

Faculté de médecine Secteur santé publique Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système socio-sanitaire

Jean-Louis Denis Damien Contandriopoulos Ann Langley Annick Valette

R98-07

Novembre 1998



Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système socio-sanitaire

Jean-Louis DENIS

Professeur agrégé
Département d'administration de la santé et GRIS
Université de Montréal

Damien CONTANDRIOPOULOS

Étudiant au doctorat
Département d'administration de la santé
Université de Montréal

Ann LANGLEY

Professeure École des sciences de la gestion Université du Québec à Montréal et Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal

Annick VALETTE

Maître de conférence Sciences de gestion Université Pierre Mendes-France (Grenoble)

Novembre 1998

Ce projet a bénéficié d'un financement du Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS)

Table des matières:

Introduction	I
Chapitre I - Un discours réformiste dominant sur la transformation des systèmes socio-sanitaires	
Chapitre II - Qu'est-ce que la régionalisation?	<i>9</i>
La régionalisation et le problème du partage des rôles et de l'influence	
Définition proposée du concept de régionalisation	
Les objectifs de la régionalisation	14 14
Chapitre III - Trois stratégies pour prendre en compte le local	19
Le scénario de la délégation	20 29
Le scénario interactif	26 28
Le scénario démocratique	3 I 3 4
Conclusion sur les modèles théoriques de régulation régionale	36
Méthode de validation	39
Introduction aux modèles canadiens	41
Description par province Colombie-Britanique Alberta. Saskatchewan Manitoba. Ontario. Québec. Nouveau-Brunswick Nouvelle-Écosse. Île du Prince-Édouard Terre Neuve.	42 45 49 51 53 56 57
Synthèse	

	Le modèle à trois paliers	
	Le modèle à deux paliers sans organisme intermédiaire	
	Les cas originaux	
	Conclusion.	69
Ch	apitre V- La régionalisation dans quatre expériences signific	atives
	réforme	
	Royaume-Uni	
	Le NHS avant 1991	
	Le NHS après 1991	
	Suède	
	Bref historiqueL'organisation du système	
	Les réformes des années 1990.	
	Nouvelle-Zélande	
	Bref historique	
	La réforme de 1991	
	L'implantation des réformes	
	France	90
	Le système institutionnel jusqu'en 1997	
	La création des agences régionales d'hospitalisation	
	Conclusion	93
	Conclusion	96
~11	', T/T T	0.0
Cn	apitre VI - L'analyse de la dynamique de régionalisation	99
	Analyse du rôle des DHBs en Saskatchewan	99
	Analyse du rôle des DHBs en Saskatchewan	
	Analyse du rôle des DHBs en Saskatchewan	99
	Contexte et objectifs	99
	Contexte et objectifs	99 100 101
	Contexte et objectifs	99 100 101 102
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse	99 100 101 102
	Contexte et objectifs	99100101102102
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs	99100101102103103
	Contexte et objectifs	99100101102103103
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats	99101102103103104104
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse	99100101102103104105
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association	99101102103104105
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association Contexte et objectifs	99101102103104105105
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association Contexte et objectifs Résultats	99101102103104105105105
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association Contexte et objectifs Résultats Conclusions Contexte et objectifs Conclusions Contexte et objectifs Résultats Conclusions	99100101102103104105105105
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Conclusions Conclusions Analyse	99101102103104105105106106
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Étude empirique des difficultés d'application d'une gestion démocratique	99101102103104105105106107
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Étude empirique des difficultés d'application d'une gestion démocratique Contexte et objectifs	99100101102103104105105106106107
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Étude empirique des difficultés d'application d'une gestion démocratique Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse	99100101102103104105105106106107107
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Étude empirique des difficultés d'application d'une gestion démocratique Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Étude empirique des difficultés d'application d'une gestion démocratique Contexte et objectifs Résultats Conclusions	99100101102103104105105106106107107108108
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Étude empirique des difficultés d'application d'une gestion démocratique Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Étude conclusions Contexte et objectifs Résultats Conclusions Conclusions Analyse	99101102103104105105106107107108109
	Contexte et objectifs Résultats 1996 Résultats 1997 Conclusions Analyse Étude sur le processus de régionalisation en Alberta Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Une proposition de l'Ontario Hospital Association Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Étude empirique des difficultés d'application d'une gestion démocratique Contexte et objectifs Résultats Conclusions Analyse Étude empirique des difficultés d'application d'une gestion démocratique Contexte et objectifs Résultats Conclusions	99100101102103104105105106106107107108108109

