

MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI N° 10, LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES.

Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi n°10 et des avenues d'intervention souhaitables

Damien Contandriopoulos

Mélanie Perroux

Astrid Brousselle

Mylaine Breton

Octobre 2014

Sommaire

Le présent mémoire propose une analyse logique du projet de loi n°10. L'analyse logique est une approche d'évaluation qui vise à anticiper les effets prévisibles d'une intervention en fonction des données scientifiques existantes [1-3]. L'analyse proposée ici est centrée sur deux questions principales. La première est d'étudier la plausibilité du lien causal entre les modifications législatives mises de l'avant dans le projet de loi n°10 et les objectifs officiels de cette même réforme. La seconde question porte plus largement sur l'adéquation entre les moyens et les objectifs et discute des avenues d'intervention alternatives susceptibles de permettre l'atteinte des objectifs du projet de loi n°10.

Le projet de loi n°10 met de l'avant trois objectifs principaux: améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et augmenter l'efficacité du système. Les objectifs mis de l'avant dans le projet de loi n°10 apparaissent consensuels et désirables [4, 5]. Ils sont aussi cohérents avec les objectifs principaux des réformes mises en place dans les dernières années.

L'analyse que nous avons conduite indique toutefois que les modifications législatives proposées dans le projet de loi n°10 sont peu susceptibles de produire les effets visés. Les études qui ont analysé les effets des fusions administratives sur les coûts, la coordination et la qualité des soins indiquent de manière remarquablement consensuelle que les fusions ne permettent pas de gains à ces niveaux [6-14]. Premièrement, étant donné que la vaste majorité des établissements créés par le biais des fusions proposées dans le projet de loi n°10 dépasserait la taille critique à laquelle on peut espérer des économies d'échelle et que les fusions proposées sont essentiellement horizontales, **il n'existe pas de base crédible permettant de croire que cette réforme permettra des gains d'efficacité.** Deuxièmement, l'analyse rétrospective de centaines de fusions d'établissements depuis les années 1990 montre que **la fusion administrative n'est pas l'approche la plus efficace pour améliorer l'intégration des soins** [12, 13, 15-17] et **ne permet pas d'identifier un lien entre les fusions administratives et l'amélioration de la qualité** [18, 19]. Troisièmement, la relation entre la performance organisationnelle et la centralisation des pouvoirs n'est pas une relation linéaire simple. [20-23]. **Une centralisation très poussée des pouvoirs décisionnels ne permet pas forcément une amélioration de la performance** [24, 25]. La robustesse de la preuve sur tous ces aspects est impressionnante.

En ce qui concerne le processus de mise en œuvre, la littérature scientifique indique avec une belle unanimité qu'il est illusoire de croire qu'un exercice de fusion administrative puisse être conduit par un contrôle hiérarchique serré, exercé depuis le central [24-26]. En pratique les gestionnaires des organisations concernées vont jouer un rôle de premier plan pour donner du sens aux grandes lignes fixées dans le projet de loi. **Le succès d'un projet de fusion administrative auquel les acteurs sur le terrain ne croient pas est sérieusement compromis.**

Finalement, le fait que les fusions soient une avenue d'intervention aussi lourde sur le plan administratif et organisationnel, et ce pendant une période de plusieurs années, rend

centrale la question du cout d'opportunité. Le cout d'opportunité désigne ici la somme de tout ce qui sera rendu impossible par la décision de mettre en œuvre le projet de loi n°10. **La mise en œuvre de fusions administratives à grande échelle va exercer une pression intense sur l'appareil administratif de toutes les organisations concernées durant plusieurs années. Au cours de cette période, les gestionnaires vont être accaparés par l'opérationnalisation de la réforme et ne seront pas en mesure d'assurer de manière optimale le suivi des autres dossiers ou de soutenir le développement d'interventions désirables [6, 26, 27].** Ce phénomène est évident pour quiconque a observé le long processus de fusion ayant donné naissance aux CSSS actuels [28-30]. Dans ce contexte, il nous apparaît important de souligner qu'il existe une abondante littérature scientifique qui identifie des avenues d'intervention nettement plus prometteuses que celles privilégiées par le projet de loi n°10.

En conclusion, l'analyse de la désirabilité d'un projet de loi devrait tenir compte de l'analyse de son bien-fondé et de son cout d'opportunité. **Sur le plan du bien-fondé, l'analyse des connaissances disponibles indique de manière très claire que le projet de loi, dans sa forme actuelle, ne permettra pas d'atteindre les objectifs qu'il affirme poursuivre. En particulier, aucune donnée crédible ne permet de croire que les fusions administratives à grande échelle du type de celles proposées dans le projet de loi n°10 produisent une amélioration de l'accessibilité, de la qualité ou de l'efficience.**

Sur le plan du cout d'opportunité, les demandes que la mise en œuvre du projet de loi va créer dans l'ensemble de l'appareil administratif sont majeures. Si le gouvernement va de l'avant avec ce projet de loi, il se prive de fait de la capacité d'intervenir à court et moyen termes sur d'autres problématiques ou en utilisant d'autres leviers. **Les connaissances disponibles indiquent que plusieurs leviers d'intervention qui ne sont pas mobilisés dans le projet de loi n°10 ont un potentiel largement supérieur pour atteindre les objectifs visés.**

Table des matières

Table des matières	4
Introduction	5
Identification des objectifs officiels du projet de loi n°10	5
Analyse de la structure organisationnelle proposée	6
Efficience	7
Coordination des soins	7
Qualité des soins	8
Composition des établissements	9
Structures de gouverne	10
Processus de mise en œuvre	11
Adéquation entre moyens et objectifs	13
Conclusion	14
Affiliations des auteurs	16
Contact	16
Références	17

Introduction

Le présent mémoire propose une analyse logique sommaire du projet de loi n°10. L'analyse logique est une approche d'évaluation qui vise à anticiper les effets prévisibles d'une intervention en fonction des données scientifiques existantes [1-3]. Étant donné le temps disponible pour la production de ce mémoire, l'analyse logique proposée se limite à examiner les principaux paramètres de la réforme.

L'analyse proposée ici est centrée sur deux questions principales. La première a trait au degré de plausibilité du lien causal entre les modifications législatives mises de l'avant dans le projet de loi n°10 et les objectifs officiels du projet de loi. Cette première question se divise elle-même en deux. D'une part, quels sont les effets prévisibles de l'implantation de la structure organisationnelle mise de l'avant dans le projet de loi n°10 ? D'autre part, quels sont les liens entre le processus de mise en œuvre de ces modifications législatives et ses effets anticipés ?

