les médecins. Les procès-verbaux, aussi bien ceux du conseil d'administration, de la régie ou du C.M.D.P., se résument à la chronique de cette guerre de pouvoir. Deux (2) faits occupent entièrement cette saga : l'abandon de l'"Annexe A" <sup>(xxiv)</sup>, et la garde à l'urgence de Beauceville. Était ainsi nommé "Annexe A", le plan de partage imposé par le Ministre dans son décret à

l'automne 1981 : les services d'obstétrique et de pédiatrie étaient fermés à Saint-Georges et dispensés exclusivement à Beauceville. Quant à la seconde cause de conflit, l'objet en était la répartition des gardes à l'urgence entre les omnipraticiens à la fois de Beauceville et de Saint-Georges.

Le premier sujet de discorde est apparu avec la fusion et a connu son apogée en janvier 1984. Les derniers remous ont à peine eu le temps de disparaître que, déjà, l'autre conflit apparaissait pour devenir l'objet de toute l'attention. Ces deux conflits avaient plusieurs éléments en commun. D'abord, en l'absence d'un plan d'organisation précisant la mission de chaque pavillon, toute décision en rapport avec le partage des services s'avérait problématique : dans les deux (2) cas, cette question a été le motif de la confrontation.

Les deux (2) conflits mettaient en opposition les mêmes acteurs qui visaient les mêmes objectifs, se butaient aux mêmes obstacles et disposaient des mêmes sources de pouvoir. Les médecins exigeaient un seul endroit de travail et les administrateurs voulaient maintenir deux (2) points de service. Dans les deux (2) cas, les médecins se sont servis de la même arme pour affronter les gestionnaires : la démission. Par cet ultimatum, ils ont imposé leur point de vue à une direction qu'intimidait pareille menace. Le Québec présentait une pénurie d'anesthésistes de sorte que la direction ne disposait pas de solutions de rechange face au départ de ceux-ci. Face aux omnipraticiens, la direction ne pouvait remplacer autant de médecins dans un si court laps de temps.

Malgré ces similitudes, quelques différences fondamentales entre les deux épisodes conflictuelles ont existé. Le tableau suivant voudrait souligner les points de divergence entre les deux (2) affrontements.

Tableau : no. 4:15- Les conflits majeurs

	LES CONFLITS MAJEURS	
	"ANNEXE A"	GARDE À L'URGENCE
Moyens d'action de l'administration	Abandon de l'annexe A	Injonctions légales.
Conséquences	Démission de 3 membres du c.a	Un tuteur met fin à la fusion

En ce qui a trait à l'"Annexe A", l'administration renonçait à son application à cause de son incapacité à recruter les médecins nécessaires à sa mise en place<sup>(xxv)</sup>. Le directeur général définit alors un principe d'action, l'unicité de la garde. Il refait un plan de partage en accord avec cette règle. Perçu comme une soumission de la direction envers un petit groupe de médecins, ce geste provoqua la démission de 80 % des représentants de Beauceville au conseil d'administration. Si l'engagement de remplaçants en anesthésie s'était avéré impossible à réaliser, celui des membres du conseil d'administration se fit sans peine. À la suite de cette décision, les omnipraticiens ont accepté de déplacer leurs patients à Beauceville : ils ont pallié à l'inconvénient du dédoublement des lieux de production en établissant des équipes de travail attirés à chacun des pavillons.

Le deuxième conflit se distingua à la fois par l'attitude de la direction et par ses conséquences. Conciliante avec les médecins dans le premier cas, celle-ci les affronta dans le second : la résolution du premier fut suivie par l'atténuation de certains écarts dans des facteurs organisationnels, mais le second entraîna la fin du C.H.R.B. Confronté à une rébellion totale compromettant le maintien du service d'urgence à Beauceville, le directeur général fut dans l'obligation de demander une injonction pour imposer la liste de garde.

Si dans le premier cas, la décision permit aux deux (2) pavillons d'opérer comme une seule entité, le second conflit provoqua l'éclatement du C.H.R.B. Par leur influence sur les événements et par leur durée, les affrontements ont mobilisé l'attention et accaparé l'énergie de tous les intervenants. Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant que presque tous aient désigné cette guerre de pouvoir comme ayant été la raison principale de la fin du C.H.R.B..

### **III- LES ÉTAPES DU PROCESSUS DÉCISIONNEL**

L'exposé de ce facteur s'effectuera en respectant la séquence déterminée dans le cadre conceptuel; à savoir, l'identification du problème, le développement de solutions, la sélection et l'implantation. Puis seront comparés, le processus suivi par le choix du modèle de liens interétablissements et par le partage des services.

#### **3.1- Identification du problème**

Les contraintes engendrées par la présence de deux centres hospitaliers à proximité étaient bien identifiées par tous. Ainsi les intervenants s'entendaient, dès 1974 :

Le statu quo, concernant ces deux centres hospitaliers, n'est plus acceptable puisque les deux établissements oeuvrant en parallèle dans les mêmes champs d'action ne peuvent avoir suffisamment de volume pour s'organiser adéquatement<sup>(XXVI)</sup>.

En 1980, le sous-ministre signala, dans une lettre du 20 novembre, que la situation financière exige aussi des actions :

Le déficit, pour les deux (2) établissements, est de huit (8) millions sur un budget total de dix-sept (17) millions pour les deux (2) établissements.

La situation était problématique à bien des égards : la duplication nuisait au recrutement médical et entraîne des services ne répondant pas aux attentes de la clientèle malgré des dépassements budgétaires. C'est un constat sur lequel tous s'entendent et qui a justifié l'existence de nombreux comités interhospitaliers qui se sont réunis, de 1972 à 1981.

Le 6 octobre 1981, les six (6) omnipraticiens qui pratiquaient l'obstétrique à Beauceville avisèrent la direction qu'ils cesseraient leurs activités le 1er novembre à moins que les autorités n'aient trouvé une solution à l'absence du chirurgien démissionnaire. Ce geste signifie à court terme la fin des soins aigus dans ce centre : sans service obstétrical, plus de la moitié d'entre eux, ayant perdu tout intérêt à pratiquer dans ce centre, le quitteront.

### 3.2- Développement de solutions

Plusieurs solutions au cours des années ont été envisagées (lettre du sous-ministre). Tous les intervenants s'entendaient sur la nécessité d'établir des liens entre les deux (2) centres hospitaliers et de mettre fin aux duplications de services. Si tous reconnaissent la nécessité de liens, il y a divergence sur la manière de les nouer.

En 1981, les médecins de Beauceville proposaient l'Annexe "A" : seule cette solution peut assurer la présence définitive de soins aigus dans leur ville. Ce fractionnement des activités cliniques a toujours été rejeté par les intervenants de Saint-Georges. D'après eux son application est irréalisable car elle oblige deux (2) groupes de spécialistes, les anesthésistes et les gynécologues, à assurer la garde dans deux (2) centres de façon simultanée.

### 3.3- La sélection

Si les autres étapes se sont déroulées lentement, celle-ci s'effectuera en quatre (4) semaines :

- le 13 octobre 1981, les gens de Beauceville informent la secrétaire du ministre que la survie de leur centre hospitalier exige la fusion des deux (2) hôpitaux de la Beauce;
- le 15 octobre, lors d'une réunion du conseil d'administration du C.R.S.S.S.-03, la fusion est recommandée au Ministre.

### 3.4- L'implantation

La mise en place de cette décision s'est ainsi déroulée :

- le 22 novembre 1981, le Dr Gérard Roy a le mandat d'appliquer l'annexe "A", et de concentrer l'obstétrique à Beauceville;
- le 10 décembre 1981, l'article 121 est adopté et permet au Ministre de décréter des fusions;
- le 22 mai 1982, l'avis de la fusion est publié dans la Gazette officielle<sup>(xxviii)</sup>;
- le 1er septembre 1982, le Conseil d'administration siège pour la première fois;
- mars 1983, le directeur général, après avoir vainement tenté de modifier l'opinion des anesthésistes<sup>(xxix)</sup>, avise le conseil d'administration que l'"Annexe A" sera très difficilement réalisable;
- 18 janvier 1984, le conseil d'administration décide majoritairement qu'à compter de maintenant, il est interdit de procéder à des accouchements à Beauceville.

Vote: Pour: 5    Contre: 4    Abstention: 1.

La décision ministérielle comportait deux (2) volets : la fusion et l'"Annexe A". Les deux aspects ont connu le même sort : l'"Annexe A" a été abandonné en 1984 et le C.H.R.B. est disparu en 1988. Or non seulement, ils ont partagé la même destinée, mais également la même étiologie : l'impossibilité de dégager un consensus sur un point précis, le partage des activités cliniques entre les deux (2) points de service.

Comme l'a démontré l'analyse du choix du modèle en début de ce chapitre, les intervenants avaient accepté la fusion comme étant une structure organisationnelle répondant aux besoins de la Beauce. Mais la recherche d'un partage de services équitable entre les deux (2) pavillons est demeurée conflictuelle. Le C.H.R.B. a été dissout non parce que la fusion contrevait aux attentes des gens mais parce que les intervenants ne pouvaient s'entendre sur une définition des missions des pavillons qui auraient permis à une seule organisation de vivre de façon harmonieuse.

Le processus décisionnel, en ce qui a trait aux deux (2) volets de la décision gouvernementale, diffère sur un point dont l'analyse devrait nous permettre d'éclaircir la raison de la disparition du C.H.R.B. : l'acceptation par les intervenants des deux (2) volets du décret gouvernemental. Pour les mettre en relief, un tableau, basé sur la satisfaction des gens face aux moyens mis en oeuvre à chacune des étapes, a été construit.

Tableau : no. 4:16- Satisfaction face au processus décisionnel.

SATISFACTION FACE AU PROCESSUS DÉCISIONNEL		
ÉTAPES DU PROCESSUS DÉCISIONNEL	FUSION	PARTAGE
IDENTIFICATION	OUI (90%)	NON(80%)
DÉVELOPPEMENT DE SOLUTIONS	OUI (90%)	NON(60%)
SÉLECTION	OUI (90%)	NON(60%)
IMPLANTATION	OUI (90%)	NON(60%)

Même si la fusion contrevenait au désir d'autonomie exprimée par plusieurs et surtout venait en contradiction avec l'antagonisme des deux communautés humaines, cette structure avait des mérites que tous reconnaissaient. En 1982, une majorité d'intervenants admettait que la fusion représentait une structure organisationnelle correspondant aux besoins de la situation de la Beauce : tous acceptaient que la fusion permettait des économies d'échelle et favorisait le développement de nouveaux services.

Au cours des années, les intervenants locaux, régionaux et provinciaux avaient identifié le problème, exploré plusieurs solutions : ils n'avaient pas tous sélectionné la même solution mais tous reconnaissaient que la fusion était une structure qui apportait une réponse logique et médicalement acceptable à la problématique beauceronne. Dix (10) ans plus tard non seulement, le choix de la fusion comme modèle d'entente interétablissement n'a pas été identifié comme problématique mais même son imposition a été perçue comme nécessaire.

Tant qu'au partage des services, il a toujours été conflictuel. Les gens ne s'entendaient pas sur les problèmes à résoudre. La répartition des services proposée par les intervenants de Beauceville répondait à un objectif unique de survie de leur hôpital. Un seul problème est alors identifié, la démission du chirurgien qui met en péril les soins aigus à Beauceville; regrouper l'obstétrique à Beauceville devient la seule solution développée et envisagée.

Si les intervenants de Beauceville oublient dans leur évaluation la disponibilité des ressources médicales, les gens de Saint-Georges ne veulent pas tenir compte de la disponibilité des installations de Beauceville dans leur recherche d'une solution.

Le processus décisionnel entourant le partage de services a été marqué par l'absence d'une identification rigoureuse de la situation, par la présence d'un développement de solutions basées sur des préjugés et par à une sélection fondée que sur des rapports de force. Tous ces éléments, différents de ceux qui ont caractérisé le processus décisionnel en ce qui a trait au choix du modèle, expliquent d'une part la réaction des intervenants et d'autre part la fin du C.H.R.B. Aussi longtemps que cette source de conflit n'était pas tarie, la survie de celui-ci était menacée : le conflit à propos de la liste de garde a ébranlé une organisation rendue vulnérable par l'absence de missions pavillonnaires bien arrêtées.

## **RÉSUMÉ**

Le tableau suivant se voudrait un résumé des conclusions tirées à la lumière de l'exposé des résultats : toutes les raisons pouvant compromettre la formation de liens organisationnels entre deux établissements de santé y sont mentionnées en indiquant si, oui ou non, elles ont eu de l'influence dans la Beauce. Six (6) raisons ont été identifiées comme responsables de la fin du C.H.R.B. ; les sept (7) autres n'ont pas été retenues.

Tableau : no. 4:16- Les causes d'échec du C.H.R.B.

LES CAUSES D'ECHEC	OUI	NON
<b>1. LE CHOIX DU MODELE</b>		✓
<b>2. LES FACTEURS</b>		
2.1 Spatial		
2.1.1 Installations		✓
2.1.2 Employés		✓
2.1.3 Clientèle	✓	
2.1.4 Médical	✓	
2.2 Géographique		
2.2.1 Physique	✓	
2.2.2 Psychologique		✓
2.3 Économique		✓
2.4 Psycho-social		✓
2.5 Culturel	✓	
2.6 Politique	✓	
<b>3. PROCESSUS DÉCISIONNEL</b>		
3.1 Fusion		✓
3.2 Partage	✓	

Le partage des services entre les pavillons a été au centre des débats qui ont marqué l'existence du C.H.R.B. Des déficiences au niveau du processus décisionnel ont donc entraîné l'apparition d'une différenciation au niveau de plusieurs facteurs organisationnels.

L'intégration du facteur politique s'est butée à la définition de la mission de chaque pavillon : cet échec s'est manifesté par les conflits entre administrateurs et médecins. Cette différenciation dans le facteur politique a engendré la non intégration des facteurs géographique, spatial et culturel. Les médecins en refusant de se déplacer ont utilisé le facteur géographique dans sa facette de distance physique comme moyens de résister aux intentions de l'administration de transférer des services aigus à Beauceville. Les professionnels de la santé par leur non-collaboration avec l'administration ont maintenu des distances selon le facteur spatial. Les médecins n'ont posé aucun geste pour atténuer les écarts au niveau de la répartition de la clientèle entre les deux hôpitaux ni corrigée la surcharge de travail des omnipraticiens de Beauceville face à leurs obligations de la garde à l'urgence.

Comme prévu, la différenciation au niveau politique a débouché sur un pluralisme culturel : les deux (2) groupes regardant leur culture comme un élément structurant, les deux (2) ont continué à revendiquer la position de leader. La juxtaposition de deux (2) cultures antagonistes a ainsi contribué à gêner la résolution des conflits.

La réponse posée au début peut donc être formulée de nouveau et la réponse cette fois fournie. Pourquoi l'échec de la fusion du C.H.R.B.?

Parce qu'un partage de services entre les deux (2) pavillons a transformé l'organisation en une arène politique où se sont affrontés les médecins et les

administrateurs.

Cette conclusion découle de la réponse suivante aux trois interrogations formulés par Bégin (1981) au sujet du modèle organisationnel, des facteurs organisationnels et du processus décisionnel.