	Résultats		
	Conclusions		
	Rapport sur les modes de gestion au niveau régional		
	Contexte et objectifs Résultats et conclusions Analyse	.115	,
	Étude sur la planification régionale en santé mentale au Québec		
	Contexte et objectifs	.116	í
	Les résultats		
	Conclusions		
	Étude de la régionalisation au Québec		
	Résultats		
	Conclusions		
	Analyse	.120)
	Étude de la régionalisation en France	.121	L
	Contexte et objectifs		
	Les résultats		
	Conclusions		
	Analyse		
. '	Conclusion		
	L'opérationnalisation difficile de l'idéologie populationnelle La mobilisation nécessaire de nouvelles compétences et de nouvelles sources de légit	.123	į
	La modifisation necessaire de nouvelles competences et de nouvelles sources de legit		
	La réconciliation d'objectifs contradictoires		
	Le positionnement ambigu entre instrument du central et support au local	.125	ĭ
	Le caractère évolutif des structures de gouverne régionales	.127	,
Co	clusion générale: La construction de l'action régionale et le		
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	129)
	-	135	
nej	f CIUCS	1 _P _3	1

Liste des figures:

Figure 1: La logique économique derrière les politiques d'intégration du système	.16
Figure 2: Modèle de la délégation	.25
Figure 3: Modèle interactif	.31
Figure 4: Modèle démocratique	.35
Figure 5: Organisation du NHS après les réformes de 1974	.73
Figure 6: Organisation actuelle du NHS	.77
Figure 7: Le système néo-zélandais actuel (1996)	.86
Liste des tableaux:	
Tableau 1: Deux archétypes pour la régulation du système de santé	8
Tableau 2: Les modèles de gouverne de l'action régionale	.38
Tableau 3: Taux de réponse au mini-sondage de validation	.40
Tableau 4: Résumé des réponses au mini-sondage sur les réformes au Canada	.40
Tableau 5: Récapitulation des caractéristiques structurelles de la régionalisation au Canada	.65
Tableau 6: Récapitulation des objectifs officiels de la régionalisation au Canada	.66

Introduction

Depuis le milieu des années quatre-vingt, la majorité des systèmes socio-sanitaires des pays de l'OCDE ont amorcé des réformes importantes de leur organisation et de leur financement (Saltman et Figueras 1997; Mhatre et Deber 1992; EIUL, 1998). Des objectifs ambitieux de changement sont énoncés dans les différents projets réformistes. Les réformes mettent en tension un objectif de maîtrise des dépenses socio-sanitaires publiques et un objectif de maintien d'un système public. La régionalisation s'est avérée un moyen privilégié pour tenter de dynamiser la production socio-sanitaire dans un contexte où des pressions pour apporter des changements significatifs se faisaient de plus en plus insistantes (Trottier et al., à paraître). La régionalisation impliquera donc nécessairement une modification dans le dispositif de régulation d'un système socio-sanitaire. Par régulation, nous entendons un ensemble de stratégies visant à faire converger les comportements d'acteurs et les projets d'organisations vers l'atteinte d'objectifs collectifs (March, 1992). Il importe de mieux comprendre les processus par lesquels la régionalisation peut produire des changements dans les modes de régulation

Dans ce rapport, nous proposons une analyse théorique et empirique des expériences de régionalisation au Québec, au Canada et dans certains pays de l'OCDE¹. Nous adoptons une perspective centrée sur l'organisation formelle des services socio-sanitaires. En fait, la régionalisation est analysée du point de vue de l'émergence et de la consolidation d'instances régionales appelées à jouer un rôle plus important dans la régulation du système socio-sanitaire. Nous cherchons à mieux comprendre les objectifs poursuivis par la mise en place de tels organismes, à identifier les changements structurels associés à la régionalisation et à définir les enjeux qui pèsent sur l'exercice d'une régulation des services socio-sanitaires par une instance régionale. Le rapport comprend six parties que nous décrivons brièvement.

¹ Le rapport s'appuie entre autres sur différents travaux théoriques et empiriques que nous conduisons depuis plus de quatre années sur les processus de régionalisation dans les systèmes de santé (voir entre autres Denis, Langley et Contandriopoulos, 1995, 1998; Denis, 1997; Denis et Valette, 1997, 1998a et 1998b).

La première partie du rapport aborde le contexte idéologique dans lequel ont pris forme les projets de réforme des systèmes socio-sanitaires. À cet égard, une distinction est faite entre un système centré sur les producteurs et un système centré sur les besoins de la population. Cette idéologie fait ressortir clairement un ensemble d'enjeux liés à la transformation des systèmes de santé. Nous analyserons tout au long de ce rapport en quoi la régionalisation compose plus ou moins explicitement avec ces enjeux.