La seconde question porte plus largement sur l'adéquation entre les moyens et les objectifs et discute des avenues d'intervention alternatives qui, d'après les données disponibles, sont susceptibles de permettre l'atteinte des objectifs mis de l'avant dans le projet de loi n°10. Ceci permettra aussi de discuter de la question du coût d'opportunité qu'implique le projet de loi proposé.

Identification des objectifs officiels du projet de loi n°10

Les objectifs du projet de loi sont explicités en quelques lignes dans les notes explicatives liminaires: « *favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau* » [31]. De ces lignes ressortent trois objectifs distincts: le premier est l'amélioration de l'accessibilité des soins. La définition opérationnelle de l'accessibilité que nous utiliserons est inspirée des travaux de Donadedian [32, 33] et correspond à l'adéquation entre les structures de production d'une part et les besoins de la société et leur répartition géographique d'autre part. Le second objectif est l'amélioration de la qualité des soins. La définition de la qualité des soins est un vaste domaine en soi et la majorité des définitions identifient la sécurité comme un produit de la qualité. La définition opérationnelle de la qualité que nous utiliserons ici repose sur une adaptation des travaux de Pineault, de Beaulieu et de Haggerty [34-37]. La qualité des soins est définie comme la conjonction de la qualité technique, de la continuité et de la globalité. Finalement, le troisième objectif est l'amélioration de l'efficacité. L'efficacité est définie ici comme le ratio entre la qualité des soins et l'utilisation des ressources [38]. Cette définition correspond à l'efficacité technique qui vise la minimisation des coûts pour un résultat donné. La concision des objectifs du projet de loi ne contribue pas à spécifier à quoi correspond l'amélioration de l'efficacité du réseau à laquelle il est fait mention. Notre interprétation est que le terme est utilisé pour décrire l'atteinte des objectifs généraux du

système et, dans ce cas, l'amélioration de l'efficacité est prise en compte dans les dimensions de l'accessibilité, de la qualité et de l'efficacité.

Pour valider l'identification et l'opérationnalisation des objectifs du projet de loi, nous avons procédé à une analyse des déclarations sur la question faites par le ministre de la Santé et les porte-paroles du ministère de la Santé dans l'ensemble des quotidiens québécois publiés entre le 25 septembre et le 14 octobre 2014. Cette recherche a été conduite via le moteur Eureka.ca. L'analyse démontre que les déclarations faites convergent largement avec les objectifs mis de l'avant dans les notes explicatives du texte du projet de loi. Cette analyse a toutefois permis de mettre de l'avant certains des processus causaux anticipés entre les modifications législatives proposées et les effets attendus. L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité est présentée comme étant une conséquence de la simplification de la structure administrative. Par exemple, la création d'un guichet unique régional en première ligne devrait améliorer l'accessibilité. La continuité du suivi du patient serait bonifiée grâce à une meilleure coordination et une intégration des soins qui briseraient les silos actuels. La circulation des données serait fluidifiée par l'harmonisation des outils informatiques et des processus de communication. De même, l'amélioration de l'efficacité est essentiellement présentée comme le produit de l'élimination de paliers bureaucratiques inutiles. Les économies liées à la rationalisation des structures inutiles ont été chiffrées à 200 millions de dollars par année. Finalement, les modifications législatives proposées devraient aussi permettre à terme une évolution de la culture organisationnelle qui favoriserait l'émergence d'une culture centrée sur les besoins des patients.

Les objectifs mis de l'avant dans le projet de loi n°10 apparaissent consensuels et désirables [4, 5]. Ils sont aussi cohérents avec les objectifs principaux des réformes mises en place dans les dernières années. Les prochaines sections examineront si, en regard des connaissances scientifiques existantes, le projet de loi n°10 est susceptible d'atteindre les objectifs fixés.

Analyse de la structure organisationnelle proposée

Le recours à des fusions administratives à grande échelle comme avenue d'intervention pour améliorer la performance des systèmes de santé n'est pas nouveau. Cette approche a été utilisée de manière extensive dans de nombreux pays depuis le début des années 1990. Il existe une abondante littérature sur les fusions aux États-Unis [9, 19, 39-52]. Il existe aussi de nombreux travaux qui proviennent de pays dont le modèle de financement du système de santé est plus similaire à celui du Québec, entre autres le Royaume-Uni [6, 7, 12, 13, 53], la Suède [54-57] et les Pays-Bas [58]. Plus proche de nous, l'Alberta a adopté en 2008 une approche similaire à celle mise de l'avant par le projet de loi n°10. Les structures régionales ont été abolies et les responsabilités de gouverner, fortement centralisées au niveau provincial [25, 27, 59-62]. Il est aussi frappant de voir à quel point les objectifs poursuivis par le gouvernement albertain à l'époque sont similaires à ceux mis de l'avant dans le projet de loi n°10 [27].

Efficiencia

Le lien entre la fusion et les gains d'efficiencia repose principalement sur l'idée que les fusions permettent des économies d'échelle. Les économies d'échelle mises de l'avant touchent la suppression de postes administratifs par le regroupement de services et le regroupement des fonctions d'approvisionnement.

La moitié des hôpitaux anglais ont fait l'objet d'une fusion entre 1997 et 2007. L'analyse de l'effet des fusions à grande échelle mises en œuvre au Royaume-Uni indique que les fusions n'ont pas permis d'atteindre les objectifs d'économies promis [6, 7]. Les économies promises – équivalentes à environ un million et demi de dollars de 2014 par établissement fusionné – étaient pourtant bien modestes comparés aux chiffres mis de l'avant au Québec qui représentent plus de 10 millions d'économies par établissement fusionné. De même, l'exercice de fusion et de centralisation réalisé en Alberta à partir de 2008 n'a pas permis l'amélioration de l'efficiencia qui avait été promise [27].

De manière plus spécifique, l'analyse des fusions hospitalières montre que les économies d'échelle ne se matérialisent que dans le cas de la fusion de petits établissements. Il semble y avoir un plafonnement des gains pour les organisations dont la taille dépasse celle équivalente à un hôpital d'environ 400 lits [10, 11, 13, 15] soit plus ou moins 3000 employés équivalents temps plein. Les études réalisées au Royaume-Uni indiquent, dans le même sens, qu'il est peu plausible d'espérer des économies par l'intégration d'entités responsables de bassins de population supérieurs à 100 000 personnes [53]. La majorité des CISSS proposés vont desservir une population largement au-delà de ce seuil, la Montérégie allant jusqu'à 1,5 million de personnes. Par ailleurs, les économies d'échelle plafonnent dans le cas de fusions horizontales sur de nombreux sites, question sur laquelle nous reviendrons.