1. Le modèle d'arrangement interétablissement choisi était approprié.
2. Des écarts dans l'intégration du facteur politique ont entraîné des différenciations dans les facteurs géographique, spatial et culturel.
3. Un processus décisionnel déficient en ce qui a trait au partage des services a précipité l'organisation dans une arène politique.

La discussion confrontera cette conclusion avec les opinions généralement exprimées sur ce sujet.

## **CINQUIÈME CHAPITRE**

### **LA DISCUSSION**

Jusqu'à maintenant, le sujet de cette étude, à savoir la fusion des deux (2) centres hospitaliers dans la Beauce, a été abordé en tentant de découvrir les raisons de la disparition du C.H.R.B. Pour percevoir la réalité dans toutes ses dimensions, il convient d'examiner les faits en empruntant des points de vue opposés. Après avoir recherché les facteurs ayant causé la fin du C.H.R.B., seront maintenant examinés ceux dont la présence aurait été requise pour garantir la réussite de cette fusion dans la Beauce.

Les auteurs s'entendent pour reconnaître que l'établissement d'un ensemble de santé exige, pour être fructueux, la présence de plusieurs conditions. Parmi toutes ces obligations, deux (2) font l'unanimité chez les auteurs consultés. Tous, en effet, jugent essentiels la présence préalable d'une étude de faisabilité et en second la collaboration des intervenants locaux.

#### **CONDITIONS DE SUCCÈS**

##### **5:1- ÉTUDE DE FAISABILITÉ**

La revue de la littérature indique que les chances de réussir sont meilleures quand les fusions sont programmées...<sup>94</sup>

Cette opinion exprimée par Paquin (1983) est confirmée par De Coursey (1977)<sup>95</sup>, Flotter et al (1982)<sup>96</sup> qui affirment que l'improvisation n'a pas sa place, dans une démarche de fusion, car cette décision :

doit être précédée obligatoirement d'une étude de faisabilité honnête et complète. Le but n'est pas de maintenir artificiellement une institution en vie<sup>97</sup>. Ainsi avant de procéder à une fusion, il faut procéder à des études honnêtes et complètes de faisabilité qui établissent que la fusion va être financièrement et médicalement viables et va avoir l'appui de la communauté humaine<sup>98</sup>.

Les fonctionnaires qui ont participé à la naissance du C.H.R.B. connaissaient ce principe de base; en effet Alméras a déclaré :

La fusion doit être une décision stratégique étudiée et planifiée<sup>99</sup>.

Mais dans la réalité, ce principe ne fut pas suivi en territoire beauceron : la décision ministérielle n'a fait l'objet d'aucune analyse préalable. C'est ainsi qu'une étude conduite, par Poulin (1984), au sujet de la fusion des deux (2) centres hospitaliers dans la Beauce concluait :

Il ressort que la décision relative à la fusion des deux hôpitaux de la Beauce a été clairement d'ordre politico-administratif et qu'en conséquence son élaboration n'a pas suivi un cheminement qu'on pourrait qualifier de parfaitement rationnel.

Aucune démonstration factuelle et objective ne fut faite, auprès du milieu, du bien fondé de la solution du MAS. S'il existe des études d'arrière-plan à ce propos, personne n'en fut vraiment informé. Par conséquent, aux yeux de plusieurs, la décision de Québec ne s'appuyait que sur une volonté technocratique<sup>100</sup>.

L'analyse du processus décisionnel, fait au chapitre précédent, montre que cette opinion doit être nuancée. Avec le temps, la perception des intervenants a évolué. Le décret gouvernemental qui a donné naissance au C.H.R.B. comportait deux volets, la fusion et le plan de partage des services entre les deux pavillons; ces reproches tant qu'à l'absence de planification se sont concentrés, non plus sur le premier aspect mais sur le second. La fusion en tant que moyen d'établir des liens entre les organisations avaient été étudié dans l'ensemble de la région 03. Localement, les intervenants avaient été sensibilisés aux mérites de ce modèle d'ensemble de santé. Par contre, en ce qui a trait au partage, la réalité a été fort différente. Aucune étude de faisabilité n'a précédé son implantation. Le diagnostic s'est limité à relever un seul symptôme, la fermeture de l'obstétrique à Beauceville, mais surtout la thérapie sélectionnée était inappropriée; l'"Annexe A" avait déjà été évaluée et rejetée <sup>(xxx)</sup>.

Deux (2) semaines après sa formulation dans le bureau du ministre, le gouvernement fait, de la suggestion des intervenants de Beauceville, la pierre angulaire de sa politique de santé en Beauce. Sans qu'aucune évaluation plus approfondie n'en ait été effectuée, ce partage devient l'"Annexe A" : cette décision est "dans le ciment", comme l'affirmera le mandataire délégué par le Ministre. Le manque d'étude préalable s'est manifesté par un diagnostic incomplet et le développement d'un seul choix et la sélection d'une solution irréaliste. L'absence d'un projet rationnel et viable médicalement condamnait cette fusion telle que le prévoyait la littérature: tous les auteurs suivants le disent Hall (1977)<sup>101</sup>, Edwards (1973)<sup>102</sup>, Dionne (1988)<sup>103</sup>, Johnson (1976)<sup>104</sup> Tippits S.J. (1973)<sup>105</sup>.

Dans trois (3) des quatre (4) étapes du processus décisionnel, l'identification du problème, le développement de solutions et la sélection des lacunes ont été soulignées lors de l'analyse du processus décisionnel. Pourtant un partage viable, rationnel et médicalement acceptable pouvait être conçu. L'Association des C.M.D.P. du Québec proposa, en 1983, deux (2) options de partage 1983<sup>106</sup> qui conciliaient d'après eux, à la fois les besoins de la population de la Beauce et ceux des médecins de la Beauce<sup>(xxxI)</sup>. La première de ces propositions correspond au vécu actuel.

Le projet de fusion ne comportait donc pas d'étude de faisabilité et contrevenait ainsi à la première condition de succès. Ce manquement ne pouvait qu'être fatale au C.H.R.B. d'après Bayding (1975)<sup>107</sup>, Shermerhorn (1979)<sup>108</sup>, et De Coursey (1977)<sup>109</sup>.

## 5:2- LA COLLABORATION DES INTERVENANTS LOCAUX

Une seconde condition préalable à l'atteinte du succès lors de la formation d'une fusion fait aussi l'unanimité dans la littérature. Malo l'exprime ainsi :

Le processus doit être bien planifié et inclure une dimension d'information et de participation de toutes les personnes impliquées, partant du conseil d'administration et allant jusqu'au personnel et aux bénéficiaires<sup>110</sup>.

Parmi tous les intervenants, la participation des médecins, selon Tremonti (1983) et Paquin (1987), doit être privilégiée parce que cet acteur occupe une place déterminante dans l'acceptation de changements organisationnels affectant un centre hospitalier.

Une raison pour laquelle les hôpitaux regroupés ne remplissent pas leurs attentes est le degré d'acceptation par les groupes de professionnels de la santé<sup>111</sup>.

Au Québec, plusieurs regroupements de centres hospitaliers n'ont pu se matérialiser à cause de la résistance des principaux acteurs, notamment les médecins<sup>112</sup>.

Selon eux, aucun changement organisationnel ne peut s'établir avec succès sans l'appui des médecins. Le résultat est dépendant du degré d'acceptation de ce groupe, car les professionnels disposent de moyens pour exprimer leur résistance et faire échec à tout bouleversement qu'ils jugent en opposition avec la qualité des services requis par la population. Cette acceptation de la part du corps médical ne peut s'obtenir que si ceux-ci s'impliquent dans le processus décisionnel conduisant aux changements. Douville (1983) s'exprimait ainsi :

Les attitudes des médecins tout au long du processus de fusion étaient significativement reliées à leur degré d'implication dans le processus de planification<sup>113</sup>.

Gosselin (1984), dans son étude sur le regroupement de la pédiatrie dans l'Estrie, attribuait cette réussite au fait que les médecins avaient participé aux discussions :

Les véritables négociations se sont faites entre eux (médecins) et avec eux, suscités, guidés, encadrés si l'on peut dire, par les administrateurs locaux. D'où la grande importance d'inclure, mais de façon organisée, ces acteurs dans un projet de modification de services qui les affecte directement<sup>114</sup>.

Crews (1974)<sup>115</sup> et Edwards (1973)<sup>116</sup> soulignent eux aussi que le succès dépend de l'implication des intervenants mais notamment des médecins, surtout quand ces derniers sont partie prenante des secteurs touchés par les réaménagements organisationnels.

Dans la Beauce, si leur participation a été négligeable lors de la formation du centre, il en fut tout autrement dans sa destruction. Si les médecins ont joué un rôle marginal dans la planification du C.H.R.B., ils ont revendiqué un rôle prédominant dans sa liquidation. N'ayant pas suscité leur implication dans le processus décisionnel, les gestionnaires ont eu à les affronter tout au long de l'existence du C.H.R.B. L'absence de leur participation au processus décisionnel a aliéné le corps médical et servi de catalyseur au conflit. Écartés de toutes les étapes du processus décisionnel, ils ont été partie prenante de tous les conflits qui ont marqué l'existence du C.H.R.B.

Les médecins se sont impliqués au nom de la qualité des services à la population; ils se sont mobilisés pour s'opposer à un partage des services dont ils ne percevaient que les inconvénients. Ils ne pouvaient se rallier, à leur avis, à un partage de services qui était dépourvu de rationalité médicale : même s'ils reconnaissaient à la fusion des mérites économiques, ils ne pouvaient appuyer des changements de vocation pavillonnaire; en effet personne n'avait fait la preuve que ces transformations aideraient les médecins à offrir de meilleurs services à leur clientèle. En absence de cette démonstration, ils ne pouvaient que résister à des changements qui modifiaient leurs activités sans garantir aucune amélioration de services. Les anesthésistes ont enterré l'annexe "A" décrété par le ministre : ils ont ainsi indiqué à leurs confrères la façon de conquérir et d'user du pouvoir. Le rôle crucial joué par les anesthésistes dans la Beauce est également en accord avec l'expérience Nord-Américaine : les membres de cette spécialité forment habituellement le noyau d'opposition<sup>117, 118, 119</sup>, lors des fusions entre centres hospitaliers.

En résumé, deux (2) éléments doivent se retrouver quand des projets de fusion sont élaborés : étude de faisabilité et la participation des intervenants. Les deux (2) étant interdépendants comme le souligne Gosselin :

Dans les cinq (5) cas étudiés ici, il est évident que le caractère empirique, vérifiable et quantifiable d'une argumentation l'a rendu rapidement acceptable et accepté autant par le corps médical et les administrateurs des établissements concernés que par les bénéficiaires concernés et la communauté des citoyens<sup>120</sup>.

Pellan et Lapointe<sup>121</sup>, recommandaient aux gestionnaires pour réussir la création des liens entre des établissements de santé de respecter trois (3) conditions :

- s'assurer de la faisabilité du projet;
- s'assurer de l'implication et de la participation de tous les intervenants;
- s'assurer de l'expertise médicale lors de l'élaboration médicale.

Dans la Beauce, aucune de ces exigences n'a été respectée : l'absence à la fois d'étude de faisabilité et d'implication des médecins ont été signalés. Le conseil de Cantin (1986) a été ignoré :

Le passé a démontré que lorsqu'on prend le temps de lui fournir les informations pertinentes, le secteur médical collabore aux objectifs poursuivis<sup>122</sup>.

Comme prévu dans la littérature, une organisation construite, en l'absence de ces deux (2) obligations primordiales et essentielles, ne pouvait connaître le succès. L'approche soit par les conditions de succès soit par les causes d'échec conduisent aux mêmes constations : un processus décisionnel déficient en ce qui a trait au partage des

services a engendré l'apparition d'une différenciation au niveau du facteur politique se manifestant par une guerre de pouvoir entre administrateurs et médecins.

Une lutte de pouvoir a marqué la vie du C.H.R.B. : l'opposition des médecins et des administrateurs a causé sa disparition. L'absence d'une définition claire, précise et médicalement acceptable des missions de chacun des pavillons a déclenché cet affrontement. Tous les facteurs organisationnels qui ont présenté une différenciation ont été affectés par cette rivalité. Le facteur spatial dans ses deux aspects de répartition de la clientèle et de l'intégration en une seule unité des deux groupes de médecins en est un exemple. Quand l'ensemble des médecins a collaboré, la clientèle s'est répartie dans les deux pavillons : lorsqu'ils se sont affrontés, les disparités selon ces facteurs sont apparues.

Cette guerre entre administrateurs et médecins a, à ce point, occupé tout l'espace que, contrairement aux craintes de plusieurs, l'antagonisme entre les communautés n'a pas influencé le débat. Bégin au début avait noté que :

Dans la Beauce, au début du projet de la fusion, règne entre les hôpitaux voisins, un climat conflictuel nourri par une profonde rivalité inter-municipale. En fait, l'existence même de ces établissements est une manifestation de cette rivalité économique, politique, sociale et culturelle.<sup>123</sup>

Mais par la suite, même dans les crises majeures, l'abandon de l'annexe A et la garde à l'urgence, les citoyens sont demeurés des spectateurs. De l'avis des directeurs généraux, l'environnement externe compliquait les prises de décision. Non seulement, les

citoyens n'ont pas influencé le débats mais plutôt ces derniers ont été manipulés par des membres de l'environnement interne. La phrase suivante tirée du procès-verbal du C.M.D.P. de mai 1982, illustrent bien ce contrôle :

L'objectif du comité des citoyens est le maintien des services en place actuellement à St Georges. Par contre, nous pensons qu'il serait possible d'amener le Comité des citoyens à faire des concessions si celles-ci étaient médicalement acceptables.

## CARACTÉRISTIQUES DES DEUX (2) ACTEURS

Compte tenu de la place centrale occupée par cette rivalité, seront explorées les caractéristiques de ces deux acteurs pour vérifier si cet antagonisme est fondamental.

D'après Freidson <sup>124</sup>, Katz <sup>125</sup>, les professionnels ont les particularités suivantes :

- 1- L'expertise : application d'habilités et de connaissances acquises se réalisant en dehors de l'organisation.
- 2- L'autonomie : auto-régulation au sujet du contenu des termes et des conditions de son travail.
- 3- L'appartenance à une corporation professionnelle : existence d'un contrôle de la compétence et des standards de pratique établis par des pairs.
- 4- La relation avec le client : les professionnels en général sont entraînés pour agir de façon individuelle et jouer le rôle d'agents auprès de leurs clients qui ne possèdent pas les connaissances spécialisées nécessaires <sup>126</sup>.

Ces traits particuliers qui permettent de reconnaître un professionnel s'inscrivent dans la réalité par des attitudes spécifiques que Benveniste (1987) <sup>127</sup> a ainsi résumé :

1- Sa profession représente une référence significative et constitue sa motivation principale. Le succès dans sa carrière personnelle est priorisé avant celui de l'organisation. Il s'attachera à l'organisation en autant qu'elle lui permettra d'atteindre ses buts personnels.

2- Il revendique l'autonomie dans son travail. Il lui revient de déterminer les conditions d'exercice et à ses pairs d'évaluer son travail. Étant le seul responsable, il exige le contrôle des moyens de production lui permettant de prendre et d'appliquer ses décisions face à son client.