Dans la deuxième partie du rapport, nous proposons une définition de la régionalisation et une analyse des discours et des orientations qui sont à sa base. Ces derniers donnent une image contradictoire des réformes qui peuvent être entreprises au nom de la régionalisation. Malgré ces divergences, nous verrons que la régionalisation se rapporte toujours à une volonté politique de renforcer dans un espace territorial spécifique le rôle d'instances intermédiaires dans la définition et la gouverne des politiques socio-sanitaires.

Dans la troisième partie, nous analysons, d'un point de vue théorique, différentes représentations du rôle et des modes d'action que peuvent adopter des instances intermédiaires de régulation. Ces représentations, au nombre de trois, ne prétendent pas à l'exhaustivité. Elles permettent toutefois la formulation de trois modèles distincts de coordination de l'action collective utiles pour penser l'action régionale dans le domaine socio-sanitaire. En fait, ces modèles représentent trois façons de prendre en compte le local dans la gouverne des affaires socio-sanitaires et d'établir des relations entre le gouvernement central, l'instance régionale et le local. Ils traduisent bien l'ambiguïté qui entoure les discours et l'interprétation des expériences concrètes de régionalisation, celle-ci pouvant, de façon caricaturale, être définies comme un exercice de démocratisation ou comme un renforcement d'un contrôle de gestion.

La quatrième partie du rapport fait un inventaire formel des expériences de régionalisation dans les différentes provinces canadiennes. Cet inventaire donne un portrait statique de ces expériences tout en suggérant certaines hypothèses sur l'interprétation qui est faite de la régionalisation dans ces différents systèmes socio-sanitaires. Ce travail permet de soulever des interrogations quant aux relations concrètes entre les objectifs affichés de la régionalisation et les réorganisations qui sont adoptées et mises en place. Il donne lieu aussi à des interrogations sur les

stratégies de réorganisation les plus susceptibles de réconcilier des objectifs qui sont en apparence contradictoires.

La cinquième partic du rapport propose un portrait sommaire des réformes entreprises dans quatre pays reconnus, soit pour l'envergure des changements apportés au système de santé (Royaume-Uni, Suède et Nouvelle-Zélande) soit pour l'émergences d'initiatives importantes de réforme (France). Nous cherchons à identifier le statut de la régionalisation dans ces réformes et, le cas échéant, le mode d'organisation retenu pour donner corps à des instances régionales de régulation. Encore là, cette analyse ne dépasse pas une représentation statique des réformes adoptées.

La sixième partie analyse un échantillon d'études empiriques sur le phénomène de la régionalisation en vue de saisir les enjeux qui marquent sa mise en place. Les études retenues veulent répondre à deux questions qui peuvent être formulées comme suit: 1) Que font les instances régionales pour assumer un rôle dans la planification et le développement des services ainsi que dans l'allocation des ressources? et 2) Quels sont les dilemmes rencontrés par ces organismes lorsqu'ils tentent d'orienter l'évolution du système de santé? L'univers des études analysées ne prétend pas couvrir la totalité des travaux sur la régionalisation, elle cible les études empiriques qui apportent des réponses à ces deux questions. Plus spécifiquement, les études retenues portent sur l'intégration de la gestion des organisations et des services sur une base régionale, sur la planification régionale de l'offre de soins hospitaliers et en santé mentale, sur les attitudes et la satisfaction des gestionnaires et membres des conseils d'administration des structures régionales et sur les modèles d'action adoptés par les instances régionales pour assumer leurs responsabilités. Nous proposons en conclusion une lecture transversale des enjeux touchant la régionalisation qui sont apparus tout au long de ce travail théorique et empirique.

			1
			اوت
			4
		•	
			-
and the common of the comm The common of the common of			,
			1
			,
			3
	4		- 2 - a
			100
			G.W. A.
			i See
			- 1
	\$	- 1	- 2
			-9
			《《···································
			1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1
			こうかい アンドラ かいかい かんしょう はっしん かんじょう たいなべ 着きなっし
			《《···································
			こうかい こうしょう かいかい かんしょう しゅうしん かんしょ かいきのき 海通の アン・ファン
			1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 100

Chapitre I - Un discours réformiste dominant sur la transformation des systèmes socio-sanitaires.