Étant donné que la vaste majorité des établissements créés par le biais des fusions proposées dans le projet de loi n°10 dépasserait largement la taille critique à laquelle on peut espérer des économies d'échelle, il n'existe pas de base crédible permettant de croire que cette réforme permettra des gains d'efficiencia. Le fait que les coûts administratifs au Canada et au Québec soient déjà très faibles si on les compare au reste du monde limite d'autant plus la plausibilité de gains importants [63]. En fait, les données suggèrent que des fusions horizontales menant à la création d'établissements de très grande taille répartis sur de nombreux sites entraînent des pertes d'efficiencia. Il faut donc s'attendre à ce que l'effet net du projet de loi n°10 soit probablement une augmentation des coûts administratifs.

Coordination des soins

L'offre d'un continuum de soins où la prise en charge des patients est harmonieusement intégrée depuis les soins primaires de base jusqu'aux soins ultras spécialisés est l'un des objectifs les plus consensuels qui existe dans le domaine de l'administration des services de santé. Il existe une abondante littérature sur les modèles qui permettent d'atteindre une telle intégration des soins [15, 64-67]. L'analyse des fusions d'établissements aux États-

Unis depuis les années 1990 montre que la fusion administrative n'est pas l'approche la plus efficace pour améliorer l'intégration des soins [12, 13, 15-17].

La fusion d'établissements produit ce que l'on appelle une intégration administrative. Mais l'intégration administrative n'est ni nécessaire ni suffisante pour mener à une intégration des soins. L'analyse des succès et des échecs des fusions dans le domaine de santé montrent que, pour que les soins soient intégrés, il faut que les organisations arrivent d'une part à créer une vision, une culture et des objectifs unifiés (intégration stratégique) [6] et, d'autre part que les processus cliniques et techniques soient intégrés (intégration clinique) [12, 13, 15]. Or, il est possible de réussir une intégration stratégique ou une intégration clinique sans fusion administrative. Les corridors de services, les programmes conjoints, les systèmes de partage des dossiers patients sont des exemples d'outils d'intégration clinique qui ne reposent pas sur l'intégration administrative. Rien n'indique que les fusions administratives soient associées à un meilleur partage de l'information clinique au sein des structures fusionnées [16]. De même, il est possible de renforcer l'intégration stratégique d'organisations distinctes sans fusion. Au Québec, les RUIS sont un exemple évident d'efforts d'intégration stratégique sans fusion.

Qualité des soins

Il existe des preuves convergentes que la qualité de certains services surspécialisés – principalement chirurgicaux – s'accroît quand ces services sont offerts dans des établissements où le volume est suffisamment élevé pour permettre aux cliniciens de développer et maintenir leurs compétences [11]. Il n'y a toutefois pas de preuve qu'il existe actuellement au Québec un volume significatif de services spécialisés offerts dans des établissements où le volume est trop faible pour assurer la qualité des soins. Par ailleurs, le principe général de concentration des soins chirurgicaux très spécialisés dans des établissements à fort volume doit aussi être pondéré en fonction de critères d'accessibilité et de répartition géographique.

Ici encore, il n'existe aucune preuve crédible que les fusions administratives telles que proposées favorisent une offre optimale de services médicaux spécialisés et surspécialisés. À l'inverse, l'optimisation de tels services ne requiert généralement pas de fusion. Le cas du Continuum de services en traumatologie du Québec est un exemple remarquable de succès où un continuum de soins du lieu de l'accident jusqu'aux soins tertiaires est offert par le biais d'une intégration fonctionnelle sans fusion d'établissements.

À l'inverse, une étude longitudinale de l'effet de 40 fusions hospitalières en Californie a identifié une augmentation du taux de mortalité post-chirurgicale suite aux fusions [46]. De manière générale, l'analyse rétrospective de centaines de fusions d'établissement aux États-Unis ne permet pas d'identifier un lien entre les fusions administratives et l'amélioration de la qualité [18, 19].

En terminant, les arguments sur la qualité des services devraient aussi tenir compte du fait que durant le processus de fusion – processus qui dure souvent plusieurs années – la qualité des services est potentiellement compromise par la monopolisation des capacités administratives pour mettre en œuvre la fusion [6, 27, 62]. L'effet négatif des fusions sur la

qualité des soins semble parfois persister après la fin du processus de mise en œuvre [7, 68].

Composition des établissements

Les travaux sur l'analyse des fusions s'appuient généralement sur une typologie qui repose sur la nature des organisations regroupées [57]. L'intégration est décrite comme verticale quand des organisations aux objectifs différents, mais interdépendants, sont regroupées. Dans le domaine de la santé, l'exemple classique est l'intégration des trois fonctions d'assurance, de services hospitaliers et de soins primaires au sein d'une même organisation. Ce modèle est plus courant aux États-Unis où des assureurs privés ont créé des systèmes verticalement intégrés en rachetant des hôpitaux ainsi que des cliniques médicales. À l'inverse, l'intégration est décrite comme horizontale quand des organisations similaires se regroupent. Dans le domaine de la santé, les intégrations horizontales sont généralement des hôpitaux qui fusionnent pour renforcer leur positionnement sur le marché ou tenter de dégager des économies d'échelle.

Le modèle mis de l'avant dans le projet de loi n°10 est, comme son prédécesseur le projet de loi n°25 de 2003, un modèle hybride. La fusion est essentiellement horizontale avec le regroupement d'établissements ayant des missions similaires (nombreux CLSC et CHSLD entre autres). Toutefois, la fusion d'établissements hospitaliers de soins de courte durée avec des organisations de soins primaires comme les CLSC, des institutions d'hébergement de longue durée comme les CHSLD ou des centres de réadaptation relève davantage de la fusion verticale.

Si on analyse les données scientifiques disponibles en fonction de la direction de la fusion, tout indique qu'il y a peu ou rien à attendre des fusions horizontales. Ce modèle n'a pas de potentiel crédible d'intégration des soins ni d'amélioration de l'efficacité [69]. Sa principale vertu est un potentiel d'amélioration de la rentabilité par la création de monopoles et l'augmentation des prix [52, 63, 70], ce qui n'est pas applicable au contexte québécois.

L'intégration verticale a, au moins en théorie, un potentiel plus grand de pouvoir mener à une intégration de soins [69, 71, 72]. Sur le plan structurel, pour que ce potentiel se concrétise il faut que les missions des établissements fusionnés soient complémentaires et interdépendantes [58]. Par exemple, l'intégration de cliniques médicales de soins primaires autour d'un hôpital a le potentiel de réduire la pression sur l'urgence de l'hôpital en améliorant l'accès aux soins primaires. Parallèlement, les médecins des cliniques en question peuvent gagner un meilleur accès aux plateaux techniques pour leurs patients. Le potentiel de gains de ce type de fusion est très difficile à évaluer de manière générique. Il dépend des missions spécifiques des établissements, de leur niveau d'interdépendance et des processus de mise en œuvre [25]. Cependant, les données montrent que même les fusions verticales structurellement cohérentes ne produisent pas forcément d'intégration clinique.