Ces modalités, qui définissent un professionnel, vont permettre de comprendre le désaccord fondamental qui anime la relation médecins-administrateurs. Leur incompatibilité découle de l'antagonisme de certains de leurs traits . Blain <sup>128</sup> et Raclin (1984)<sup>129</sup> ont décrit la polarisation de leurs valeurs respectives de la façon suivante:

1- Les professionnels sont loyaux à leur profession, indifférents aux contraintes organisationnelles, favorisent une évaluation par les pairs, sélectionnent leur projet en se basant sur les intérêts de leur carrière professionnelle, et poursuivent leurs objectifs sans s'inquiéter des disponibilités financières.

2- Les administrateurs sont loyaux à leur organisation, favorisent les résultats quantifiables et les contrôles administratifs serrés, sélectionnent les projets selon des critères économiques globaux, et poursuivent l'équilibre budgétaire en se préoccupant du contrôle des dépenses.

Ce portrait des deux acteurs est à dessein dressé de façon antagoniste : leur relation dans la Beauce fut conflictuelle et fit intervenir ces différences. Qu'il suffise pour le démontrer, de signaler que les gestionnaires préconisaient l'efficacité par l'utilisation des possibilités des deux pavillons et que les médecins voulaient maximiser leurs activités en les regroupant en un seul endroit. Au C.H.R.B., les gestionnaires étaient fidèles aux directives bureaucratiques et les médecins voulaient échapper aux contraintes organisationnelles.

Dans ces circonstances, une guerre de pouvoir ne pouvait qu'apparaître, engendrée par la revendication de chacun des groupes pour occuper la position de leader: les médecins réclamant cette prépondérance au nom de l'expertise et les gestionnaires revendiquant l'autorité en tant que responsables de l'organisation.

## **LES AVANTAGES DES DEUX (2) ACTEURS**

Pour décrire cette relation entre les administrateurs et les professionnels, la métaphore construite par Baccharah (1989)<sup>130</sup> sera utilisée. L'auteur emprunte au monde du jeu, la balançoire, sa façon d'illustrer le caractère changeant de la nature de cette

relation. Les deux (2) étant à tout moment en interaction, ce sont des changements dans le marché qui vont conférer des avantages à l'un plutôt qu'à l'autre. Dépendant de conditions dans l'environnement externe, leur position relative varie; l'un devenant plus imposant que l'autre et ainsi profitant d'une position favorable par rapport à l'autre.

ADMINISTRATEURS

PROFESSIONNELS



\*  
\* \* \*  
\* \* \* \* \*  
\* \* \* \* \* \* \* \* \*  
\* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*

Selon son hypothèse, leur poids relatif dépend du marché. Quant l'organisation ne peut pas facilement remplacer un professionnel, ce dernier a l'avantage. Par contre quand les professionnels peuvent difficilement trouver des emplois ailleurs, le gestionnaire peut profiter de plus de poids, donc d'influence selon sa métaphore.

La facilité de la substitution influence cette relation. Quand d'autres professionnels sont disponibles, le gestionnaire jouit d'une marge de manoeuvre; si par contre plusieurs organisations accordent une valeur fondamentale au service rendu par le professionnel, ce dernier est en position de force en autant que plusieurs le sollicitent. Dans la Beauce, lors des deux (2) affrontements majeurs, les gestionnaires ont du faire face à une pénurie de main d'oeuvre; une rareté réelle lors du conflit avec les anesthésistes et une carence artificielle lors du conflit avec les omnipraticiens. À chaque occasion, l'incapacité de l'administration à recruter des professionnels, a donné l'avantage aux médecins.

En plus de bénéficier de circonstances dans l'environnement externe, les médecins ont su tirer profit de la configuration du pouvoir de leur organisation. Les médecins au C.H.R.B. oeuvraient dans une méritocratie qui, comme le dit Mintzberg <sup>131</sup>, a tendance à favoriser ceux qui dominent le centre opérationnel. En dirigeant la clientèle vers l'organisation et en prescrivant chacun des mouvements des patients à l'intérieur de l'hôpital, les médecins dominent le centre opérationnel.

Ces deux (2) facteurs, présents dans la Beauce, ont procuré aux médecins les atouts nécessaires pour s'opposer avec succès à toute décision des gestionnaires qui ne respectait pas leurs intérêts : des besoins non comblés en effectifs médicaux et la configuration organisationnelle du C.H.R.B. Pour contrebalancer ces deux (2) atouts, l'équipe de direction se devait d'exploiter le conseil de Mintzberg. Dans une bureaucratie professionnelle, selon lui, l'administrateur, par sa place aux frontières de l'organisation, entre les professionnels et les parties prenantes externes (gouvernements), peut s'imposer en permettant l'accès à des ressources. Les nombreux investissements consenties dans la Beauce avaient ce but : aider les gestionnaires à surmonter l'opposition médicale.

D'après tous les directeurs généraux, les décideurs du ministère et du C.R.S.S.S, avaient un préjugé favorable aux demandes d'investissement en provenance de la Beauce : les autorités gouvernementales voulaient démontrer les bienfaits d'une fusion et acceptaient d'épauler les gestionnaires en leur fournissant les moyens de neutraliser l'opposition. La fusion dans la Beauce devait démontrer aux membres du réseau les mérites économiques

de cet outil de rationalisation qu'est la fusion. Paradoxalement, c'est par l'investissement d'argent que le gouvernement a tenté de surmonter les contraintes locales et démontrer la convenance de ce modèle d'ensemble de santé pour solutionner des problématiques dans le réseau québécois. L'histoire du C.H.R.B., témoigne du fait que les gestionnaires, se sont montrés flexibles sur l'objectif d'efficacité budgétaire mais tenaces sur le moyen, la fusion. Cette inversion des moyens et des fins montre d'après Mintzberg que les médecins ont su faire glisser le pouvoir en leur faveur.

### **LES RAISONS DE LA DISPARITION DU C.H.R.B.**

Ainsi grâce à ces notions, les événements prennent toute leur explication. En prenant comme toile de fond le schéma déjà cité (annexe 2:5), le portrait suivant peut être dressé.

Le communiqué ministériel décrétant la fusion a servi d'agent déclencheur. Cette impulsion a entraîné l'apparition d'une arène politique complète. Les professionnels brandissent la démission, l'annexe A est abandonné. Le conflit n'est pas résolu car la mission des deux (2) pavillons n'est pas définie, mais l'intensité est atténuée. Une organisation politisée s'installe : l'équilibre entre les deux clans est atteint grâce à des investissements majeurs soins intensifs, médecine nucléaire qui procurent du poids aux administrateurs. L'organisation politisée se maintient jusqu'au conflit entraîné par le problème de la garde à l'urgence : le C.H.R.B. redevient une arène politique. Cette fois-ci, impossible de diminuer l'intensité du débat, les positions des belligérants sont irréconciliables, le médiateur ne peut demander la dissolution du C.H.R.B..

En conclusion, une mauvaise planification du partage des services a entraîné l'organisation dans une arène politique où se sont affrontés les médecins et les administrateurs. Le facteur politique n'est pas le seul dont l'intégration n'a pas été réalisée mais les autres géographique, spatial et culturel, n'ont été que l'expression de la volonté politique des médecins de s'opposer à un partage des services qui ne correspondait pas à leur vision de pratiquer leur métier et de prodiguer des soins à la population.

## SIXIÈME CHAPITRE

### CONCLUSION

L'étude a montré que le C.H.R.B. a été le fruit de la transformation d'une méritocratie en arène politique. Cette métamorphose a été déclenchée par un conflit mettant aux prises les administrateurs et les médecins : l'objet de leur discord étant la mission des deux (2) pavillons.

En 1984, Poulin<sup>132</sup> avait conclu son mémoire en signalant que même si dans le secteur de la santé les décisions répondaient le plus souvent à une rationalité politique plutôt qu'à une rationalité administrative, le processus décisionnel emprunté dans la création du C.H.R.B. avait causé du ressentiment parmi les intervenants. Elle concluait :

Le Ministère n'a cependant pas eu, semble-t-il, le souci de se ménager des alliés locaux sur lesquels il aurait pu s'appuyer au besoin afin de réduire l'impact négatif de son geste. Il ne s'agissait pas de diviser pour régner, mais de ne pas agir seul.

L'évolution a par la suite confirmé ces observations : l'absence d'une étude de faisabilité préalable ayant l'appui des intervenants locaux a eu des conséquences désastreuses.

Les résultats ont illustré que la fusion, comme structure organisationnelle, avait gagné l'appui de tous : mais la mission des pavillons, restée sans réponse, s'est avérée problématique et conflictuelle. La fusion n'a pas été rejetée mais abandonnée parce que ce modèle organisationnel ne pouvait survivre en l'absence d'un partage des services jugé rationnel par les médecins de Saint-Georges.

Le processus décisionnel a donc été fatal au C.H.R.B. Le modèle d'implantation utilisé a été le même dans les deux cas. La divergence des résultats n'a pas eu l'imposition hiérarchique comme origine, mais bien des différences dans les autres étapes du processus décisionnel qui peuvent ainsi se résumer : l'absence de planification stratégique, lors de sa création a conduit le C.H.R.B. à son démantèlement.

Cette étude apporte une réponse affirmative à la question posée par Dufour<sup>133</sup> : la planification stratégique, les établissements ont-ils vraiment le choix de s'en passer? La définition qu'en fournit l'auteur montre la pertinence de celle-ci avant une fusion :

La planification stratégique qui repose sur une participation élargie des intervenants apporte de plus à l'établissement une occasion de développement organisationnel qui assure une meilleure adhésion aux objectifs et une meilleure mobilisation des intervenants autour de la mission de centre hospitalier.

Le rôle central de la planification stratégique, confirmé par d'autres auteurs<sup>134, 135, 136</sup>, ne fait que mettre de l'avant deux (2) conditions de succès qui ont fait défaut au C.H.R.B. : la définition des missions de chaque pavillon et l'absence de la

participation des intervenants locaux. Certes la participation médicale aurait été fondamentale en Beauce, mais il n'est pas évident qu'une planification stratégique aurait transformé leur opposition en collaboration. Mongrain<sup>137</sup> note avec justesse:

que même si les médecins forment un groupe dont la participation est essentielle à tout changement organisationnel affectant un centre hospitalier, leur mobilisation est difficile à cause de leur caractère fort différent des autres intervenants du milieu de la santé.

Tous les autres employés, sauf eux, sont des salariés du centre hospitalier : cette organisation juxtapose donc une bureaucratie professionnelle et une bureaucratie mécaniste. Si les procédures de gestion pour la seconde structure sont standardisées, ceux de la première font encore objet de débats.

Cette gestion des professionnels, qui a été au centre des événements ayant marqué le C.H.R.B., demeure un point que cette étude n'a pas éclaircie. Certes la relation administrateurs-médecins a été désastreuse, mais comment aurait-il été possible qu'il en fut autrement? La question est pertinente si les décideurs veulent imposer des changements au réseau de la santé : mais la réponse n'est pas facile à formuler d'autant plus que chacun des membres de cette relation administrateurs-médecins subit présentement des mutations. Les deux acteurs éprouvent présentement des transformations importantes.

1- Les administrateurs en premier, qui selon Perrow après avoir joué un rôle secondaire, deviennent le rouage important : la raison découlant du fait que la partie problématique de l'organisation attire l'attention. Selon lui, au début du siècle quand le

financement sous forme de dons jouaient un grand rôle, les philanthropes ou groupes religieux dominaient les conseils d'administration. Puis, avec les progrès technologiques réalisés en médecine, l'hôpital devint de plus en plus dépendant des compétences techniques; les médecins devinrent le centre de l'attention. Et maintenant,

comme les hôpitaux sont confrontés à des rôles de coordination dans le travail des équipes médicales spécialisées, de plus en plus difficiles, Perrow pense que les administrateurs hospitaliers, du fait qu'ils sont les personnes les mieux placées pour s'occuper de cette dépendance cruciale, se sont imposés comme les membres dominants du système du pouvoir.

2- Les médecins voient aussi leur rôle se modifier de façon essentielle. Ces professionnels de la santé subissent une érosion graduelle de leur position sociale, au point où quelques uns ont parlé de leur "proletarinization".

La "proletarinization" est employée pour décrire le processus par lequel une catégorie occupationnelle est déviée du contrôle sur certaines prérogatives reliées au lieu, le contenu et les activités de sa tâche et ainsi subordonnée aux réquisition plus larges de la production sous la dépendance du capitaliste.<sup>138</sup>

Plusieurs facteurs sont responsables de cette dégradation de leur position :

le premier est la généralisation du mode capitaliste de production et des pressions vers une rationalisation, le second est la montée et le déclin de la petite bourgeoisie et le troisième est la montée du rôle de l'état...<sup>139</sup>

Ces changements de rôle ont-ils été ressentis en Beauce? En 1980, six (6) médecins quittaient Saint-Georges : la baisse de leur pouvoir d'achat et l'érosion de leur image sociale les avait motivés, à quitter le Québec pour les États-Unis. Ainsi, quelques uns d'entre eux, ont perçu ce changement de rôle et ont réagi en conséquence.

Pour l'instant, un constat seulement sera fait de ces transformations. Le C.H.R.B. est disparu dans la Beauce à la suite d'un conflit administrateurs-médecins occasionné par l'absence d'un consensus sur un plan de partage : la mise sur pied préalable d'une planification stratégique aurait-elle permis d'éviter ces écueils en forçant au dialogue deux acteurs qui subissent des modifications fondamentales de leur rôle social?

La réponse mériterait une autre étude. Le C.H.R.B pourrait peut-être servir de cadre à celle-ci.

## RÉFÉRENCES HISTORIQUES

### I- Répartition des lits par département en 1981

#### NOMBRE DE LITS

	HÔPITAL ST-JOSEPH DE BEAUCEVILLE	HÔTEL-DIEU NOTRE-DAME
MÉDECINE	76	51
OBSTÉTRIQUE	12	16
CHIRURGIE	15	53
PÉDIATRIE	12	15
SOINS PROLONGÉS	60	20
HÉBERGEMENT	82	0
TOTAL	<u>257</u>	<u>155</u>

- II- En 1945, le Dr Alphonse Couturier, devenu par la suite ministre de la Santé dans le gouvernement Lesage, a entrepris des démarches pour pratiquer son métier de chirurgien à Saint-Georges. Ses confrères médecins signent une pétition en sa faveur le 19 septembre 1945. Le Dr Jules Lavoie, gradué de l'Hôtel-Dieu de Québec est préféré à ce finissant de l'Hôpital du Saint-Sacrement : les augustines choisissent un chirurgien formé par leurs consœurs de Québec, de préférence à un spécialiste qui a acquis sa formation chez des concurrentes, les soeurs de la Charité. Le Dr Couturier doit donc se résoudre en 1950 à revendre son terrain et à orienter sa carrière à Rivière-du-Loup.

Le 3 novembre 1947, le Dr Couturier achète un terrain à St-Georges-Ouest; le contrat notarié au numéro 22872 fait référence aux terrains portant les numéros 72-122, 72-123, 72-134. Le contrat est passé devant le notaire Marcel Gilbert.

- III- Lettre du Dr François Cliche en tant que président du C.M.D. de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce au premier ministre Jean Lesage le 27 novembre 1962.