En 1991 et encore en 1994, Angus a fait une revue détaillée des propositions de réforme dans les dix provinces canadiennes. Il concluait:

«A review of these Commissions and Task Forces revealed significant commonality in the issues identified and in the general strategies being recommended (...) The basis for these reforms is a concern to rebalance and redirect the system in three ways: towards greater emphasis on disease prevention and health promotion, towards community based care alternatives, and towards greater accountability.» (Angus, 1991: 93; 1994: 110).

Les idées identifiées dans cette citation sont omniprésentes dans le discours sur les systèmes de santé, non seulement au Canada, mais ailleurs dans le monde. Partout on remet en cause la capacité du système de soins traditionnel à produire des interventions génératrices de santé pour une population (Hayes & Dunn, 1998). Par exemple, aux États Unis, Shortell et al. (1996: 22) parlent de l'émergence d'une nouvelle «logique dominante» (Prahalad & Bettis 1986) fondée sur «disease prevention, health promotion and primary care» Dans ce contexte de changement, la «régionalisation» peut jouer plusieurs rôles.

Par exemple, la régionalisation pourrait être vue comme un moyen de consolider l'action intersectorielle en vue d'atteindre des objectifs de santé. Régionaliser consisterait ainsi à se doter d'un instrument de réalisation d'une politique nationale de santé et bien-être. Le cas du Québec est un exemple d'une telle ambition où la régionalisation devait initialement s'accompagner de l'implantation d'une gestion et d'une allocation des ressources par programmes visant l'atteinte d'objectifs de santé (Pineault et al., 1993; Denis, 1998).

Un discours managérial s'est fait de plus en plus entendre dans le secteur public et dans le secteur de la santé (Ferlie et al., 1996). Essentiellement, ce discours part du constat que la gestion publique est peu efficiente et efficace. Ce discours fait appel à un ensemble très diversifié de stratégies de réforme de la gestion publique. Quatre modèles de réforme sont proposés: un modèle axé sur les gains d'efficience, un modèle de décroissance et de décentralisation, un modèle de

recherche de l'excellence et un modèle de maintien du service public (Ferlie et al., 1996). Ces différentes approches ont marqué plus ou moins fortement les débats sur l'avenir des systèmes de santé. Au Canada, les modèles de l'efficience et du maintien du service public ont alimenté les projets réformistes. Le modèle de la décroissance et de la décentralisation faisant référence ici à la création de quasi-marché dans le domaine public. Selon le cas, ces modèles de réforme managériale vont influencer la régionalisation dans le sens d'une augmentation des contrôles de gestion, d'une plus grande autonomie des producteurs exposés à des logiques de marché ou d'une participation accrue de la population aux décisions.

Le discours sur les déterminants de la santé et celui sur le renouveau du management public ont donné lieu à la proposition d'une nouvelle représentation du système de santé. En s'appuyant sur la notion d'archétype développée par Hinings et Greenwood (1988), il est possible de développer une représentation schématique des transformations idéologiques dans le système de santé et des changements structurels qui y sont associés (Denis, Langley & Contandriopoulos 1998). Le premier archétype (voir tableau 1) correspond à un système orienté selon les attentes et les besoins des producteurs de soins et services. Il privilégie le traitement des maladies par des soins institutionnels, la préservation d'une autonomie professionnelle forte et une régulation étatique centralisée assurant l'accès de tous aux soins et services. En opposition à ce premier archétype, le système orienté vers les attentes et les besoins de la population est caractérisé par un objectif de production de la santé, des actions et des stratégies de développement communautaire, une intégration élevée des ressources et une gestion et un contrôle local et démocratique sur le système. Les facteurs qui ont joué en faveur de la valorisation du second archétype sont le questionnement à l'égard des bénéfices des investissements faits pour les soins, la prise de conscience du rôle des professionnels dans la stimulation de la demande de soins et les difficultés éprouvées par plusieurs systèmes pour répondre aux demandes de soins et services (Rachlis et Kushner, 1989; 1994; Sutherland et Fulton, 1994; Evans et Stoddart, 1990).