Sur le plan structurel, il est souvent difficile de comprendre quel est le potentiel anticipé qui explique la composition des CISSS mis de l'avant dans le projet de loi n°10. Dans les cas où le projet de loi n°10 prévoit la fusion de l'ensemble des établissements régionaux au

sein du même CISSS, la fusion proposée est essentiellement une fusion horizontale par laquelle de nombreux CSSS sont regroupés. Les CSSS sont déjà issus d'une fusion visant à intégrer la mission CLSC, la mission CHSLD et la mission CH. Le potentiel de gain lié à l'intégration verticale a déjà été obtenu et il n'y a aucun argument théorique crédible pour croire que des gains significatifs sont encore possibles. Toujours dans ce scénario, il est aussi difficile à priori d'anticiper des gains majeurs par la fusion au sein du CISSS d'institutions telles que les centres jeunesse ou les centres de réadaptation dont l'interdépendance organisationnelle est faible.

Dans le cas de Montréal, la situation est encore plus étonnante puisque les fusions proposées incluent des institutions avec des mandats clairement provinciaux (par exemple l'Institut Philippe Pinel), mais en excluent d'autres (l'Institut de Cardiologie). Un autre exemple concerne les hôpitaux psychiatriques montréalais qui sont intégrés au sein de deux des trois CISSS de la région. En pratique les CISSS Montréalais seront ainsi mutuellement interdépendants pour l'hospitalisation psychiatrique (alors même que c'est la clientèle qui bénéficierait le plus d'une intégration des soins). De même, les CHU montréalais ne seront pas intégrés aux CISSS. Il faut aussi ajouter au tableau qu'il existe une forte mobilité des clientèles au sein de la région métropolitaine et que les CHU contribuent de manière centrale à l'offre de soins. De fait, les choix mis de l'avant dans le projet de loi n°10 sur la composition des cinq CISSS montréalais reposent sur l'hypothèse qu'il existera une coordination régionale entre les CISSS et les autres établissements montréalais et que cette coordination fonctionnera hors de toute intégration structurelle. Il est surprenant de voir un projet de loi accorder simultanément une telle foi aux bénéfices intrinsèques de la fusion administrative et en même temps croire que la coordination régionale des services dans la métropole peut reposer sur des arrangements informels entre établissements.

Structures de gouverne

Au-delà de sa composante de fusions administratives, le projet de loi n°10 comporte aussi plusieurs dispositions visant à renforcer le contrôle direct du ministre de la Santé sur le système de soins. Le nombre de paliers décisionnels sera réduit tout comme le nombre d'instances décisionnelles.

Les données disponibles indiquent que la relation entre la performance organisationnelle et la centralisation des pouvoirs n'est pas une relation linéaire simple. [20-23]. Si la centralisation du pouvoir était directement liée à la performance, les structures hiérarchiques des grandes firmes privées seraient très différentes de ce que l'on peut réellement observer. L'approche dominante en analyse organisationnelle pose que la structure hiérarchique la plus performante pour une organisation donnée dépend d'un ensemble de paramètres parmi lesquels la taille et la complexité de l'environnement jouent un rôle central [20]. Si on prend comme unité d'analyse l'ensemble du système socio-sanitaire québécois, on parle d'une organisation d'une taille et d'une complexité extrêmes [24, 25, 27, 73]. Dans ce contexte, une centralisation très poussée des pouvoirs décisionnels ne permet pas forcément une amélioration de la performance [24, 25]. Le risque principal est que la centralisation crée des demandes irréalistes sur les systèmes

de communication en essayant de faire remonter vers des niveaux centraux trop de décisions qui devraient être prises localement. Les concepts clés ici sont la subsidiarité et l'asymétrie d'information. L'expérience albertaine de 2008 montre que la suppression du palier régional et la centralisation des pouvoirs ont ultimement mené à la création de nouvelles structures pour permettre une intégration des préoccupations locales [27, 59, 60] et pour favoriser l'implantation des innovations locales au niveau provincial [25, 27, 74]. Rappelons que l'un des principaux objectifs de la réforme de 2004 était de développer une meilleure adéquation entre l'offre de services des CSSS et les besoins locaux par le développement de réseaux locaux de services orientés vers une approche populationnelle. La présente réforme proposée semble mettre de côté cette vision centrée sur la modulation des services en fonction des particularités locales.

Il est difficile d'établir un pronostic précis sur la performance réelle des structures de gouverne proposées dans le projet de loi n°10 avant que l'ensemble du système ne soit opérationnel. Il est toutefois important de rappeler que l'attrait que peut avoir le sentiment de contrôle donné par la centralisation n'est pas fondé dans le cas de systèmes complexes de grande taille [22, 24, 25, 73]. Nous reviendrons sur cette question dans la prochaine section. Il faut aussi mentionner que les efforts mis en place depuis une dizaine d'années au Québec pour renforcer la supervision provinciale des activités des établissements ne se sont pas traduits par une amélioration de la performance. La multiplication des demandes de reddition de compte du palier provincial a plutôt contribué à la multiplication de structures administratives dont la tâche est de produire des rapports. Cette forme de contrôle ne semble pas avoir renforcé l'imputabilité réelle des institutions [4].

En conclusion, les connaissances disponibles ne permettent pas d'identifier de liens causaux crédibles entre les propositions législatives mises de l'avant dans le projet de loi n°10 et les objectifs poursuivis. Inversement, la plupart des exemples identifiés dans l'analyse des déclarations émanant du ministère de la santé sur la manière dont le projet de loi permettra d'améliorer l'accessibilité, la qualité ou l'efficacité du système ne nécessitent pas la mise en œuvre de fusions à grande échelle [13, 27, 53, 74]. Ainsi, la mise en place de corridors de services fonctionnels ou l'implantation de systèmes informatiques intégrés ne requièrent pas une fusion. Au contraire, la pression que des fusions créent sur l'appareil administratif fait en sorte de diminuer la probabilité que de telles améliorations voient le jour [13, 25, 62].

Processus de mise en œuvre

Si on peut tirer une mise en garde de la littérature scientifique sur les fusions dans le domaine de la santé, c'est que le processus de fusion est un processus risqué. Les organisations sont des systèmes dynamiques et complexes dont la performance dépend d'une multitude d'équilibres internes complexes [22, 24, 25]. Par définition un processus de fusion vient bousculer les équilibres existants. Cette période de transition est longue –

généralement plusieurs années [54] – et exigeante pour les structures administratives. Une fois le processus terminé, certaines fusions produisent des organisations plus performantes que la somme de leurs composantes initiales tandis que d'autres produisent des organisations dysfonctionnelles et sous-performantes [48, 50]. Étant donné la complexité et la durée du processus de fusion, il est impossible de prédire à priori si une fusion va donner des résultats désirables. Deux éléments peuvent toutefois être examinés pour établir un pronostic. Le premier est la cohérence structurelle et logique de la fusion proposée, ce que nous avons fait dans la section précédente. Le second est la qualité des pratiques de gestion et d'encadrement qui accompagnent le processus de fusion.