IV- Procès verbal du comité inter-hospitalier dirigé par Alméras en 1974 :

Définition de la problématique :

- 1) La population desservie par les deux centres hospitaliers (60 000 personnes) doit s'expatrier pour recevoir les services spécialisés courants;
- 2) Le recrutement de médecins spécialistes est problématique dans la région.

Selon le comité, les raisons en sont :

- la fragmentation du territoire en deux bassins d'attraction, ce qui rend dans certains cas le volume de travail insuffisant pour justifier une équipe permanente;
- la compétition ouverte entre les deux établissements hospitaliers et les communautés qui les supportent.
- l'indécision ou l'absence de volonté de la part du ministère des Affaires sociales de développer les services spécialisés de base dans la Beauce.

V- Déclaration du mandataire, Dr Gérard Roy au Conseil d'administration en mars 1982.

VI- Lettre du sous-ministre Réjean Cantin à titre de sous-ministre adjoint du ministère des affaires sociales, 20 novembre 1980.

VII- Procès verbal du C.A de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce du 14 avril 1981

VIII- 12 novembre 1980. Procès-verbal du C.M.D.P.

Résolution adoptée de façon unanime : "Nous recommandons donc au conseil d'administration d'étudier la possibilité d'une fusion entre les deux hôpitaux et une rencontre entre les deux exécutifs est prévu pour explorer cette idée."

IX- Procès verbal du C.M.D.P. de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce du 20-02-1981.

- X- Procès-verbal de la soixante-quatorzième réunion du conseil d'administration du conseil de la santé et des services sociaux de Québec région 03 tenue à 14 heures, le 15 octobre 1981.

#### **Résolution 4.1**

Le contexte économique force le conseil d'administration du CRSSS-03 à envisager des rapprochements administratifs entre les institutions du réseau.

L'analyse de la situation dans la région de Québec révèle:

- 35 centres hospitaliers de courte durée
- 7 centres hospitaliers de longue durée
- 5 centres hospitaliers psychiatriques
- 5 011 lits de courte durée
- 3 605 lits de longue durée
- 1 408 lits d'hébergement
- 1 404 lits de réadaptation.

Le déficit accumulé est de 63 932 304 au 31 mars 1981, tandis que le déficit prévu pour l'année en cours y ajouterait un montant de 43 914 897 si aucune mesure n'est prise.

Un document est déposé, il s'intitule "Liste d'idées et suggestion d'économies contenues dans les plans de redressement des établissements de la région socio-sanitaire 03." Parmi les huit avenues à explorer, la première qu'on suggère est: "la recherche de fusion d'établissements ou tout au moins le partage de services administratifs".

La liste des établissements à regrouper est dressée et pour chacun des centres hospitaliers de la région on précise avec quel autre centre il serait profitable de l'associer et de quelle façon .

À la fin de la réunion, un point est ajouté à l'item divers de l'ordre du jour:

#### **74.6.2 Les deux centres hospitaliers de la Beauce.**

Le directeur général fait lecture d'un projet de résolution remis aux membres du conseil, séance tenante.

Attendu que le conseil d'administration du CRSSS-03 recommandait au ministre des Affaires sociales, le 18 octobre 1974, "un seul centre hospitalier distribuant des soins spécialisés de courte durée dans la Beauce, et l'autre assurant des soins prolongés pour malades à long terme et certains services externes ".

Attendu qu'il est apparu à deux ministres consécutifs que la situation dans la Beauce méritait une analyse supplémentaire.

Attendu que le conseil d'administration du CRSSS approuvait, le 14 décembre 1978, le plan de complémentarité des services sur lequel s'étaient entendus les deux centres hospitaliers de la Beauce et le transmettait au ministre des Affaires sociales.

Attendu que le conseil d'administration de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce transmettait au ministre des Affaires sociales, en mai 1981, un document rejetant le projet de fusion des établissements hospitaliers et demandant d'être reconnu comme centre hospitalier dispensant toute la gamme requise par la sous-région en soins aigus (généraux et spécialisés).

Attendu que suite au mémoire cité dans l'attendu précédent le conseil d'administration de l'Hôpital St-Joseph de Beauceville a fait parvenir au ministère des Affaires sociales, le 25 juin 1981, une lettre et ses commentaires et propositions demandant principalement que leur établissement soit maintenu dans sa vocation actuelle et que le Ministre précise la vocation des deux centres hospitaliers de leur région.

Attendu que le plan de compression de chacun des deux établissements concernés s'en remet à la décision du ministre des Affaires sociales et indique une complémentarité nécessaire entre les deux établissements.

Attendu que les deux établissements sont gérés par des corporations distinctes et autonomes.

Attendu que les démarches indépendantes, de mai et juin 1981, des deux centres hospitaliers indiquent de façon encore plus précise l'importance d'intégrer au plus haut niveau les services à la population.

Attendu qu'il y a intérêt d'intégrer les services à la population afin d'actualiser les plans de compression et de diminuer les coûts d'opération.

Il est proposé par M. Joseph Villeneuve, appuyé par M. Raymond Désy et résolu à l'unanimité de recommander au ministre des Affaires sociales la fusion des deux centres hospitaliers de la Beauce soit, l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce et l'Hôpital St-Joseph de Beauceville dans les meilleurs délais.

XI- Communiqué du ministre Pierre-Marc Jonhson en date du 6 novembre 1981 :

Afin d'assurer à la population de la région des services médicaux les plus complets possibles, les hôpitaux de Notre-Dame de Beauce de St-Georges et Saint-Joseph de Beauceville seront fusionnés. ....

Le ministre a confié au Dr Gérard Roy, directeur général de l'hôpital Saint-François d'Assise de Québec, le mandat d'arbitrer en son nom le protocole de fusion et les conséquences en découlant et ce à l'intérieur d'un délai de 3 mois.

XII- Gazette officielle 22 mai 1982 (p. 4962, 18956-0):

En vertu de l'article 121 de la Loi sur la santé et les services sociaux, ... propose au gouvernement... d'ordonner la fusion de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce, corporation constituée le 14 mars 1949, et l'Hôpital St- Joseph de Beauceville, corporation constituée le 16 mars 1964, et l'émission des lettres patentes à cet effet par le ministre des Institutions financières et des Corporations.

XIII- Plan de complémentarité signée par les deux directeurs généraux et les deux présidents des C.A. respectifs : en décembre 78.

- 1) que les soins généraux soient maintenus dans les deux centres hospitaliers (médecine, chirurgie générale, obstétrique, anesthésie, radiologie et certains services de biologie médicale;
- 2) que les services spécialisés suivants sont nécessaires dans la région: oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, orthopédie, urologie, médecine interne, cardiologie, pédiatrie, psychiatrie, biologie médicale, soins intensifs coronariens, urgence de niveau II, gynécologie;
- 3) développer chaque spécialité dans un seul centre, mais avec disponibilité dans l'autre centre pour des consultations à l'interne et à l'externe.  
L'attribution de chacune des spécialités est ainsi partagée:

HOPITAL ST-JOSEPH DE BEAUCEVILLE

- oto-rhino-laryngologie
- ophtalmologie
- urologie
- psychiatrie
- biochimie médicale

HOTEL-DIEU NOTRE-DAME

- orthopédie
- cardiologie
- anatomo-pathologie
- soins intensifs
- urgence de niveau II

XIV- Le comité inter-hospitalier se réunit le 9 janvier 1980 et les deux présidents des conseils d'administration signent cette lettre adressée à M Réjean Cantin:

Le plan de complémentarité est le résultat d'efforts de dix ans d'évolution des mentalités. Il a été appuyé par:

- les deux conseils des médecins et dentistes;
- les conseils d'administration des deux centres;
- le CRSSS-03;
- le ministère des Affaires sociales.

Tous conviennent alors et unanimement des résolutions suivantes :

La fusion proposée est prémature et elle est rejeté.

Le plan de complémentarité est déjà un défi et a été réalisé dans l'harmonie.

La position officielle est de poursuivre la mise en oeuvre du plan de complémentarité et de refuser l'intégration en une seule corporation.

28 janvier 1981

Réunion conjointe des deux conseils d'administration dans le but de transmettre une réponse commune aux demandes formulées par les autorités du ministère en date du 20 novembre dernier.

Les présidents des conseils d'administration de l'Hôtel- Dieu Notre-Dame de Beauce et l'Hôpital St-Joseph de Beauceville, informent M Réjean Cantin qu'après avoir écouté les propos qu'il a tenus le 20 novembre 1980 et qu'après avoir étudié en détail la teneur de la lettre qu'il leur transmettait le même jour, les conseils d'administration des deux centres hospitaliers de la Beauce se sont concertés et ne désirent pas, pour le moment, s'engager dans un processus de fusion.

- XV- À la suite d'une rencontre avec les deux centres hospitaliers le 12 juin 1979, le sous-ministre Réjean Cantin écrit le 3 août 1979 aux deux présidents :

Depuis lors (réception du plan de complémentarité), nous avons longuement cogité sur la proposition retenue, et je dois en toute franchise vous avouer que nous nous trouvons dans une position très difficile face à ce dossier. Qu'il me suffise de vous rappeler d'une part la situation financière très contraignante avec laquelle nous devons vivre et qui nous impose à bon droit de doser chaque investissement que nous devons faire dans le secteur hospitalier et d'autre part l'obligation que nous avons de rechercher le meilleur moyen de lier chaque établissement afin de garantir la réalisation intégrale du plan de complémentarité.

En regard de toute cette problématique, nous sommes très sensibles aux propos qu'a tenus M. Jean-Yves Légaré lors de la rencontre du 12 juin. Vous vous souvenez sans doute que ce dernier avait alors émis certains commentaires nous invitant à réfléchir sur la possibilité d'un rapprochement des administrations des deux centres hospitaliers, prenant exemple en ce sens sur les résultats obtenus par les deux CMD.

Sans infirmer le bien fondé de la proposition de complémentarité que vous avez soumise, le MAS estime qu'il puisse être extrêmement avantageux que l'avenue d'une fusion possible de vos deux établissements soit sérieusement explorée. En toute franchise, nous maintenons toujours un certain doute quant à la réalisation à moyen et à long terme de la complémentarité proposée, compte tenu de l'autonomie bien légitime de vos deux conseils d'administration et en admettant que nul n'est à l'abri de situations entraînant des bris d'entente consentie de bonne foi.

En conséquence, je vous demande de soumettre cette orientation au conseil d'administration que vous présidez et de nous faire part à votre convenance de vos positions.

- XVI- Procès-verbaux du conseil d'administration de l'Hôpital St-Joseph de Beauceville : réunion du 21 septembre, du 6 octobre et du 13 octobre. Dans ces trois procès-verbaux sont rapportées les rencontres qui se sont déroulées au Ministère, organisées par le député de Beauce Nord, monsieur Adrien Ouellet, se sont déroulées le 6 et le 13 octobre.

- XVII- Procès-verbal d'une réunion du Conseil des médecins dentistes et pharmaciens le 19 novembre 1980.

XVIII- Procès-verbaux du conseil des Médecins, dentistes et pharmaciens: réunion du 31 mai 1982.

XIX- Rapport Statistique Annuel des Centres Hospitaliers (AS-477) des deux centres hospitaliers (année 1980-1981) pour les deux centres.

XX- Rapport Statistique Annuel des Centres Hospitaliers (AS-477) des deux centres hospitaliers (année 1980-1981) pour les deux centres.

XXI- Rapport Statistique Annuel des Centres Hospitaliers (AS-477) des deux centres hospitaliers (année 1980-1981) pour les deux centres.

XXII- Lettre du directeur général au sous-ministre adjoint à la direction des programmes de santé, le 25 mars 1983 :

Les mesures nécessaires pour opérer le transfert selon le partage des services prévus à l'annexe "A" ont été complétées en date du 9 mars 1983. Dans cette perspective, les transferts de services auraient dû s'opérer entre le 1er et le 7 avril 1983. Les difficultés suivantes nous empêchent de donner suite aux transferts prévus:

- 1) Incapacité de résoudre le problème de la couverture en anesthésie malgré le mandat confié au président et au directeur général par le conseil d'administration en date du 9 mars 1983.
  - a) Lettres du représentant du département d'anesthésie, en date du 6 et 14 mars 1983;
  - b) Rencontre avec le Ministre le 15 mars 1983 à laquelle il nous mandatait pour régler le problème;
  - c) Rencontre avec les trois anesthésistes qui maintiennent fermement leur position inscrite dans la lettre du 14 mars 1983.
- 2) A la réunion du 9 mars, le conseil d'administration procédait au choix du futur directeur général suite à une recommandation unanime du jury de sélection à cet effet. Après discussion et rencontres, celui-ci nous informait aujourd'hui même de sa décision de ne point accepter le poste de directeur général du Centre hospitalier régional de la Beauce en raison du risque que présente la situation.

- 3) Devant l'incapacité de donner suite immédiatement aux transferts que nécessite le partage des services prévus à l'annexe "A", il importe:
- de faire en sorte que le conseil des médecins et dentistes, ses comités et les départements cliniques puissent amorcer leur travail qui, compte tenu du contexte conflictuel, s'est avéré des plus insatisfaisants jusqu'à ce jour;
  - de préciser aux employés le cadre de travail dans lequel ils doivent exercer.

Donc devant le constat de l'incapacité de résoudre le problème de l'anesthésie, tantôt de la gynécologie et tantôt des autres spécialités, nous explorons une avenue qui pourrait résoudre les conflits entre les médecins des deux pavillons, les tensions entre l'administration du centre et les médecins ainsi que le potentiel conflit entre les médecins spécialistes et les médecins généralistes.

Nous avons donc imaginé un partage des services qui réponde aux objectifs et principes de la fusion mais à partir des problèmes rencontrés au sujet de l'anesthésie et de la gynécologie.

Nous avons donc imaginé un partage des services qui réponde aux objectifs et principes de la fusion mais à partir des problèmes rencontrés au sujet de l'anesthésie et de la gynécologie.

Principes: Une seule garde, une seule urgence.

### XXIII- Article 121

Cependant, un établissement visé dans le paragraphe A de l'article 10 ou un établissement public dont les actifs immobiliers ont été acquis à même les fonds provenant, en majeure partie, de subventions du gouvernement peut être fusionné conformément à l'article 119 lorsque le ministre estime, après avoir consulté le Conseil régional concerné, que l'intérêt public le justifie. Dans ce cas, le ministre publie dans la Gazette officielle du Québec un avis de son intention de proposer au gouvernement, trente jours après la publication de cet avis, d'ordonner la fusion d'un tel établissement et l'émission de lettres patentes à cet effet par le ministre des Coopérations et Institutions financières.

XXIV- Répartition des services selon l'Annexe A, tel que révélé par le mandataire lors de la première réunion du C.A. le premier septembre 1982.

RÉPARTITION DES LITS SELON L'ANNEXE A		
Répartition des lits	Pavillon Notre-dame	Pavillon St-Joseph
Soins de courte durée		
Médecine	90	-
Chirurgie	65	27
Obstétrique	-	30
Pédiatrie	-	21
Psychiatrie	-	17
Soins de longue durée		
Hébergement	-	80
Gériatrie		82
Total	155	257

XXV- cf référence XXII

XXVI- Procès verbal Conseil d'administration du C.R.S.S.S.-03 en date 10 octobre 1974. cf référence X.