La promotion d'un système centré sur les besoins de la population pousse à une plus grande intégration des professionnels et des organisations en vue de tirer un plus grand bénéfice des ressources allouées aux soins de santé et aux services sociaux. Dans ce contexte, la création d'instances régionales visant à mieux coordonner les ressources d'un territoire peut devenir une

option attrayante pour plusieurs systèmes de santé soumis à des contraintes importantes. À première vue, la régionalisation correspond à un changement d'ordre structurel qui ne s'accompagne pas nécessairement d'une modification de la structure d'incitations. En fait, plusieurs projets réformistes ont moins insisté sur une recomposition territoriale de la régulation et ont cherché davantage à produire le changement en modifiant les règles du jeu pour les producteurs et les organisations (Enthoven et Kronick, 1989; Saltman et Von Otter, 1987; Jérôme-Forget et al., 1995; Jérôme-Forget et Forget, 1998). Nous verrons tout au long de ce travail combien il est difficile d'isoler l'analyse des enjeux de la régionalisation de ceux qui frappent de façon plus générale la transformation des systèmes socio-sanitaires. Ces systèmes font face à des pressions multiples et difficilements réconciliables de changement. Ils doivent composer avec des logiques en apparence contradictoires comme la recherche d'une plus grande intégration et cohérence du système et un appel à une plus grande autonomie locale, une gestion plus efficiente des ressources et une diminution des formes bureaucratiques de contrôle ainsi que l'amélioration de la gestion publique avec un appel croissant à la gestion et au financement privé. Le concept de régionalisation s'est construit autour de ces différentes volontés réformistes et représente tout vraisemblablement une voie de solution, toujours provisoire, permettant la coexistence de différentes stratégies de réforme. C'est à partir de ce point de vue que nous allons développer une définition plus systématique de la régionalisation.

Tableau 1: Deux archétypes pour la régulation du système de santé

	Archétype 1: Système orienté vers	Archétype 2: Système orienté vers
	la production	la population
1. Cadre d'inter	prétation	
	ORIENTATION VERS LA PRODUCTION	ORIENTATION VERS LA POPULATION
Domaine	«Traitement des maladies»	«Maintien de la santé»
	• Soins institutionnels	Services communautaires
	 Monopole du système de soins sur la santé 	Responsabilités intersectorielles sur la santé
Principes	Organisations et professionnels autonomes	Système intégré
d'organisation	Domination des fournisseurs	Participation des citoyens
	Régulation centrale	Participation locale
Critères	Respect de la nécessité médicale	Respect des intérêts collectifs
d'évaluation	«Quantité» de vie	• «Qualité» de vie
	 Imputabilité pour les services fournis 	Imputabilité pour les résultats de santé
2. Design organ		
	<u>FAIBLEME</u> NT INTÉGRÉ	INTÉGRATION
Structure des	Financement étatique et gestion centralisée	Financement étatique et gestion locale
rôles et des	 Nomination bureaucratique des autorités 	Élection démocratique des autorités
responsabilités	Faible coordination latérale	Forte coordination latérale
	Conseils régionaux aviseurs	Régie régionales gestionnaires
	Gestion passive	Gestion proactive
Mécanismes de	Incrémentale	Synoptique
décision	 Négociation parallèles avec les fournisseurs 	Délibérations publiques participatives
Systèmes de	Budget global	Financement par programme
gestion	 Contrôle du budget global 	 Allocation des ressources selon des
	Rémunération à l'acte pour les médecins	indicateurs de santé
	• Contrats rigides pour les ressources humaines	• Rémunération par enveloppes globales
·		Contrats flexibles pour les ressources
·		humaines

Chapitre II - Qu'est-ce que la régionalisation?

La régionalisation et le problème du partage des rôles et de l'influence.

Dans un premier temps, nous confrontons la notion de régionalisation avec celle de décentralisation dans le but de mieux comprendre en quoi la territorialisation d'une politique sectorielle pourrait être associée à une plus grande distribution ou concentration de l'influence. Nous abordons dans un deuxième temps la régionalisation sous l'angle d'une division rationnelle des rôles dans un système de santé composé de plusieurs niveaux d'intervention. Ces deux approches nous amènerons à isoler par la suite ce qui paraît distinguer la régionalisation d'autres éléments de transformation du système de santé.

Dans un ouvrage récent sur la décentralisation, Lemieux (1997) propose de définir la régionalisation comme un «Transfert d'attributions d'une instance centrale à des instances périphériques régionales». Ceci fait de la régionalisation une forme particulière de décentralisation dans un cadre territorial spécifique. Le transfert d'attributions à ce nouveau cadre territorial peut prendre différentes formes reprenant les distinctions classiques entre déconcentration et dévolution. La déconcentration dans le cadre d'une régionalisation se limiterait à la mise en place de bureaux régionaux servant de relais à une politique du central dans le domaine socio-sanitaire. La dévolution – qui est synonyme de décentralisation politique — consiste au transfert à la région d'attributions multisectorielles ainsi que d'un pouvoir de taxation contribuant à accroître de façon significative l'autonomie de cette entité territoriale. Dans l'idéal, ce contrôle accru de l'instance régionale s'accompagnerait de l'existence d'un système électoral qui rend imputables les dirigeants de l'instance nouvellement constituée. La délégation — synonyme de décentralisation administrative ou quasi-administrative — n'implique pas forcément de pouvoir de taxation ni de système d'élection des dirigeants et concerne strictement des attributions unisectorielles. Selon