Quand on analyse les éléments explicatifs des succès ou des échecs des fusions dans le domaine de la santé, la qualité des processus de communication et d'encadrement joue un rôle central [55]. En particulier, de nombreux exercices de fusion se sont traduits par un désenchantement des cliniciens (médecins, infirmières et autres professionnels) qui ont perçu une déconnexion entre les promesses qui leur avaient été faites et les résultats qu'ils ont observés en pratique [25, 54, 56, 62, 74]. Dans de nombreux cas, les professionnels perçoivent une baisse de la qualité de leur environnement de travail et de la qualité des soins durant le processus de fusion [6, 75].

La littérature scientifique indique avec une belle unanimité qu'il est illusoire de croire qu'un exercice de fusion administrative puisse être conduit par un contrôle hiérarchique serré exercé depuis le central [24-26]. L'asymétrie d'information entre les paliers locaux et centraux et la complexité des systèmes en cause rend impossible une approche de type "commander et contrôler" depuis le central [24, 25, 73]. En pratique les gestionnaires des organisations concernées vont jouer un rôle de premier plan pour donner du sens aux grandes lignes fixées par l'organigramme proposé lors de la fusion [25, 29, 30, 73, 76-78].

Au-delà des organigrammes sur la structure de l'apex décisionnel, la réussite d'un processus de fusion va dépendre, par exemple, de l'intégration des cultures organisationnelles et des différentes perspectives sur les objectifs et les priorités institutionnelles ou de l'identification et de la mise en œuvre de solutions cohérentes et localement adaptées aux défis d'implantation. Dans ces processus, la réussite va dépendre en grande partie de la clarté des principes directeurs que le central établit, de l'efficacité des mécanismes de communication et surtout, de la capacité à mobiliser l'ensemble des acteurs à s'impliquer et à croire au projet. En termes simples, un projet de fusion administrative auquel les acteurs sur le terrain ne croient pas est un projet de fusion dont les chances de succès sont minimales. L'analyse des déclarations émanant du ministère de la Santé dresse à ce sujet un portrait plutôt inquiétant. L'essentiel de l'approche de communication semble reposer sur un modèle de contrôle hiérarchique et de sanctions. Il n'existe aucune donnée crédible qui permette de croire que cette approche favorise le succès du type d'intervention décrite dans le projet de loi n°10.

Adéquation entre moyens et objectifs

Comme cela a été brièvement évoqué dans la section précédente, la mise en œuvre de fusions administratives à grande échelle est un exercice ambitieux et de longue haleine. Cet exercice va exercer une pression intense sur l'appareil administratif de toutes les organisations concernées durant plusieurs années. Au cours de cette période, les gestionnaires vont être accaparés par l'opérationnalisation de la réforme et ne seront pas en mesure d'assurer de manière optimale le suivi des autres dossiers ou de soutenir le développement d'interventions désirables [6, 26, 27]. Ce phénomène est évident pour quiconque a observé le long processus de fusion débuté en 2003 et ayant donné naissance aux CSSS actuels [28-30].

Le fait que les fusions soient une avenue d'intervention aussi lourde sur les plans administratif et organisationnel, et ce pendant une période de plusieurs années, rend centrale la question du coût d'opportunité. Le coût d'opportunité désigne ici la somme de tout ce qui sera rendu impossible par la décision de mettre en œuvre le projet de loi n°10. Le coût d'opportunité va s'opérationnaliser à la fois sur le plan des institutions de soins et à la fois sur le plan du système de santé dans son ensemble. Au niveau local, pendant des mois, et probablement des années dans de nombreux cas, la question centrale à l'agenda de tous les administrateurs sera la mise en œuvre des fusions. Pendant cette période, les interventions visant à améliorer des trajectoires cliniques problématiques, à régler des dysfonctionnements dans les processus de production ou à mettre en œuvre des innovations locales seront reléguées au second plan. Au niveau systémique, les demandes liées à la mise en œuvre du projet de loi vont rendre irréalistes d'autres avenues d'intervention potentielles le temps que le réseau ait pu mettre en œuvre la réforme commandée.

Cette réalité fait partie du coût de mise en œuvre de n'importe quelle réforme significative et ne peut être occultée. Le fait qu'une intervention ait un coût d'opportunité ne signifie pas qu'il ne faille pas la mettre en œuvre. La notion de coût d'opportunité implique simplement que la désirabilité d'une réforme doit être examinée à l'aune de deux paramètres. Le premier est l'analyse du bien-fondé [3], c'est-à-dire d'examiner en fonction des connaissances disponibles si les liens causaux entre l'intervention et les résultats attendus sont plausibles. En d'autres mots, si l'intervention est mise en œuvre, atteindra-t-elle ses objectifs? Le second est la mise en relation du coût d'opportunité de l'intervention avec ses résultats probables, soit l'efficacité économique [79]. Une intervention qui produirait des résultats modestes au prix de rendre impossible d'autres interventions aux effets nettement plus prometteurs serait ainsi considérée comme non efficace et donc non-désirable.

Comme nous l'avons discuté au début de ce mémoire, les objectifs mis de l'avant dans le projet de loi n°10 sont désirables. Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins ainsi que l'efficacité du système sont des objectifs louables et qui font consensus [4, 5]. Toutefois, les approches d'intervention mises de l'avant dans le projet de loi n°10 ne sont pas les seules avenues possibles pour atteindre ces objectifs. En fait, les données disponibles indiquent que pour améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité, les possibilités

d'interventions les plus prometteuses sont un alignement des incitatifs aux différents niveaux du système et une réforme en profondeur des structures de production de soins primaires [80-86].

Le fonctionnement d'un système de santé performant repose, dans une large mesure, sur sa capacité à établir un continuum de soins à l'intérieur duquel le rôle de la première ligne est d'offrir des soins de qualité, accessibles et produits de manière efficiente [5, 87-89]. De nombreuses données convergentes suggèrent entre autres qu'il serait possible de pousser beaucoup plus loin l'interdisciplinarité, la composition et le travail des équipes de première ligne [88, 90-95].