XXVII- Réunion du 15 octobre 1981, procès-verbal du C.R.S.S.S. 03.

XXVIII- Parution de l'avis dans la Gazette officielle (p. 4962, 18956-0):

En vertu de l'article 121 de la Loi sur la santé et les services sociaux, ... propose au gouvernement... d'ordonner la fusion de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce , corporation constituée le 14 mars 1949, et l'Hôpital St-Joseph de

Beauceville, corporation constituée le 16 mars 1964, et l'émission des lettres patentes à cet effet par le ministre des Institutions financières et des Corporations.

XXIX- 23 mars 1983, lors d'une assemblée spéciale du conseil d'administration, il est noté:

Le 17 mars dernier, le directeur général a rencontré les anesthésistes, car pour appliquer l'annexe A, il faut résoudre le problème numéro 1 qui est celui de l'anesthésiste. Or à la question "Qu'est-ce que vous exigez pour mettre en application l'annexe "A" ? Les anesthésistes ont une seule et même réponse: "NO DEAL : rien ne nous fera changer d'avis".

XXX- Procès verbaux du Conseil d'administration de Saint-Georges : 11-12-1973

Voulant provoquer un nouveau démarrage des discussions, le CRSSS-03 délègue un gestionnaire dans la région. M. Pierre Alméras parvient à réunir des représentants des deux centres hospitaliers de la Beauce: les deux parties acceptent de former un comité aviseur inter-hospitalier afin d'étudier la situation et les possibilités de coopération. Ils se donnent pour mandat de:

- 1- Faire l'inventaire et l'analyse des services dans les deux établissements,
- 2- Étudier les services d'urgence, d'obstétrique, de pédiatrie et la buanderie et, si possible, de fournir une décision concernant l'endroit où sera situé le service d'urgence de niveau II,
- 3- Fixer une date de présentation du rapport soit le 1er mai 1974.

15 janvier 1974

Dans un premier rapport préliminaire sur la complémentarité des services entre les deux centres hospitaliers, le sous-comité de travail au comité aviseur inter-hospitalier de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce et de l'Hôpital St-Joseph de Beauceville fait écho à plusieurs hypothèses de solution qui sont nées d'un "Brain storming".

Toutes les hypothèses avancées s'articulent autour de trois (3) éléments structurants:

- 1- Regrouper l'obstétrique et la pouponnière à l'Hôpital St-Joseph de Beauceville;

2- "Ce qui saigne à une place, et le reste ailleurs ". En termes clairs la chirurgie dans un endroit, la médecine dans l'autre.

3- Les soins aigus à un endroit et les soins chroniques à l'autre.

Dès la rencontre suivante, la première idée est rejetée, car impossible d'isoler ce département des autres services chirurgicaux; ainsi après 3 autres compte-rendus d'étape, le comité aviseur soumet aux deux conseils d'administration son rapport final. Trois principes de base font l'unanimité :

- a) offrir plus de services à la population;
- b) établir un service d'urgence de niveau II;
- c) regrouper les services d'obstétrique et de la pouponnière .

Par contre sur leur application, les points de vue sont divergents : selon l'avis des administrateurs et des médecins de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce: un seul centre hospitalier pour soins aigus est nécessaire peu importe où il est situé. Sinon, c'est le statu quo; les médecins souhaitent même qu'un seul conseil d'administration soit constitué pour assurer la création d'un seul centre hospitalier;

Selon l'avis des administrateurs et des médecins de l'Hôpital St-Joseph de Beauceville: les deux centres doivent offrir des soins aigus. Sinon, statu quo.

XXXI- L'association des conseils des médecins et dentistes du Québec a étudié tous les rapports et tout le dossier des hôpitaux de la Beauce et ceci depuis l'année 1962 et il constate que toutes les hypothèses n'ont pas été discutées à fond. Il constate de plus que dans chaque hypothèse, il y a toujours eu duplication. Ces hypothèses sont basées sur trois prémisses factuelles dont il faut absolument tenir compte en raison de leur importance :

- 1) La population à desservir par chacun des pavillons (accessibilité aux soins);
- 2) Les effectifs médicaux disponibles actuellement (qualité des soins);
- 3) La non duplication des services.

L'A.C.M.D.Q. propose donc les hypothèses suivantes comme partage des départements et services cliniques dans les deux pavillons du Centre hospitalier régional de la Beauce.

**HYPOTHESE A :**

**pavillon Notre-Dame :** localiser tous les soins de courte durée y compris toutes les spécialités, bloc opératoire, bloc d'urgence et clinique externe.

**pavillon St-Joseph :** les soins prolongés, le centre d'hébergement, les soins psychiatriques, le département de santé communautaire, une clinique externe de jour. Fermer dans ce pavillon le bloc opératoire, le bloc d'urgence.

**HYPOTHESE B :**

**pavillon Notre-Dame :** localiser tous les services spécialisés, donc la cardiologie, médecine interne, chirurgie générale, urologie, gynécologie, obstétrique, O.R.L. ophtalmologie, pédiatrie, les cliniques externes spécialisées et le bloc d'urgence.

**pavillon St-Joseph :** localiser les services de médecine générale, de psychiatrie, les soins prolongés, les soins d'Hébergement, le département de santé communautaire, une clinique externe de jour. Fermer le bloc opératoire et le bloc d'urgence.

L'A.C.D.M.Q. est convaincue que la réalisation de l'une ou l'autre de ces hypothèses respecte l'accessibilité aux soins pour la population et offre la garantie du maintien de la qualité des soins par le CMD avec les effectifs médicaux actuels :

- 1) L'accessibilité aux soins : la population à desservir dans les deux pavillons;
- 2) La qualité des soins: les effectifs médicaux disponibles;
- 3) La non-duplication des services.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ZUCKERMAN, H.S. Multi-hospital system promise and performance. Inquiry. Winter 1979, vol. XV1, p. 291-314.
2. ALMÉRAS, PIERRE. La fusion de deux hôpitaux : l'expérience de la Beauce. Administration hospitalière et sociale. Mars-avril 1983, vol.29, no.2, p. 21-26.
3. PELLAN, GASTON & LAPOINTE, FRANÇOISE. Ensembles de santé (multi-institutional collaboration) Administration hospitalière et sociale. Septembre-octobre 1983, p. 23-40.
4. BÉGIN, CLERMONT. Les CH-CLSC peuvent-ils cohabiter? Hygiène mentale au Canada. 1977, vol.5, no.4, p. 11-15.
5. BÉGIN, CLERMONT. Integration of individuals, groups and institutions in multi-facility health care organizations : a distance reduction approach. Article inédit, écrit en 1981.
6. BÉGIN, CLERMONT & LABELLE, BERNARD. L'intégration verticale des services de santé au Québec : le cas des centres de santé. Inédit et prêté par l'auteur.
7. HIRSCH, P.M. Organizational effectiveness and the institutional environment. Administrative science quaterly. 1975, 20, p. 327-344.
8. FLOTTER, M.D., SCHERMERHORN, JOHN R, WONG, JOHN & MONEY, WILLIAM. Multi-institutional arrangements in health care : review, analysis, and a proposal for future research. Academy of managements review. 1982, vol.7, no.1, p. 67-79.
9. BRADLEY, A. & KRUISE, D.C. Split management corporation balances, central authority, autonomy. Hospital progress. March 1980, p. 64-66.

10. SCHERMERHORN, J.R. Determinants of interorganizational cooperation. Academy of Management Journal. 1975, 18, p. 846-856.
11. SCHERMERHORN, J.R. Interorganizational development. Journal of management. 1979, vol.5, p. 21-38.
12. MCCOOL, B.P. Laboratory sharing in shared services. Topics in health care financing. Summer 1976, vol.2, no.4, p. 12-14.
13. ERMANN, D. & GABEL, J. Multihospital systems : issues and empirical findings. Health affairs. 1984, vol.3, no.1, p. 51-64.
14. PFEFFER, JEFFREY. The management and the worker : the institutional function of management. Academy of management review. 1976, vol.1, p. 36-46.
15. JOHNSON, G.O. & LETMAN, T.J. Management of shared services. Topics in health care financing. 1976, no.2, p. 87-97.
16. LONGEST, B.B. A conceptual framework for understanding the multihospital arrangement strategy. Health care management Review. Winter 1980, p.17-24.
17. TIPPITTS, S.J. Multiple hospital systems. Hospital and health service administration. Spring 1973, vol.18, p. 10-20.
18. RAPAPORT, GARY D. A critical look at the motives for Hospital Merger. Hospital Forum. June 1975, vol.18, p. 9-12.
19. BROWN, MONTAGUE. Multiple-unit hospital system under single management. Hospital And health services administration. Spring, 1976, vol. 21, p. 88-95.
20. RAPAPORT, GARY D. A critical look at the motives for hospital mergers. Hospital forum. June 1975, vol.18, p. 9-12.

21. ZUCKERMAN, H.S. Multi-hospital system promise and performance. Inquiry. Winter 1979, vol.XVI, p. 291-314.
22. SCHERMERHORN, J.R. The role of the state hospital association in influencing inter-hospital cooperation. Journal of Health and human resources administration. February 1979, p. 379-411.
23. BROWN, M. Contract management : latest development in a trend toward regionalization of hospital and health services. Hospital and Health Services administrations. 1976, 21, p. 40-59.
24. Public law 93-641 "National Health Planning and development and health facilities assistance act of 1974".
25. TREAT, THOMAS F. The performance of merging Hospitals Medical Care. March 1976, vol.XIV, no.3, p. 40-47.
26. MALO, LUC. Le point de vue du ministère des affaires sociales sur les fusions dans le réseau du M.A.S. Administration hospitalière et sociale. Mars-avril 1983, vol.29, no.2, p. 9-13.
27. CONTANDRIOPOULOS, A.P. La logique de production et l'utilisation des services médicaux. Administration hospitalière et sociale. Mai-juin 1983, p. 5-10.
28. JOHNSON, D.E. & PUNCH, L. Contract management and shared services. Modern health care. July, 1982, p. 103-112.
29. BROWN, MONTAGUE. Multiple-unit hospital system under single management. Hospital and health services administration. Spring 1976, vol.21, p. 88-95.
30. PELLAN, GASTON & LAPOINTE, FRANÇOISE. Ensembles de santé (multi-institutional collaboration) Administration hospitalière et sociale. Septembre-octobre 1983, p. 23-40.

31. GOSSELIN, ROGER. L'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales. Rapport présenté à la Direction de l'évaluation des programmes du Ministère des Affaires sociales. Août 1984.
32. BÉGIN, CLERMONT. Integration of individuals, groups and institutions in multi-facility health care organizations : a distance reduction approach. Article inédit, écrit en 1981.
33. FLOTTER, M.D., SCHERMERHORN, JOHN R., WONG JOHN & MONEY WILLIAM. Multi-institutional arrangements in health care : review, analysis and a proposal for future research. Academy of managements review. 1982, vol.7, no.1, p.67-79
34. MINTZBERG, HENRY ,RAISINGHANI, DURU & THÉORET, ANDRÉ. The structure of "unstructured" decision processes. Administrative science quarterly. June, 1976, vol.21, p. 246-275.
35. PELLAN, GASTON & LAPOINTE, FRANÇOISE. Ensembles de santé multi-institutional collaboration) Administration hospitalière et sociale. Septembre-octobre 1983, p.23-40.
36. DEVRIES, R.A. Strench in numbers. Hospitals. March 1978, vol.52, p.81-84.
37. CLARK, WELDEN E. The semantics of multihospital aggregations. Health services research. Fall 1971, vol.6, p.193-208.
38. CLARK, WELDEN E. The semantics of multihospital aggregations. Health services research. Fall 1971, vol.6, p.193-208.
39. JOHNSON, G.O. & LETMAN, T.J. Management of shared services. Topics in health care financing. 1976, no.2, p.87-97.
40. MCCOOL, B.P. Laboratory sharing in shared services. Topics in health care financing. Summer 76, vol.2, no.4.

41. SPRINGATE, D.D. & MCNEIL, M.C. Management policies in investors owned hospitals. Health care management Review. Summer 1977, p.77-87.
42. BROWN, M. Contract management : latest developement in a trend toward regionalization of hospital and health services. Hospital and Health Services administrations. 1976, 21, p.40-59.
43. JOHNSON, D.E. & PUNCH, L. Contract management and shared services. Modern health care. July 1982, p.3-12.
44. TIPPITTS, S.J. Multiple hospital systems. Hospital and health service administration. Spring 1973, 18, p.10-20.
45. WOOLLEY, J, MICHAEL. The competitive effects of horizontal mergers in the hospital industry. Journal of health economics. 1989, vol.8, no.3.
46. EDWARDS, SAM & ASTOLFI, ADRIENNE. Merger : cause and effect. Hospital administration. Summer 1973, vol.18, p.24-33.
47. Multi-institutional arrangements : problems or opportunities ? Illinois hospital research and educational foundation 1981.
48. FLOTTER, M.D., SCHERMERHORN, JOHN R, WONG, JOHN & MONEY, WILLIAM. Multi-institutional arrangements in health care : review, analysis, and a proposal for future research. Academy of managements review. 1982, vol.7, no.1, p.67-79.
49. LAWRENCE, PAUL R. & LORSCH, JAY W. Differentiation and integration in complex organizations. Administrative science quaterly. June 1967, p.1-47.
50. BÉGIN, CLERMONT. Les CH-CLSC peuvent-ils cohabiter? Hygiène mentale au Canada. 1977, vol.5, no.4, p.11-15.

51. ALDRICH, H.E. & PFEFFER, J. Environments of organizations. Annual reviews of sociology. 1976, 2, p.79-105.
52. CHILD, I. Organizational structure, environment and performance : the role of strategic choice. Sociology. 1972, 6, p.1-22.
53. KAST, F.E. & ROSENZWEIG, J.E. Contingency Views of organization and Management. S.R.A. ass. 1973, cité par Clermont Bégin.
54. BUONO, ANTHONY & BOWDITCH, JAMES. The human side of mergers and acquisitions. Jossey-Bass Publishers, 1989.
55. BUONO, ANTHONY & BOWDITCH, JAMES. The human side of mergers and acquisitions. Jossey-Bass Publishers, 1989.
56. BUONO, ANTHONY & BOWDITCH, JAMES. The human side of mergers and acquisitions. Jossey-Bass Publishers, 1989.
57. JAEGER, ALFRED M. La culture organisationnelle : un élément à ne pas oublier dans les acquisitions et fusions. Gestion. Septembre 1987, vol.12, no.3.
58. JAEGER, ALFRED M. La culture organisationnelle : un élément à ne pas oublier dans les acquisitions et fusions. Gestion. Septembre 1987, vol.12, no.3.
59. BUONO, ANTHYONY & BOWDITCH JAMES. The human side of mergers and acquisitions. Jossey-Bass Publishers, 1989.
60. NAHAVANDI, AFSANEH & MALEKSADEH, ALI R. Acculturation in mergers and acquisitions. Academy of management review. 1988, vol.13, no.1, p.79-90.
61. BOLMAN, LEE G. & DEAL, TERRENCE E. Modern approaches to understanding and managing organizations. Jossey-Bass publishers. 1985.
62. PFEFFER, JEFFREY. Powers in organizations. Pitman Publishing inc, 1981.