l'auteur, les expériences actuelles de régionalisation en santé s'apparentent à une délégation puisque les pouvoirs ainsi délégués sont confiés à des instances régionales spécialisées sans pouvoir de taxation (les RRSSS). Évidemment, ce mouvement du central vers le régional peut représenter pour des acteurs ou des organisations sous-régionaux une centralisation si certaines des attributions de l'instance régionale entrent en conflit avec leurs pratiques et leur définition de l'autonomie. La régionalisation comme la décentralisation ne correspondrait pas automatiquement à un gain d'autonomie pour les acteurs locaux, tout dépend des pratiques de contrôles développées au cours d'un tel processus et des changements qu'elles représentent en regard de la situation qui prévalait antérieurement (Saltman et Figueras 1997, Ferlie et al. 1996, Saltman et Von Otter 1995, Rainie 1993, Mintzberg 1996, Canadian Medical Association 1993).

Bien que la régionalisation soit fréquemment associée à une véritable décentralisation (Santé et Bien-être Canada, 1993; Unicef, 1981), plusieurs travaux sur cette question y voient un mélange complexe et variable de centralisation et de décentralisation (Carrothers et al., 1991; Lenjes, 1990, Alberta Health, 1993, Canadian Medical Association 1993, OHA, 1994). Par ailleurs, pour certains auteurs (Lemieux 1997, Santé et Bien-être Canada 1993), la décentralisation comprend aussi la nature des secteurs impliqués dans la production d'un bien ou d'un service. Selon cette approche, à un extrême du continuum se retrouve la centralisation publique et à un autre extrême la décentralisation complète apparentée à un désengagement du secteur public au profit du secteur privé. De notre point de vue, la régionalisation est un phénomène complexe qui peut donner lieu à des mouvements imprévisibles de centralisation et de décentralisation c'est-àdire à des combinaisons d'autorité administrative et politique variables à l'échelon intermédiaire d'un système. Par contre, ces concepts ne renvoient en aucune façon à la nature du financement de la production d'un bien ou d'un service. Si la régionalisation s'accompagne, dans un système, d'une progression de la privatisation du financement, il s'agit d'un processus distinct mais associé de façon conjoncturelle avec une recomposition territoriale de la régulation. Pour nous, la privatisation du financement ne fait pas partie de la décentralisation et n'est pas aussi constitutive du sens accordé à la régionalisation.

Plutôt que de statuer de façon définitive sur la nature de la régionalisation, il paraît plus juste, à la lumière des travaux consultés, de considérer la régionalisation comme une synthèse

réalisée dans un cadre territorial entre des pressions variables pour un nouveau partage de l'influence dans le système socio-sanitaire et pour une rationalisation de l'utilisation des ressources (Carrothers et al., 1991). À cet égard, plusieurs travaux sur la réforme de la gestion publique ont observé l'importance des contrôles qui semblent se développer dans des processus qualifiés de décentralisation (Hoggett, 1991; Ferlie et al., 1996; Townley, 1997, Prichard & Willmott, 1997). Pour plusieurs, ces réformes peuvent représenter une manière de discipliner la production publique et de retirer une autonomie aux acteurs dans un contexte de perte de légitimité du secteur public (Hoggett, 1991; Prichard & Willmott, 1997; Townley, 1997). Les travaux de Osborne & Plastrik (1997) visent à fournir des prescriptions aux gestionnaires qui souhaitent accroîtrent la flexibilité de la gestion publique. Ces publications sont développés dans le cadre de travaux de consultants et traduisent une idéologie favorable à la dislocation de la production publique. Ils comportent en fait une remise en cause de la possibilité d'atteindre l'efficience sous monopole public.