Pour que de telles transformations se matérialisent, il faudrait aussi agir au niveau systémique [5, 25, 60, 61] et en particulier agir sur le modèle de financement actuel de trois enveloppes autonomes – une enveloppe pour les établissements, une enveloppe pour les médicaments et une enveloppe pour les médecins. En effet, s'il est clair qu'il existe actuellement des silos dans le fonctionnement du système de santé, ces silos apparaissent comme étant en grande partie le produit des silos de financement. De même, les connaissances scientifiques sur les modes de rémunération des médecins indiquent qu'ils influencent la pratique médicale et, ultimement, qu'ils ont un impact sur la productivité, l'accessibilité, la continuité et la pertinence des soins [96-100]. Il existe un large consensus sur le fait qu'une réforme des modes de rémunération des médecins fait partie des éléments incontournables pour améliorer la performance du système de santé québécois [4, 5]. Finalement, toujours au niveau systémique, le palier central a un rôle à jouer de manière beaucoup plus structurante pour favoriser des pratiques cliniques fondées sur les données probantes et inciter à une amélioration de la pertinence des soins.

Il est irréaliste de prétendre examiner en détail ici l'ensemble des avenues d'intervention possibles pour atteindre les objectifs mis de l'avant dans le projet de loi n°10. Toutefois, il nous apparaît important de souligner qu'il existe une abondante littérature scientifique sur des interventions alternatives dont les effets anticipés semblent nettement plus prometteurs.

Conclusion

L'analyse de la désirabilité d'un projet de loi devrait, comme nous l'avons mentionné plus tôt, tenir compte de l'analyse de son bien-fondé et de son cout d'opportunité.

Sur le plan du bien-fondé, l'analyse des connaissances disponibles indique de manière très claire que le projet de loi, dans sa forme actuelle, ne permettra pas d'atteindre les objectifs qu'il affirme poursuivre. En particulier, aucune donnée crédible ne permet de croire que les fusions administratives à grande échelle telles que celles proposées dans le projet de loi n°10 produisent une amélioration de l'accessibilité, de la qualité ou de l'efficience.

Sur le plan du cout d'opportunité, les demandes que la mise en œuvre du projet de loi va créer dans l'ensemble de l'appareil administratif sont majeures. Si le gouvernement va de

l'avant avec ce projet de loi, il se prive de fait de la capacité d'intervenir à court et moyen termes sur d'autres problématiques ou en utilisant d'autres leviers. Les connaissances disponibles indiquent que plusieurs leviers d'intervention qui ne sont pas mobilisés dans le projet de loi n°10 ont un potentiel largement supérieur.

En terminant, en tant que chercheurs dans le domaine de l'organisation des services de santé, nous voudrions aussi soulever la question du rôle des résultats de la recherche dans l'élaboration des politiques publiques. Comme nous venons de le montrer, il existe un ensemble diversifié, robuste et cohérent de preuves scientifiques sur les effets des fusions administratives, sur les approches permettant de mieux intégrer les soins et sur les avenues d'intervention qui sont susceptibles d'améliorer la performance des systèmes de santé. Le projet de loi n°10 tel qu'il existe actuellement est en contradiction avec la quasi-totalité des preuves disponibles. Dans un monde où de plus en plus d'organisations et de gouvernements tentent d'identifier des façons d'intégrer efficacement les données scientifiques dans les processus de décision, le projet de loi n°10 se positionne radicalement à contre-courant.

Affiliations des auteurs

Damien Contandriopoulos, Ph.D. Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières et Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal.

Mélanie Perroux, M.Sc. Professionnelle de recherche, Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal

Astrid Brousselle, Ph.D. Professeure titulaire, Centre de recherche - HCLM, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Mylaine Breton, Ph.D. Professeure adjointe, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke.

Contact

Damien Contandriopoulos

damien.contandriopoulos@umontreal.ca

514-343-6111 #35176

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

C.P. 6128 succursale Centre-ville

Montréal Québec H3C 3J7

Canada

Références

1. Brousselle, A. and F. Champagne, Program theory evaluation: Logic analysis Evaluation and Program Planning, 2011. 34(1): p. 69-78.
2. Brousselle, A., D. Contandriopoulos, and M. Lemire, How logic analysis can be used to evaluate knowledge transfer initiatives: The case of the Research Collective on the Organization of Primary Care Services Evaluation: The international journal of theory, research and practice, 2008. 15(2): p. 165-183.
3. Champagne, F., et al., L'analyse logique, in Concepts et méthodes d'évaluation des interventions, A. Brousselle, et al., Editors. 2009, PUM: Montreal. p. 103-112.
4. Brousselle, A., et al., Comment réformer le système de santé ? Perceptions des acteurs-clés des forces du système de santé au Québec, des problèmes et des solutions pour améliorer la performance et garantir sa pérennité. 2014, Montréal: Rapport de recherche publié en ligne <http://www.crc-easy.ca>.
5. Contandriopoulos, D. and A. Brousselle, Reliable in their failure: an analysis of healthcare reform policies in public systems. Health Policy, 2010. 95(2-3): p. 144-152.
6. Fulop, N., et al., Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. BMJ, 2002. 325(7358): p. 246.
7. Gaynor, M., M. Laudicella, and C. Propper, Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. Journal of health economics, 2012. 31(3): p. 528-543.
8. Brousselle, A., J.-L. Denis, and A. Langley, What Do We Know About Hospital Mergers? A selected annotated bibliography. 1999, Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
9. Choi, S., Competing logics in hospital mergers-The case of the Karolinska University Hospital. 2011: Inst för lärande, informatik, management och etik/Dept of Learning, Informatics, Management and Ethics.
10. CHSRF, Myth: Bigger is always better when it comes to hospital mergers., C.H.S.R.F.-F.c.d.l.r.s.l.s.d. santé, Editor 2002.
11. Ferguson, B., J. Posnett, and T. Sheldon, Concentration and Choice in the Provision of Hospital Services. 1997, York (UK): NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
12. Posnett, J., The hospital of the future Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. BMJ, 1999. 319: p. 1063-1065.
13. Rosen, R. and C. Ham, Integrated Care: Lessons From Evidence and Experience. Report of the 2008 Sir Roger Bannister Annual Health Seminar. 2008, London (UK): The Nuffield Trust for Research and Policy.
14. Weil, T., Hospital mergers: a panacea? Journal of health services research & policy, 2010. 15(4): p. 251-253.
15. Gillies, R.R., et al., Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Integration Study. Hospital and Health Services Administration, 1993. Winter: p. 467-489.
16. Tsai, T.C. and A.K. Jha, Hospital consolidation, competition, and quality: is bigger necessarily better? JAMA, 2014. 312(1): p. 29-30.