63. BOLMAN, LEE G., DEAL, E. & TERRENCE E. Modern approache to understanding and managing organizations. Jossey-Bass Publishers, 1985, 325 pages.
64. CROZIER, MICHEL & FRIEDBERG, ERIC. L'acteur et le système. Éditions du Seuil, Paris, 1977.
65. BOLMAN L.G. & DEAL, T.E. Modern approaches to understanding and Managing organizations. Jossey-Bass Publishers, 1984.
66. CROZIER, MICHEL & FRIEDBERG, ERIC. L'acteur et le système. Éditions du Seuil, Paris, 1977.
67. CROZIER, MICHEL. État moderne, État modeste. Stratégie pour un autre changement. Fayard coll. Points, 1990.
68. BACHARACH, S.B. & LAWLER E.J. Power and politics in organizations. Jossey-Bass Publishers, 1980.
69. BACHARACH, S.B & LAWLER E. Bargaining, power, tactics, and outcomes. Jossey-Bass Publishers. 1981.
70. BACHARACH, S.B. Rewards systems and power distribution in organization searching for solutions. Ithaca : New-York state school on industrial an labor Relations, Cornell University, 1977.
71. MINTZBERG, HENRY. Structure et dynamique des organizations. Les Editions Agence d'Arc, 1982.
72. MINTZBERG, HENRY. Le pouvoir dans les organisations. Les éditions Agence d'Arc inc, 1986.
73. MINTZBERG, H.D., RAISINGHANI, D. & THEORET, A. The structure of "Unstructured " Decision Processes. Administrative Science Quarterly. 1976, p.246-75.

74. ELMORE, RICHARD F. Organizational models of social program implementation. Public policy. 1978, 26, no.2, p.186-228.
  
75. BÉGIN, CLERMONT. L'impact des ensembles de santé sur le comportement organisationnel. Allocution présentée dans le cadre du Colloque sur les Ensembles de santé au conseil canadien des directeurs de Services de santé. 3 novembre 1983, p.1-23.
  
76. DOWNING, A.F. Do hospital staff interfere with computer system implementation. Health care management review. 1980. Fall, p.23-32.
  
77. LESSARD-HÉBERT, MICHELLE, GOYETTE, GABRIEL & BOUTIN, GÉRARD. Recherche qualitative : fondements et pratiques. Éditions Jeanne D'Arc inc, 1990.
  
78. LESSARD-HÉBERT, MICHELLE, GOYETTE, GABRIEL & BOUTIN, GÉRARD. Recherche qualitative : fondements et pratiques. Éditions Jeanne D'Arc inc, 1990.
  
79. GAUTHIER, BENOIT. Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données. Presses de l'université du Québec. 1987, 537 pages.
  
80. LESSARD-HÉBERT, MICHELLE, GOYETTE, GABRIEL & BOUTIN, GÉRARD. Recherche qualitative : fondements et pratiques. Éditions Jeanne D'Arc inc, 1990.
  
81. MACE, GORDON. Guide d'élaboration d'un projet de recherche. Les presses de l'université Laval. 1988, 117 pages.
  
82. DOUVILLE, GÉRARD R. La fusion de quatre corporations : L'expérience du centre hospitalier régional de Lanaudière (Joliette). Administration hospitalière et sociale. Mars-avril 1983, vol.29, no.2.
  
83. YIN, ROBERT K. Case study research, Design and methods. Sage publications, 1989.

84. PATTON, MICHAEL QUINN. Utilization-focused evaluation. Sage Publications, 1986.
85. YIN, ROBERT K. Case study research design and methods. Applied social research methods series. 1989, vol.5, Sage publications (revised edition).
86. PATTON, MICHAEL QUINN. Qualitative evaluation methods. Sage publications, 1980.
87. MINTZBERG, HENRY. Structure et dynamique des organisations. Les éditions Agence D'Arc inc 1982.
88. MINTZBERG, HENRY. Le pouvoir dans les organisations. Les éditions agence d'arc, 1986.
89. MILES, MATHEW B. & HUBERMAN, A. MICHAEL. Qualitative data analysis : a sourcebook of new methods. Sage publications 1984.
90. L'Éclaireur Progrès, 1 décembre 1981.
91. ROMAINS, JULES, Dr Knock.
92. Cité par Jean Francoeur dans le Devoir du 30 octobre 1992.
93. TOFFLER, ALVIN. Les nouveaux pouvoirs. Fayard, 1990.
94. PAQUIN, MICHEL. Les fusions d'établissement : un point de vue critique. Administration hospitalière et sociale. Mars-avril, vol.29, no.2, p.13-16.
95. DE COURSEY, V. Conditions for a succesful merger. Hospital progress. 1977, vol.58, p.72-73.

96. FLOTTER, M.D., SCHERMERHORN, JOHN, R, WONG, JOHN & MONEY, WILLIAM. Multi-institutional arrangements in health care : review, analysis, and a proposal for future research. Academy of managements review. 1982, vol.7, no.1, p.67-79.
97. DE COURSEY, V. Conditions for a successful merger. Hospital Progress. 1977, p.72-73.
98. FLOTTER, M.D., SCHERMERHORN, JOHN R, WONG, JOHN & MONEY, WILLIAM. Multi-institutional arrangements in health care : review, analysis, and a proposal for future research. Academy of managements review. 1982, vol.7, no.1, p.67-79.
99. ALMÉRAS, PIERRE. La fusion de deux hôpitaux:l'expérience de la Beauce. Administration hospitalière et sociale. Mars-avril 1983, vol.29, no.2, p.21-26.
100. POULIN, DIANE. La fusion de deux centres hospitaliers en Beauce : le processus décisionnel. Thèse de maîtrise présentée à l'ENAP, août 1984.
101. HALL, RICHARD H. & AL. Patterns of interorganizational relationships. Administrative science quaterly. 1977, 22, p.457-474.
102. EDWARDS, SAM & ASTOLFI ADRIENNE. Merger : cause and effect. Hospital administration. Summer 1973, vol.18, p.24-33.
103. DIONNE, JOSEPH L. The art of acquisitions. The journal for business strategy. November 1988, p.13-17.
104. JOHNSON, G.O. & LETMAN, T.J. Management of shared services. Topics in health care financing. 1976, 2, p.87-97.
105. TIPPITTS, S.J. Multiple hospital systems. Hospital administration. Spring 1973, vol.18, p.10-20.

106. DESAUTELS, LOUISE. Fusion des hôpitaux de la Beauce. L'actualité médicale. 1983, vol.4, no.6, p.6-9.
107. BAYDINB, L. D. & SHELDON A. Corporate models in health care delivery. Hospital administration. 1975, winter, vol.20, no.1, p.40-52.
108. SCHERMERHORN, J.R. Interorganizational development. Journal of management. 1979, vol. 5, p.21-38.
109. DE COURSEY, V. Conditions for a succesful merger. Hospital progress. 1977, vol.58, p.72-73.
110. MALO, LUC. Le point de vue du ministère des affaires sociales sur les fusions dans le réseau du M.A.S. Administration hospitalière et sociale. Mars-avril 1983, vol.29, no.2, p.9-13.
111. TREMONTI, LAWRENCE & MANNING, MICHAEL R. Merging hospitals and physician support JAMA. November 18, 1983, vol.250, no.19, p.2628-2633.
112. PAQUIN, MICHEL. Collaboration et regroupement des établissements de santé. et de services sociaux. Gestion Septembre 1987, vol.12, no.3.
113. DOUVILLE, GÉRARD R. La fusion de quatre corporations : l'expérience du centre hospitalier région de Lanaudière (Joliette) Administration hospitalière et sociale. Mars-avril. 1983, vol.29, no.2.
114. GOSSELIN, ROGER. L'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales : analyse décisionnelle. Document inédit : rapport communiqué au Ministère en août 1984.
115. CREWS, J.C. Human concerns about hospital mergers. Hospitals J.A.H.A. June 1974, 48, p.19-83.
116. EDWARDS, S.A. & ASTOLFI, A.A. Study analyses effects of delivery of health services through a multihospital system. Hospitals J.A.H.A. February 16 1973, p.47-49.

117. ROTHMAN, ROBERT A., SCHWARTZBAUM, ALLEN M. & MCGRATH, JOHN. Physicians and a hospital merger : patterns of resistance to organizational change. Journal of health and social behavior. March 1971, vol.12, p.46-55.
118. TREMONTI, LAWRENCE & MANNING, MICHAEL R. Merging hospitals and physician support. JAMA. November 18, 1983, vol.250, no.19, p.2628-2633.
119. TREMONTI, LAWRENCE & MANNING, MICHAEL R. Merging hospitals and physician support. JAMA. November 18, 1983, vol.250, no.19, p.2628-2633.
120. GOSSELIN, ROGER. L'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales : analyse décisionnelle. Document inédit : rapport communiqué au Ministère en août 1984.
121. PELLAN, GASTON & LAPOINTE, FRANÇOISE. Ensembles de santé (multi-institutional collaboration) Administration hospitalière et sociale. Septembre-octobre 1983, p.23-40.
122. CANTIN, RÉJEAN. Allocution à titre de sous-ministre de la santé et des services sociaux prononcés devant les membres de l'American college of Health care. Le 12 septembre 1986.
123. BÉGIN, CLERMONT. Analyse décisionnelle de l'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales. Inédit, déposé au M.S.A. en septembre 1986.
124. COBURN, DAVID, TORRANCE, GEORGE M. & KAUFERT, JOSEPH. Medical dominance in Canada in historical perspective : the rise and fall of medicine? International journal of Health services. 1983, vol.13, no.3, p.407-432.
125. KATZ, R. Managing professionals in innovative organizations. Ballinger Publishing Co, 1988.
126. KRALEWSKI, JOHN E., DOWD, BRYAN, FELDMAN, ROGER & SHAPIRO, JANET. The changing climate of medical practice. The New England Journal of Medicine, vol.316, no.6, feb.5 1987.

127. BENVENISTE, GUY. Professionalizing the organisation : reducing bureaucracy to enhance effectiveness. Jossey-Bass Publishers, 1987.
128. BLAIN, GILBERT. Les liens entre la médecine et l'administration. Administration hospitalière et sociale. Janvier-février 1984, vol.XXXIV, no.5, p.5-7.
129. RACLIN, JOSEPH A. The clash of cultures : managers and professionals. Harvard Business School Press, 1984.
130. BACHARACH, SAMUEL B., BAMBERGER, PETER & CONLEY, SHARON C. between bureaucracies and professionnels. Conférence prononcée le 14 août 1989 dont le texte a été fourni par le Dr Hubert Wallot. p.1-30.
131. MINTZBERG, HENRY. Structure et dynamique des organisations. Les Editions Agence d'Arc, 1982
132. POULIN, DIANE. La fusion de deux centres Hospitaliers en Beauce : le processus décisionnel. Projet d'intervention présenté à L'ENAP. août 1984.
133. DUFOUR, ALAIN. La planification stratégique : les établissements ont-ils vraiment le choix de s'en passer. Administration hospitalière et sociale. Novembre-décembre, 1985, vol.XXI, no.6, p.26-32.
134. CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ-PIERRE, CHAMPAGNE, FRANÇOIS & LAROUCHE, DANIELLE. Planification stratégique de l'ICM, vue du penseur. Administration hospitalière et sociale. novembre-décembre 1985, vol.XXXI, no.6, p.6-8.
135. MARSAN, PIERRE & LÉVEILLÉE, CLAIRE. Planification stratégique de l'ICM : vue du gestionnaire. Administration hospitalière et sociale. Novembre-décembre 1985, vol.XXXI, no.6, p.9-12.
136. ROY, GILLES. Planification stratégique et secteur de la santé. Administration hospitalière et sociale. Novembre-décembre 1985, vol.XXXI, no.6, p.14-25.

137. MONGRAIN, CLAUDE. La gestion du conflit. Administration hospitalière et sociale. Mai-juin 1987, vol.XXXIII, no.3, p.22-30.
138. MCKINLAY, JOHN B. & ARCHES, JOAN. Towards the proletarianization of physicians. International Journal of Health Services. 1985, vol.15, no.2, p.161-195.
139. COBURN, DAVID, TORRANCE, GEORGE M. & KAUFERT, JOSEPH. Medical dominance in Canada in historical perspective : the rise and fall of medicine? International journal of Health services. 1983, vol.13, no.3, p.407-432.

## BIBLIOGRAPHIE PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE

ALDRICH, H.E. & PFEFFER, J. Environments of organizations. Annual reviews of sociology. 1976, 2, p.79-105.

ALMÉRAS, PIERRE. La fusion de deux hôpitaux : l'expérience de la Beauce. Administration hospitalière et sociale. Mars-avril 1983 vol.29, no.2, p.21-26.

BACHARACH, S.B. & LAWLER, E.J. Power and politics in organizations. Jossey-Bass, Publishers, 1980.

BACHARACH, S.B. Rewards systems and power distribution in organization searching for solutions. Ithaca : New-York state school on industrial an labor Relations, Cornell University, 1977.

BACHARACH, S.B. & LAWLER, E.J. Bargaining, power, tactics, and outcomes. Jossey-Bass Publishers, 1981.

BACHARACH, SAMUEL B., BAMBERGER, PETER, CONLEY & SHARON, C. Between bureaucracies and professionnels. Conférence prononcée le 14 août 1989 dont le texte a été fourni par le Dr Hubert Wallot. p.1-30.

BAYDINB, L.D. & SHELDON A. Corporate models in health care delivery. Hospital administration. Winter 1975, vol.20, no.1, p.40-52.

BÉGIN, CLERMONT. Analyse décisionnelle de l'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales. Rapport déposé au M.S.A. en septembre 1986.

BÉGIN, CLERMONT. L'impact des ensembles de santé sur le comportement organisationnel. Allocution présentée dans le cadre du Colloque sur les Ensembles de santé au conseil canadien des directeurs de Service de santé. 3 novembre 1983, p.1-23.

BÉGIN, CLERMONT & LABELLE, BERNARD. L'intégration verticale des services de santé au Québec : le cas des centres de santé. Inédit et prêté par l'auteur.

BÉGIN, CLERMONT. Les CH-CLSC peuvent-ils cohabiter? Hygiène mentale au Canada. 1977, vol.5, no.4, p.11-15.

BÉGIN, CLERMONT. Integration of individuals, groups and institutions in multi-facility health care organizations : a distance reduction approach. Article inédit, écrit en 1981.

BENVENISTE, GUY. Professionalizing the organization : reducing bureaucracy to enhance effectiveness. Jossey-Bass Publishers, 1987, 350 pages.

BLAIN, GILBERT. Les liens entre la médecine et l'administration. Administration hospitalière et sociale. Janvier-février 1984, vol. XXXIV, no.5, p.5-7.

BOLMAN, LEE G., DEAL, E. & TERRENCE E. Modern approaches to understanding and managing organizations. Jossey-Bass Inc Publishers. 1985, 325 pages.

Bradley, A. & KRUISE, D.C. Split management corporation balances, central authority, autonomy. Hospital progress. Mars 1980, p.64-66.

BROWN, M. Contract management : latest development in a trend toward regionalization of hospital and health services. Hospital and Health Services administrations. 1976, vol.21, p.40-59.