En parallèle des débats entourant la part de décentralisation dans la régionalisation, certains travaux voient dans un tel cadrage territorial des politiques un exercice de rationalité fondé sur le principe de subsidiarité (Pineault et al., 1993). Le principe de subsidiarité implique un dosage des tâches, des responsabilités et de l'autonomie en fonction des ressources, compétences et connaissances retrouvées aux différents niveaux d'un système:

«Decision-making powers of the various levels of the system must correspond to the task which they have to face. The planning and orientation of the system must be carried out at a level which is close enough to the location of the problem to be able to rapidly identify and deal with it, while controlling sufficient resources to allow it to maintain flexibility» (Santé et Bien-être Canada 1993: 4)

Cette interprétation de la régionalisation s'apparente au principe de serviabilité avancé par Lemieux (1997) dans son analyse de la décentralisation. Dans cette perspective, la régionalisation prendrait forme suite à un examen attentif de l'efficacité relative des différents paliers de gouvernement. Elle ne poserait pas de problèmes d'harmonisation des politiques du centre et de la périphérie. L'organisation régionale serait le résultat d'un exercice de design organisationnel en fonction des besoins concrets de coordination et de traitement de l'information (Galbraith, 1973).

En conclusion, tout projet de réforme comprend (ou doit comprendre) la formulation de nouveaux objectifs ou politiques et d'un nouveau «design institutionnel» de façon à les mettre en

œuvre (Saltman et Figueras, 1997). Les décisions en matière de recomposition du système institutionnel visent à allouer des responsabilités et à développer les compétences et les attitudes requises pour favoriser l'atteinte d'objectifs collectifs (March et Olsen, 1995; Offe, 1996). Ces divergences sont tributaires de la lecture qui est faite des transformations en cours dans les systèmes publics dont le système socio-sanitaire. La régionalisation, dans sa dimension structurelle, peut être vue comme un design institutionnel pour réconcilier les besoins d'une plus grande adaptation, d'une coordination accrue, d'une utilisation plus efficiente des ressources avec les pressions exercées par des acteurs multiples pour exercer plus d'influence dans la gouverne du système socio-sanitaire. L'ensemble des travaux consultés montre que la régionalisation, comme la décentralisation, est une voie convoitée par plusieurs systèmes socio-sanitaire qui aspirent à renouveler leur fonctionnement (entre autres Mathre et Deber, 1992). La régionalisation, comme la décentralisation, comprendra toujours au concret l'élaboration d'un nouveau compromis entre les rôles et responsabilités d'un gouvernement central, ceux des instances intermédiaires et les dynamiques locales. De tels changements ont des effets sur la régulation d'un système. La régionalisation est une réponse parmi d'autres au problème de la régulation du système sociosanitaire. Les pratiques de régulation représentant une synthèse provisoire entre la reconnaissance de spécificités locales et le besoin de contrôle et d'intégration au niveau d'un État (Offe, 1996).

Définition proposée du concept de régionalisation

À la lumière des travaux que nous venons d'exposer, convenons tout d'abord que la régionalisation est un phénomène autonome et unique au sens où il n'est réductible à aucun autre phénomène. Ainsi, le concept de régionalisation est distinct de ceux de décentralisation ou de centralisation et ne peut y être réduit pour des raisons logiques que nous allons expliciter (Canadian Medical Association 1993; Dorland et Davis 1996)

De manière générale, la régionalisation consiste à transférer un ou des pouvoirs, responsabilités ou services à un échelon régional. Par échelon régional il faut comprendre un niveau administratif dont les responsabilités sont définies en fonction d'un territoire géographique. Par contre, la régionalisation n'implique pas forcément que tous les pouvoirs, responsabilités ou

services donnés à l'intérieur des frontières géographiques du territoire le soient par un échelon régional. Il est possible de parler de régionalisation (partielle) si uniquement une partie des pouvoirs, responsabilités ou services sont transférés à un échelon régional.

Ainsi, la régionalisation au sens large consiste au transfert de pouvoirs, responsabilités ou services vers des unités administratives dont les responsabilités sont définies géographiquement. Si les pouvoirs ainsi transférés vers des unités régionales étaient auparavant concentrés aux mains d'une seule unité centrale – ou de quelques unités centrales –, alors cette régionalisation est aussi une décentralisation. Si, au contraire, les pouvoirs ainsi transférés vers des unités régionales étaient auparavant éparpillés aux mains d'une multitude d'unités plus petites, alors cette régionalisation est aussi une centralisation (Anderson et Lomas 1989). Finalement, si les pouvoirs, responsabilités ou services transférés vers des unités régionales étaient auparavant répartis entre des unités centrales et une multitude de petites unités, alors cette régionalisation est simultanément une décentralisation et une centralisation.