17. Plochg, T. and N. Klazinga, Community-based integrated care: myth or must? *International Journal for Quality in Health Care*, 2002. 14(2): p. 91-101.
18. Mutter, R.L., P.S. Romano, and H.S. Wong, The Effects of US Hospital Consolidations on Hospital Quality. *International Journal of the Economics of Business*, 2011. 18(1): p. 109-126.
19. Romano, P.S. and D.J. Balan, A Retrospective Analysis of the Clinical Quality Effects of the Acquisition of Highland Park Hospital by Evanston Northwestern Healthcare. *International Journal of the Economics of Business*, 2011. 18(1): p. 45-64.
20. Donaldson, L., The Normal Science of Structural Contingency Theory, in *Handbook of Organization Studies*, S.R. Clegg, C. Hardy, and W.R. Nord, Editors. 1996, SAGE: Thousand Oaks. p. 57-76.
21. Mintzberg, H., *Structure et dynamique des organisations*. 1982, Paris: Les Éditions d'Organisation.
22. Mintzberg, H., *Le management: Voyage au centre des organisations*. 1990, Paris: Les éditions d'organisation.
23. Pfeffer, J., *Power in Organizations*. 1981, Boston: Pitman. 1-33.
24. Glouberman, S. and B. Zimmerman, Systèmes compliqués et complexes : les conditions de réussite d'une réforme des soins de santé, in *Les forces de changement dans le système de santé canadien*, P.G. Forest, G. Marchildon, and T. McIntosh., Editors. 2004, Les presses de l'Université d'Ottawa: Ottawa. p. 22-57.
25. Hinings, C., et al., Regionalizing healthcare in Alberta: legislated change, uncertainty and loose coupling. *British Journal of Management*, 2003. 14(s1): p. S15-S30.
26. Choi, S., et al., Managing clinical integration: a comparative case study in a merged university hospital. *Journal of Health Organization and Management*, 2012. 26(4): p. 486-507.
27. Donaldson, C., Fire, Aim... Ready? Alberta's Big Bang Approach to Healthcare Disintegration. *Healthcare Policy*, 2010. 6(1): p. 22.
28. Demers, L., Mergers and integrated care: the Quebec experience. *International journal of integrated care*, 2013. 13.
29. Martin, E., *Analyse des conditions d'implantation des centres de santé et de services sociaux (CSSS): Études de cas de l'intégration verticale de la gouvernance des*. 2014.
30. Contandriopoulos, D., et al., Tensions entre rationalité technique et intérêts politiques: Étude de la mise en œuvre de la Loi 25. *Administration Publique du Canada / Canadian Public Administration*, 2007. 50(2): p. 219-243.
31. Gouvernement du Québec, *Projet de loi n°10: Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, in 10, A.N.d. Québec, Editor 2014, Éditeur officiel du Québec: Québec.
32. Donabedian, A., The Quality of Care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1988. 206(12).
33. Wilson, K. and M.W. Rosenberg, Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*, 2004. 67: p. 137-148.

34. Beaulieu, M.-D., et al., Interpersonal Communication from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthcare Policy*, 2011. 7(Special Issue): p. 108-123.
35. Haggerty, J.L., et al., Validation of Instruments to Evaluate Primary Healthcare from the Patient Perspective: Overview of the Method. *Healthcare Policy*, 2011. 7(Special Issue): p. 31-46.
36. Haggerty, J.L., et al., Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *The Annals of Family Medicine*, 2007. 5(4): p. 336-344.
37. Pineault, R., et al., Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population. 2008, Longueuil: Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine
38. Farand, L., L'analyse de la production, in *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions*, A. Brousselle, et al., Editors. 2009, PUM: Montreal. p. 199-235.
39. Haas-Wilson, D. and C. Garmon, Two hospital mergers on Chicago's north shore: a retrospective study. US Federal Trade Commission, Bureau of Economics Working Paper, 2009(294).
40. Haas-Wilson, D. and C. Garmon, Hospital Mergers and Competitive Effects: Two Retrospective Analyses. *International Journal of the Economics of Business*, 2011. 18(1): p. 17-32.
41. Haas-Wilson, D. and M. Vita, Mergers between Competing Hospitals: Lessons from Retrospective Analyses. *International Journal of the Economics of Business*, 2011. 18(1): p. 1-4.
42. Capps, C.S., et al., The silent majority fallacy of the Elzinga-Hogarty criteria: a critique and new approach to analyzing hospital mergers, 2001, National bureau of economic research.
43. Choi, S. and M. Brommels, Logics of pre-merger decision-making processes: the case of Karolinska University Hospital. *Journal of health organization and management*, 2009. 23(2): p. 240-254.
44. Choi, S., et al., Executive management in radical change—The case of the Karolinska University Hospital merger. *Scandinavian Journal of Management*, 2011. 27(1): p. 11-23.
45. Harrison, T.D., Hospital mergers: who merges with whom? *Applied Economics*, 2006. 38(6): p. 637-647.
46. Hayford, T.B., The Impact of Hospital Mergers on Treatment Intensity and Health Outcomes. *Health Services Research*, 2012. 47(3pt1): p. 1008-1029.
47. Huckman, R.S., Hospital integration and vertical consolidation: An analysis of acquisitions in New York State. *Journal of Health Economics*, 2006. 25(1): p. 58-80.
48. Kastor, J.A., Failure of the merger of the Mount Sinai and New York University hospitals and medical schools: Part 2. *Academic Medicine*, 2010. 85(12): p. 1828-1832.
49. Kastor, J.A., Failure of the merger of the Mount Sinai and New York University hospitals and medical schools: Part 1. *Academic Medicine*, 2010. 85(12): p. 1823-1827.