BROWN, MONTAGUE. Multiple-unit hospital system under single management. Hospital and health services administration. Spring 1976, vol.21, p.88-95.

BUONO, ANTHONY, & BOWDITCH, JAMES. The human side of mergers and acquisitions. Jossey-Bass Publishers, 1989, 325 pages.

CANTIN, RÉJEAN. Allocution à titre de sous-ministre de la santé et des services sociaux prononcés devant les membres de l'American college of Health care. Le 12 septembre 1986.

CHILD, I. Organizational structure, environment and performance: the role of strategic choice. Sociology. 1972, vol.6, p.1-22.

CLARK, WELDEN E. The semantics of multihospital aggregations. Health services research. Fall 1971, vol.6, p.193-208.

COBURN, DAVID, TORRANCE, GEORGE M. & KAUFERT, JOSEPH. Medical dominance in Canada in historical perspective : the rise and fall of medicine? International journal of Health services. 1983, vol.13, no.3, p.407-432.

CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ-PIERRE. CHAMPAGNE, FRANÇOIS & LAROUCHE, DANIELLE. Planification stratégique de l'ICM, vue du penseur. Administration hospitalière et sociale. Novembre-décembre 1985, vol.XXI, no.6, p.6-8.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. La logique de production et l'utilisation des services médicaux. Administration hospitalière et sociale. Mai-juin 1983, p.5-10.

CREWS, J.C. Human concerns about hospital mergers. Hospitals J.A.H.A. June 1974, vol.48, p.19-83.

CROZIER, MICHEL & FRIEDBERG, ERIC. L'acteur et le système. Éditions du Seuil, Paris, 1977.

CROZIER, MICHEL. État moderne, État modeste. Stratégie pour un autre changement. Fayard coll. Points, 1990, 315 pages.

DE COURSEY, V. Conditions for a successful merger. Hospital progress. 1977, vol.58, p.72-73.

DESAUTELS, LOUISE. Fusion des hôpitaux de la Beauce. L'actualité médicale. 1983, vol.4, no.6, p.6-9.

DEVRIES, R.A. Strengh in numbers. Hospitals. March 1978, vol.52, p.81-84.

DIONNE, JOSEPH L. The art of acquisitions. The journal for business strategy. November 1988, p.13-17.

DOUVILLE, GÉRARD R. La fusion de quatre corporations : l'expérience du centre hospitalier régional de Lanaudière (Joliette) Administration hospitalière et sociale. Mars-avril 1983, vol.29, no.2.

DOWNING, A.F. Do hospital staff interfere with computer system implementation. Health care management review. Fall, 1980, p.23-32.

DUFOUR, ALAIN. La planification stratégique : les établissements ont-ils vraiment le choix de s'en passer? Administration hospitalière et sociale. Novembre-décembre, 1985, vol.XXI, no.6, p.26-32.

EDWARDS, SAM & ASTOLFI, ADRIENNE. Merger : cause and effect. Hospital administration. Summer, 1973, vol.18, p.24-33.

EDWARDS, S.A. & ASTOLFI, A.A. Study analyses effects of delivery of health services through a multihospital system. Hospitals J.A.H.A. February 1973, vol.16, p.47-49.

ELMORE, RICHARD F. Organizational models of social program implementation. Public policy. 1978, vol.26, no.2, p.186-228.

ERMANN, D. & GABEL, J. Multihospital systems : issues and empirical findings. Health affairs. 1984, vol.3, no.1, p.51-64.

FLOTTER, M.D., SCHERMERHORN, JOHN R., WONG, JOHN & MONEY, WILLIAM. Multi-institutional arrangements in health care : review, analysis, and a proposal for future research. Academy of managements review. 1982, vol.7, no.1, p.67-79.

GAUTHIER, BENOIT. Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données. Presses de l'université du Québec. 1987, 537 pages.

GOSSELIN, ROGER. L'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales. Rapport présenté à la Direction de l'évaluation des programmes du Ministère des Affaires sociales. Août 1984.

HALL, RICHARD H. & AL. Patterns of interorganizational relationships. Administrative science quaterly. 1977. vol.22, p.457-474.

HIRSCH, P.M. Organizational effectiveness and the institutional environment. Administrative science quaterly. 1975, vol.20, p.327-344.

JAEGER, ALFRED M. La culture organisationnelle : un élément à ne pas oublier dans les acquisitions et fusions. Gestion. Septembre 1987, vol.12, no.3.

JOHNSON, G.O. & LETMAN, T.J. Management of shared services. Topics in health care financing. 1976, no.2, p.87-97.

JOHNSON, D.E. & PUNCH, L. Contract management and shared services. Modern health care. July, 1982, p.103-112.

KAST, F.E. & ROSENZWEIG, J.E. Contingency Views of organization and Management. S.R.A. 1973, cité par Clermont Bégin.

KATZ, R. Managing professionals in innovative organizations. Ballinger Publishing Co. 1988.

KRALEWSKI, JOHN E., DOWD, BRYAN, FELDMAN, ROGER & SHAPIRO, JANET. The changing climate of medical practice. The New england Journal of Medecine. February 5 1987, vol.316, no.6.

LAWRENCE, PAUL R. & LORSCH, JAY W. Differentiation and integration in complex organizations. Administrative science quaterly. June 1967, p.1-47.

LESSARD-HÉBERT, MICHELLE, GOYETTE, GABRIEL & BOUTIN, GÉRARD. Recherche qualitative : fondements et pratiques. Éditions Jeanne D'Arc inc. 1990.

LONGEST, B.B. A conceptual framework for understanding the multihospital arrangement strategy. Health care management Review. Winter 1980, p.17-24.

MACE, GORDON. Guide d'élaboration d'un projet de recherche. Les presses de l'université Laval. 1988, 117 pages.

MALO, LUC. Le point de vue du ministère des affaires sociales sur les fusions dans le réseau du M.A.S. Administration hospitalière et sociale. Mars-avril 1983, vol.29, no.2, p.9-13.

MARSAN, PIERRE & LÉVEILLÉE, CLAIRE. Planification stratégique de l'ICM : vue du gestionnaire. Administration hospitalière et sociale. Novembre-décembre, 1985, vol.XXXI, no.6, p.9-12.

MCCOOL, B.P. Laboratory sharing in shared services Topics in health care financing. Summer, 1976, vol.2, no.4, p.12-14.

MCKINLAY, JOHN B. & ARCHES, JOAN. Towards the proletarianization of physicians. International Journal of Health Services. 1985, vol.15, no. 2, p.161-195.

MILES, MATHEW B. & HUBERMAN, A. MICHAEL. Qualitative data analysis : A sourcebook of new methods. Sage publications, 1984.

MINTZBERG, HENRY. Structure et dynamique des organisations. Les éditions Agence D'Arc inc 1982.

MINTZBERG, HENRY. Le pouvoir dans les organisations. Les éditions Agence d'Arc inc, 1986, 679 pages.

MINTZBERG, HENRY, RAISINGHANI, DURU & THÉORET, ANDRÉ. The structure of "unstructured " Decision processes. Administrative science quarterly. June, 1976, vol.21, p.246-275.

MONGRAIN, CLAUDE. La gestion du conflit. Administration hospitalière et sociale. Mai-juin 1987, vol.XXXIII, no.3, p.22-30.

NAHAVANDI, AFSANEH & MALEKSADEH, ALI R. Acculturation in mergers and acquisitions. Academy of management review. 1988, vol.13, no.1, p.79-90.

PAQUIN, MICHEL. Les fusions d'établissement : un point de vue critique. Administration hospitalière et sociale. Mars-avril 1983, vol.29, no.2, p.13-16.

PAQUIN, MICHEL. Collaboration et regroupement des établissements de santé. et de services sociaux. Gestion. Septembre 1987, vol.12, no.3, p 15-19.

PATTON, MICHAEL QUINN. Utilization-focused evaluation. Sage Publications, 1986.

PATTON, MICHAEL QUINN. Qualitative evaluation methods. Sage publications, 1980.

PELLAN, GASTON & LAPOINTE, FRANÇOISE. Ensembles de santé (multi-institutional collaboration) Administration hospitalière et sociale. Septembre-octobre, 1983, p.23-40.

PFEFFER, JEFFREY. Powers in organizations. Pitman Publishing inc. 1981.

PFEFFER, JEFFREY. The management and the worker : the institutional function of management. Academy of management review. 1976, 1 p.36-46.

POULIN, DIANE. La fusion de deux centres hospitaliers en Beauce : le processus décisionnel. Thèse de maîtrise présentée à l'ENAP. Août 1984.

RAPAPORT, GARY D. A critical look at the motives for hospital mergers. Hospital forum. June, 1975, vol.18, p.9-12.

ROMAINS, JULES. Dr Knock.

ROTHMAN, ROBERT A., SCHWARTZBAUM, ALLEN M, & MCGRATH, JOHN. Physicians and a hospital merger : patterns of resistance to organizational change. Journal of health and social behavior. March 1971, vol. 12, p.46-55.

ROY, GILLES. Planification stratégique et secteur de la santé. Administration hospitalière et sociale. Novembre-décembre 1985, vol.XXXI, no.6, p.14-25.

SCHERMERHORN, J.R. Determinants of interorganizational cooperation. Academy of management Journal. 1975, vol.8, p 846-856.

SCHERMERHORN, J.R. The role of the state hospital association in influencing inter-hospital cooperation. Journal of Health and human ressources administration. February 1979, p.379-411.

SCHERMERHORN, J.R. Interorganizational development. Journal of management. 1979, 5, p.21-38.

SPRINGATE, D.D. & MCNEIL, M.C. Management policies in investors owned hospitals. Health care management Review. Summer 1977, p.77-87.

TIPPITTS, S.J. Multiple hospital systems. Hospital and health service administration. Spring, 1973, vol.18, p.10-20.

TOFFLER, ALVIN. Les nouveaux pouvoirs. Fayard, 1990, 657 pages.

TREAT, THOMAS F. The performance of merging Hospitals. Medical Care. March 1976 ,vol.XIV, no.3, p.40-47.

TREMONTI, LAWRENCE & MANNING, MICHAEL R. Merging hospitals and physician support. J.A.M.A. Nov 18, 1983, vol. 250, no.19, p.2628-2633.

WOOLLEY, J, MICHAEL. The competitive effects of horizontal mergers in the hospital industry. Journal of health economics. 1989, vol.8, no.3.

YIN, ROBERT K. Case study research design and methods. Applied social research methods series. 1989 Sage publications, vol.5, revised edition.

ZUCKERMAN, H.S. Multi-hospital system promise and performance. Inquiry. Winter, 1979, vol.XVI, p.291-314.

Tableau : no. 1:1- Avantages des ensembles de santé.

AVANTAGES DES ENSEMBLES DE SANTÉ		
NIVEAU DE BÉNÉFICE	BÉNÉFICE POUR	
	INSTITUTION	CLIENTELE
I-INTERNE		
A) ÉCONOMIQUE	<p>Augmente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accès aux capitaux et aux nouvelles technologies</li> <li>- efficience</li> <li>- productivité</li> <li>- performance</li> </ul> <p>Diminue</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les excès de capacité</li> <li>- les coûts unitaires</li> <li>- les besoins en équipement</li> <li>- les besoins en personnel</li> </ul>	<p>Augmente l'accessibilité des services</p>
B) PERSONNEL	<p>Facilite le recrutement</p> <p>Facilite les plans de carrière</p> <p>Facilite la rétention</p> <p>Facilite l'émergence d'équipes multidisciplinaires</p>	<p>Augmente la qualité et la continuité des services</p>
II-EXTERNE	<p>Augmente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la pénétration de ses marchés</li> <li>- le développement de nouveaux marchés</li> <li>- le réseau de références</li> <li>- le pouvoir sur l'environnement</li> <li>- les standards d'accréditation</li> </ul> <p>assure la survie</p>	<p>Améliore la gamme de services</p> <p>Assure la permanence des services</p>

Tableau : no. 2:1- Les causes d'échec du C.H.R.B.

LES CAUSES D'ECHEC	OUI	NON
1. LE CHOIX DU MODELE		
2. LES FACTEURS 2.1 Spatial 2.1.1 Installations 2.1.2 Employés 2.1.3 Clientèle 2.1.4 Médical		
2.2 Géographique 2.2.1 Physique 2.2.2 Psychologique		
2.3 Économique		
2.4 Psycho-social		
2.5 Culturel		
2.6 Politique		
3. PROCESSUS DÉCISIONNEL 3.1 Fusion 3.2 Partage		

Tableau : no 2:2- caractéristiques des huit(8) modèles selon Flotter (1982)

CARACTÉ- RISTIQUES	Associa- tion	Affilia- tion formelle	Services partagée	Conсор- tium	Contrat de gestion	Location	Corpora- tion	Fusion complète
Propriété partagée	non	non	non	non	non	non	oui	oui
gestion centralisée	non	non	non	en partie	oui	oui	non	oui
autonomie de l'insti.	intacte	intacte	intacte	intacte	affaiblie	affaiblie	menacée	perdue
identité de l'institu.	intacte	intacte	intacte	intacte	affaiblie	affaiblie	amoindrie	perdue
ressources à mettre	peu	peu	peu	peu	peu	un peu	plus	plus
processus d'implanta.	simple rapide	simple rapide	simple rapide	simple rapide	complexe lent	complexe et lent	très lent et comp.	très ... et plus
temps à consacrer	peu	peu	peu	peu	un peu	un peu	beaucoup	plus
réaction du personnel	non touché	non touché	un peu touché	peu touché	affecté	affecté touché	très touché	très effrayé
réaction du c.a.	reste en contrôle	reste en contrôle	reste en contrôle	reste en contrôle	reste en contrôle	reste en contrôle	reste en contrôle	perte de contrô.
coopération planifiée	à court terme	à court terme	à court terme	à court terme	à court terme	à court terme	à long terme	à long terme