50. Mallon, W.T., The alchemists: a case study of a failed merger in academic medicine. *Academic Medicine*, 2003. 78(11): p. 1090-1104.
51. Thompson, A., The Effect of Hospital Mergers on Inpatient Prices: A Case Study of the New Hanover–Cape Fear Transaction. *International Journal of the Economics of Business*, 2011. 18(1): p. 91-101.
52. Tenn, S., The Price Effects of Hospital Mergers: A Case Study of the Sutter–Summit Transaction. *International Journal of the Economics of Business*, 2011. 18(1): p. 65-82.
53. Bojke, C., H. Gravelle, and D. Wilkin, Is bigger better for primary care groups and trusts? *BMJ: British Medical Journal*, 2001. 322(7286): p. 599.
54. Ahgren, B., Is it better to be big?: The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden. *Health Policy*, 2008. 87(1): p. 92-99.
55. Ahgren, B. and R. Axelsson, Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *The International Journal of Health Planning and Management*, 2007. 22(2): p. 145-157.
56. Bringselius, L., The policy process in hospital mergers: The physicians' perspective. Konferenspapper som presenteras vid konferensen IRSPM (International Research Society for Public Management) i Rom april, 2012.
57. Morina, G., O. Shekshaeva, and S.W. Abbas, A Swedish Hospital Merger–The Case of Sunderby Hospital. 2011.
58. Canoy, M. and W. Sauter, Hospital mergers and the public interest: Recent developments in the Netherlands, 2009, TILEC discussion paper.
59. Duckett, S. Second wave reform in Alberta. in *Healthcare Management Forum*. 2011. Elsevier.
60. Duckett, S., Getting the Foundations Right: Alberta's Approach to Healthcare Reform. *Healthcare Policy*, 2011. 6(3): p. 22.
61. Duckett, S., J. Bloom, and A. Robertson, Planning to meet the care need challenge in Alberta, Canada. *The International journal of health planning and management*, 2012. 27(3): p. e186-e196.
62. Reay, T. and C.B. Hinings, The recomposition of an organizational field: Health care in Alberta. *Organization Studies*, 2005. 26(3): p. 351-384.
63. Himmelstein, D.U., et al., A Comparison of Hospital Administrative Costs in Eight Nations: US Costs Exceed all Others by Far. *Health Affairs*, 2014 33(9): p. 1586-1594.
64. Alexander, J.A., et al., Organizational Approaches to integrated health care delivery: A taxonomic analysis of physician-organization arrangements. *Medical Care Research and Review*, 1996. 53(1): p. 71-93.
65. Delnoij, D.M., N.S. Klazinga, and D.V.D. Velden, Building integrated health systems in Central and Eastern Europe. *European Journal of Public Health*, 2003. 13: p. 240-245.
66. Gillies, R.R., S.M. Shortell, and G.J. Young, Best Practices in Managing Organized Delivery Systems. *Journal of Healthcare Management*, 1997. 42(3): p. 299-321.
67. Leatt, P., *Integrated Service Delivery. Synthesis Series*. 2002, Ottawa: The Health Transition Fund. Health Canada.
68. Gaynor, M. and R. Town, *The Impact of Hospital Consolidation-Update*. Princeton: The Synthesis Project, Robert Wood Johnson Foundation, 2012.

69. Varkevisser, M. and F. Schut, Hospital Merger Control—An International Comparison, 2009, iBMG working paper.
70. Harrison, T.D., Consolidations and closures: an empirical analysis of exits from the hospital industry. *Health economics*, 2007. 16(5): p. 457-474.
71. Ackerman, F.K., The movement toward vertically integrated regional health systems. *Health Care Management Review*, 1992. 17(81-88).
72. Robinson, J.C. and L.P. Casalino, Vertical Integration and Organizational Networks in Health Care. *Health Affairs*, 1996. 15(1): p. 7-22.
73. Contandriopoulos, D. and J.-L. Denis, Leading Transformation in Public Delivery Systems: A Political Perspective, in *Leadership in the Public Sector: Promises and Pitfalls*, M. Dent, E. Ferlie, and C. Teelken, Editors. 2012, Routledge: London. p. 44-61.
74. Philippon, D.J. and S.A. Wasylshyn, Health-care reform in Alberta. *Canadian public administration*, 1996. 39(1): p. 70-84.
75. Thier, S.O., et al., Success factors in merging teaching hospitals. *Academic Medicine*, 2014. 89(2): p. 219-223.
76. Contandriopoulos, D., On the Nature and Strategies of Organized Interests in Healthcare Policymaking. *Administration & Society*, 2011. 43(1): p. 45-65.
77. Contandriopoulos, D., et al., Governance structures and political processes in a public system. *Public Administration*, 2004. 82(3): p. 627-655.
78. Denis, J.-L., et al., Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système socio-sanitaire. 1998, Montréal: GRIS (Rapport n°R98-07).
79. Brousselle, A., J. Lachaine, and A.-P. Contandriopoulos, L'évaluation économique, in *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions*, A. Brousselle, et al., Editors. 2009, PUM: Montreal. p. 199-235.
80. Donaldson, M.S., et al., eds. *Primary Care: America's Health in a New Era* (Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine),. 1996, National Academies Press (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=5152#toc): Washington.
81. Ham, C., et al., Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ*, 2003. 327(7426): p. 1257-.
82. Macinko, J., B. Starfield, and L. Shi, The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research*, 2003. 38(3): p. 831-865.
83. Starfield, B., L. Yushi, and J. Macinko, Contribution Of Primary Care To Health Systems And Health. *The Milbank Quarterly*, 2005. 83(3): p. 457-502.
84. Studnicki, J., et al., Toward a Population Health Delivery System: First Steps in Performance Measurement. *Health Care Management Review*, 2002. 27(1): p. 76-95.
85. McMurphy, D., What Are The Critical Attributes And Benefits Of A High-Quality Primary Healthcare System? 2009, Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
86. Rittenhouse, D.R., S.M. Shortell, and E.S. Fisher, Primary Care and Accountable Care -- Two Essential Elements of Delivery-System Reform. *N Engl J Med*, 2009. 361(24): p. 2301-2303.

87. American College of Physicians, Achieving a High-Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries. *Annals of internal medicine*, 2008. 148: p. 55-75.
88. Baker, G.R., et al., High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality By Design. Books. 2008, Toronto: Longwoods Publishing Corporation.
89. Davis, K., Learning From High Performance Health Systems Around the Globe, Invited Testimony: Senate Health, Education, Labor, and Pensions Committee Hearing "Health Care for All Americans: Challenges and Opportunities", 2007, The Commonwealth Fund.
90. Bailey, P., L. Jones, and D. Way, Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 2006. 53(4): p. 381-391.
91. Bamford, D. and M. Griffin, A case study into operational team-working within a UK hospital. *International Journal of Operations & Production Management*, 2008. 28(3): p. 215-237.
92. Litaker, D., et al., Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: The impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *Journal of Interprofessional Care*, 2003. 17(3): p. 223-237.
93. Hasselback, P., The Taber Integrated Primary Care Project: Turning Vision Into Reality. 2003: Canadian Health Services Research Foundation.
94. Bonsall, K. and F.M. Cheater, What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International journal of nursing studies*, 2008. 45(7): p. 1090-1102.
95. Doherty, R.B. and R.A. Crowley, Principles supporting dynamic clinical care teams: an American College of Physicians position paper. *Annals of internal medicine*, 2013. 159(9): p. 620-626.
96. Gosde, T., et al., Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. 2011: The Cochrane Collaboration.
97. Chaix-Couturier, C., et al., Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000. 12(2): p. 133-142.
98. Léger, P.T., Physician Payment Mechanisms: An Overview of Policy Options for Canada, 2011, Canadian Health Services Research Foundation: Ottawa.
99. Wennberg, J.E., Time to tackle unwarranted variations in practice. *BMJ*, 2011. 342.
100. Chiasson, A.-k., B. Fortin, and B. Shearer, L'impact des tarifs sur le comportement des médecins spécialistes du Québec. 2009, Montréal: CIRANO.