Tableau : no 2:4 Les cinq parties de l'organisation

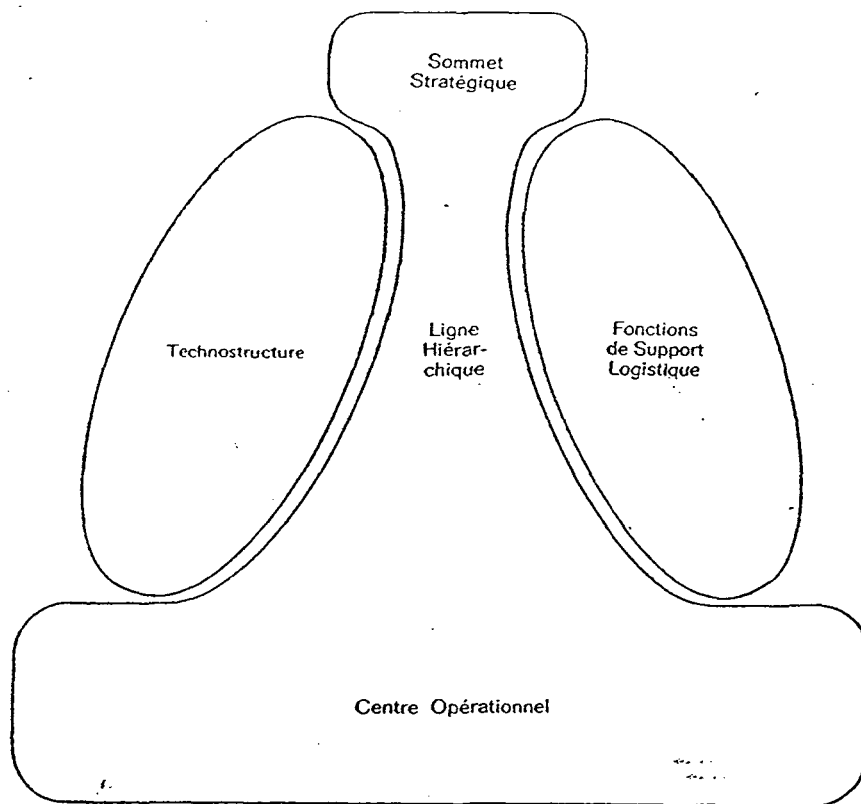


Tableau : no 2:5 La bureaucratie professionnelle

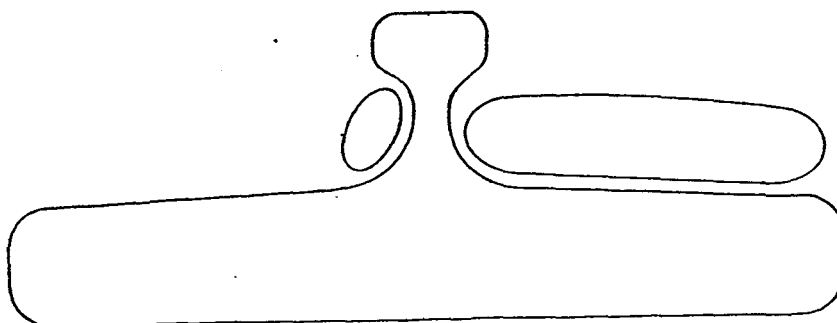


Tableau : no 2:6 L'arène politique

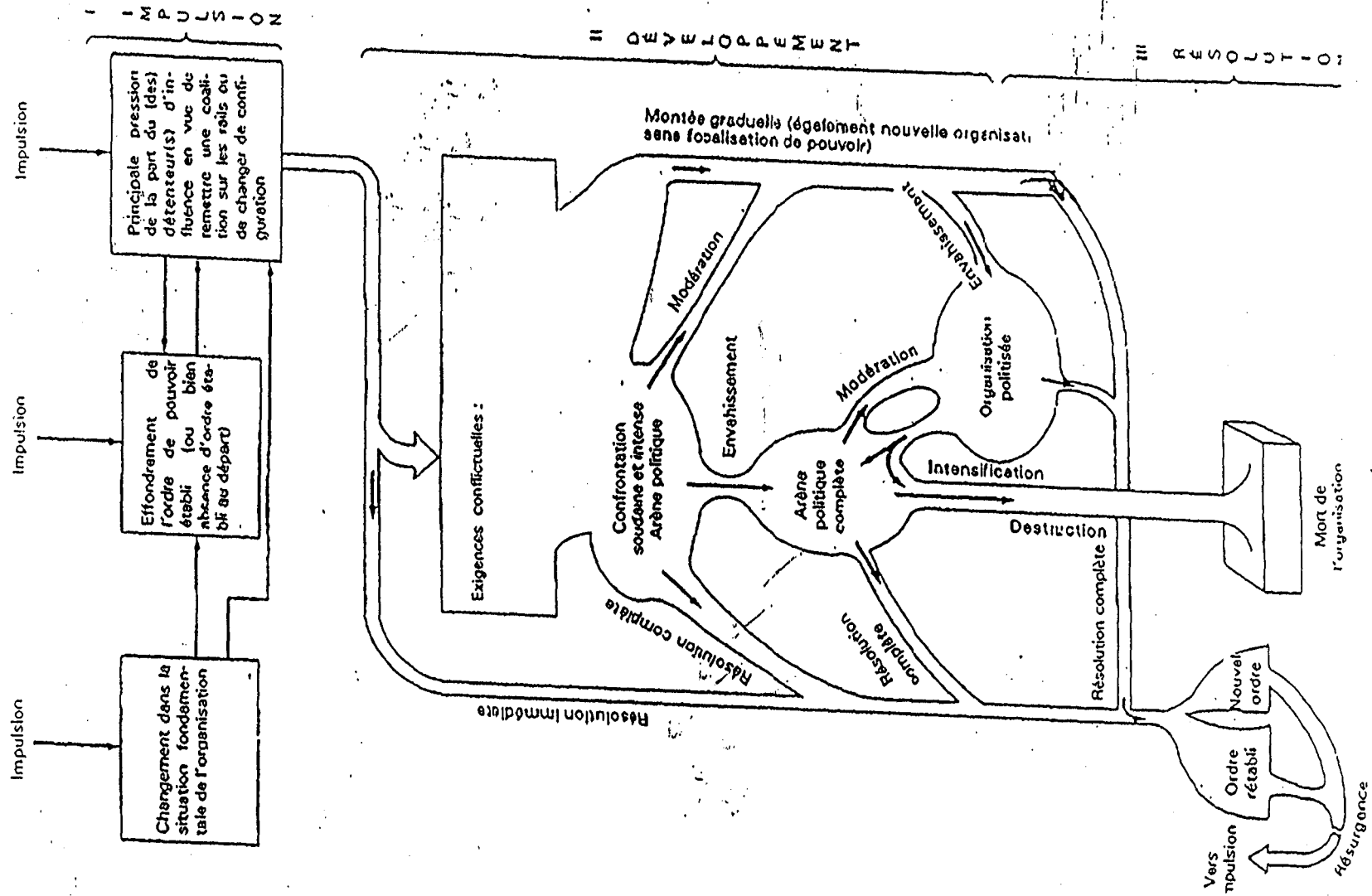
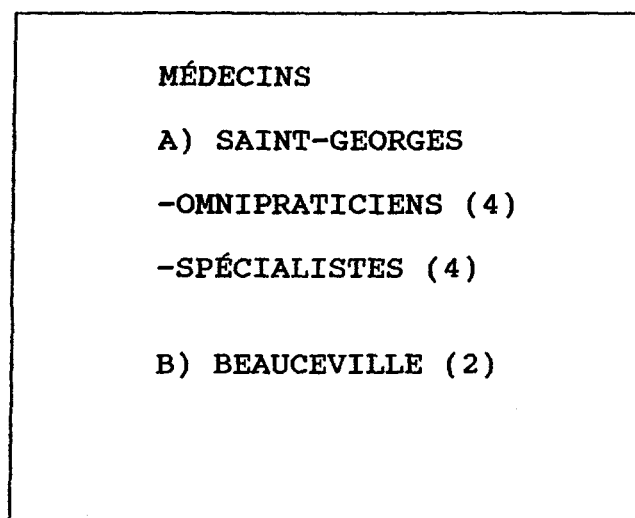
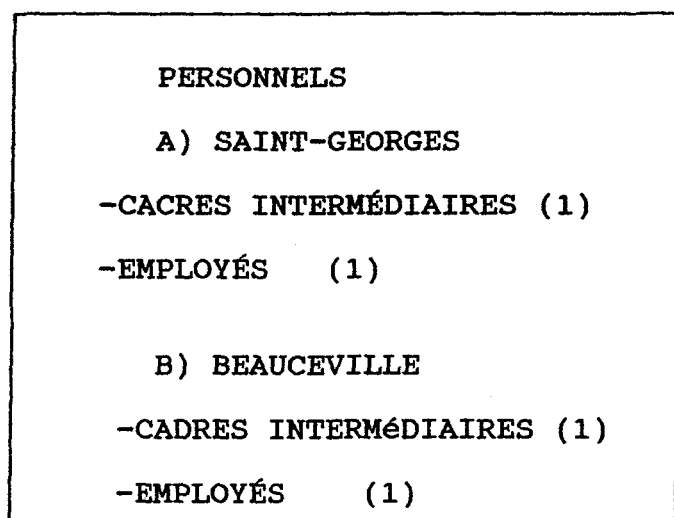
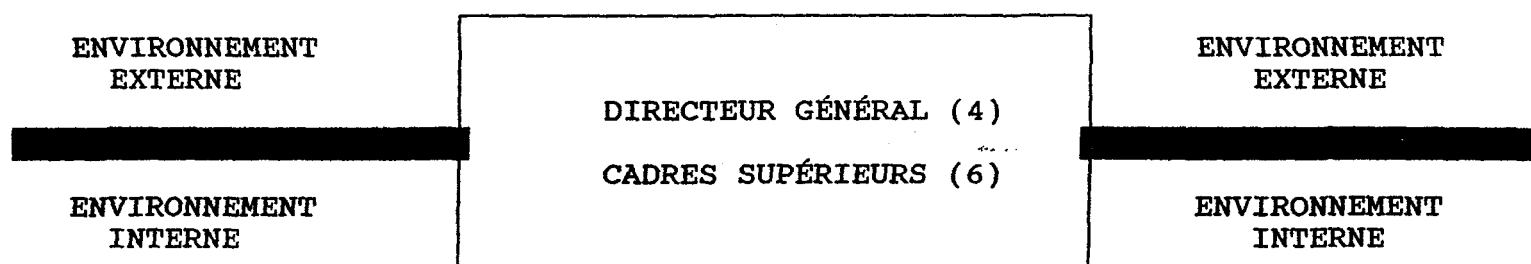
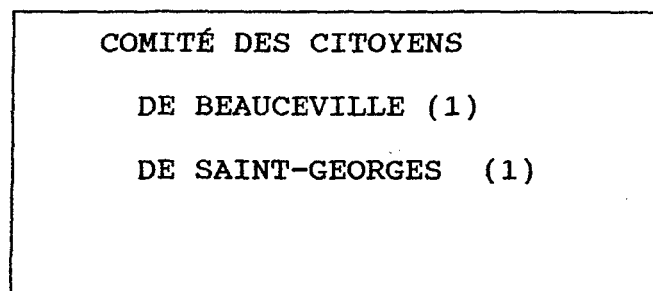
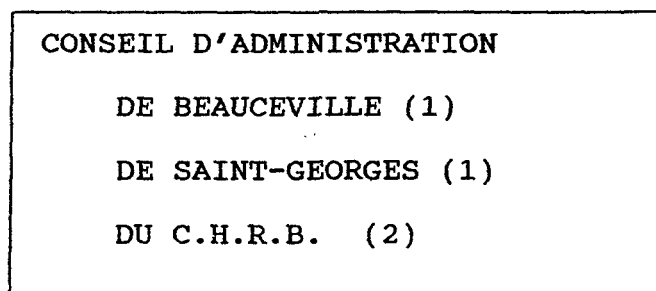
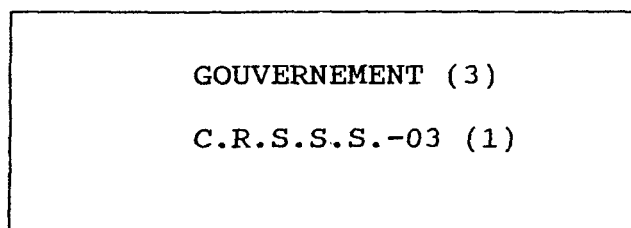


Tableau : no. 3:1- Catalogue visuel des acteurs.



(nombre de personnes interrogés)

Tableau : no. 3:2- Catalogue visuel des causes de l'échec du C.H.R.B.

La fusion : mauvais choix  
implantation hiérarchique

Le partage des services:  
réalisable et imposé

Distance psychologique

Coupures budgétaires

Fermeture de services pour  
mettre fin aux duplications

Guerre de clochers

Déplacements

ENVIRONNEMENT  
EXTERNE

Équipe de direction majoritai-  
rement de Beauceville (culture)

ENVIRONNEMENT  
EXTERNE

ENVIRONNEMENT  
INTERNE

Lutte de pouvoir avec  
les médecins.

ENVIRONNEMENT  
INTERNE

Stress de fusion

Résistance au changement

Appartenance syndicale

Déplacements entre les  
pavillons

Lutte de pouvoir avec  
la direction.

Tableau : no. 3:3- Données de l'interviewé.....

OBJECTIFS	VISÉS	
	ATTEINTS	
CONTRAINTES	SURMONTÉES	
	NON-SURMONTÉES	
STRATÉGIES		
JEUX DE POUVOIR		
SOURCES DE POUVOIR		
CONDITIONS DE POUVOIR		

Tableau : no. 3:4- Perceptions de l'interviewé.....

DIRECTEUR GÉNÉRAL	
CONSEIL D'ADMINIS- TRATION	
M.A.S.	
CITOYENS DE ST- GEORGES	
CITOYENS DE BEAUCE- VILLE	
SYNDIQUÉS DE ST GEOR- GES	
SYNDIQUÉS DE BEAUCE- VILLE	
CADRES SUPÉ- RIEURS	
CADRES INTER- MÉDIAIRES D ST GEORGES	
CADRES INTER- MÉDIAIRES DE BEAUCEVILLE	
OMNI DE ST- GEORGES	
OMNI DE BEAU- CEVILLE	
SPÉCIALISTE	

Tableau: no. 3:5- L'acteur. Le ministère.

OBJECTIFS	VISÉS	Accessibilité sans duplication. Utilisation des ressources existantes sans déficit. Planification régionale. Une seule entité administrative.
	ATTEINTS	Accessibilité.
CONTRAINTES	SURMONTÉES	Résistance syndicale. Mentalité antagoniste. Résistance des cadres supérieurs et intermédiaires.
	NON SURMONTÉES	Ressources médicales. Insoumission beauceronne. Indépendance des médecins face à l'organisation.
STRATÉGIES	Favoriser l'immersion d'une solution organisationnelle en privant les 2 institutions de ressources financières. Donner des ressources à la solution imposée.	
JEUX DE POUVOIR	Budgétisation. Ligne hiérarchique : candidats aux postes stratégiques.	
SOURCES DE POUVOIR	Maîtrise des ressources monétaires. Maîtrise des relations avec l'environnement. Maîtrise de l'environnement légal.	
CONDITIONS DE POUVOIR	Contrôle budgétaire. Contrôle de l'information. Expertise sur l'ensemble du réseau. Contrôle l'accès aux besoins technologiques.	

Tableau : no 3:6- L'acteur: Marc Bélanger, 1er directeur général.

OBJECTIFS	VISÉS	Créer un système nouveau avec cohésion et finalité propre. Implanter l'annexe "A".
	ATTEINTS	Créer un système nouveau avec une cohésion et une finalité propres.
CONTRAINTES	SURMONTÉES	Différence de mentalité. Différence de structure du pouvoir. Différence de motivation. Différence de valeurs.
	NON SURMONTÉES	Pénurie d'anesthésistes. Insoumission médicale.
STRATÉGIES	Stratégie de confrontation pendant 4 mois. Stratégie de conciliation pour la suite. Trouver des alternatives aux ressources médicales en place, puis trouver alternative à l'annexe "A".	
JEUX DE POUVOIR	Construction d'alliances. Candidats stratégiques. Budgétisation.	
SOURCES DE POUVOIR	Position stratégique. Caractéristique personnelle. Expertise. Opportunité par paralysie financière des organisations précédentes.	
CONDITIONS DE POUVOIR	Contrôle des sanctions. Contrôle des ressources. Contrôle des symboles. Contrôle de l'information.	