La régionalisation est aussi un phénomène plus spécifique que ceux de centralisation ou de décentralisation. En effet, on peut centraliser / décentraliser des pouvoirs, responsabilités ou services de plusieurs manières: en fonction du type de clientèle, en fonction du type de services, en fonction du type d'établissement, etc. Par exemple, la gestion du sang peut-être centralisée au niveau provincial ou décentralisée vers les hôpitaux. Dans les deux cas, il s'agit d'un transfert de responsabilités qui se fait en fonction d'un service donné. En revanche, la régionalisation est toujours en premier lieu définie en fonction de frontières géographiques qui limitent les responsabilités à un territoire géographique donné. Par contre, cela ne signifie pas que, dans un second temps, on ne puisse pas aussi régionaliser de manière spécifique en fonction du type de clientèle, en fonction du type de services ou en fonction du type d'établissement.

On peut donc dire que la régionalisation est un phénomène de nature semblable à ceux de centralisation ou de décentralisation mais qui s'en distingue par trois aspects principaux. Premièrement la régionalisation est intrinsèquement territoriale, deuxièmement, elle est, de ce fait, plus spécifique et, troisièmement, elle est souvent une application simultanée de ces deux phénomènes. Par contre, dans plusieurs disciplines et aussi dans divers contextes nationaux le terme décentralisation est utilisé de manière générale pour décrire des politiques en faveur d'un

rôle accru des régions dans la régulation des systèmes (Smith 1979; Rondinelli 1981; Carter et Cullen 1984; Sills et al. 1986; Daley 1987; Wilson et Pendall 1987; Rivière d'Arc 1991; Thomason et Karel 1994, Lemieux 1997)

Les objectifs de la régionalisation

On peut constater que la régionalisation est à la mode un peu partout dans le monde: au Canada, en Italie, en France, en Espagne (Santé et bien être social Canada 1993, Agnew 1990; Denis et Valette 1997), aux U.S.A. (Bennett 1990), au Brésil, au Mexique, à Cuba (Rivière d'Arc 1991), au Nicaragua (Wilson et Pendall 1987), en Équateur (Mangelsdorf 1988), et ailleurs (Lake et Regulska 1990). Plusieurs objectifs sont couramment mentionnés pour promouvoir un rôle accru de la région dans la régulation des systèmes socio-sanitaires. Entre autres, une meilleure possibilité de prise en compte des enjeux et des réalités locales, une plus grande participation des citoyens, une meilleure intégration des services, une plus grande imputabilité des responsables, une diminution des coûts, etc. En plus de ces justification rationnelles, le fait que le terme centralisation soit devenu quasi-péjoratif et synonyme d'inefficacité bureaucratique (Smith 1979) tandis qu'à l'inverse la notion de pouvoir local est vue positivement (Rondinelli 1981; Mangelsdorf 1988) joue probablement aussi un rôle dans la promotion de la régionalisation.

Prise en compte des réalités locales et imputabilité

Il semble assez évident de dire qu'une meilleure prise en compte des réalités locales est probablement le principal objectif des politiques de régionalisation. Il est couramment accepté de dire que le niveau central est trop éloigné des réalités locales et que cela rend la gestion centralisée inefficace ou, minimalement, de dire qu'une gestion régionalisée serait plus efficace (Veenstra et Lomas 1996). Cette constatation entraîne donc la recherche de voies alternatives. La régionalisation de la gestion publique, que nous nous proposons d'étudier, en est une. Une approche, plus radicale, affirme que toute gestion publique sera inefficace pour prendre en compte les besoins et les attentes et propose le marché comme mode de régulation (Bennett 1990; Roo et Maarse 1990, Osborne et Plastrik 1997).

Une autre question centrale à ce sujet concerne le niveau d'autonomie et de pouvoir que les organismes régionaux se voient confié ainsi que les modalités stratégiques d'application et d'utilisation de ces pouvoirs (Denis et al. 1995; Denis et al. 1998; Denis et Valette 1997, Denis 1997). Ici encore, bien qu'il soit indéniable que dans plusieurs cas la régionalisation se soit accompagnée d'un transfert de pouvoirs effectifs, dans d'autres contextes «central control as in fact grown stronger in a number of key decision-making areas» (Saltman et von Otter 1995a:16; Rainnie 1993; Mintzberg 1996). Ainsi, sous le couvert d'une décentralisation apparente on observe parfois le maintien d'un contrôle central fort mais une décentralisation des responsabilités et de l'imputabilité sans toutefois permettre la décentralisation du contrôle des source de financement (Bennett 1990). Dans ce cas, la régionalisation peut donc aussi devenir une méthode permettant à un gouvernement central de mettre un niveau de plus entre lui et la population et ainsi d'installer une sorte de fusible qui protège sa légitimité et sa réputation en cas de problèmes (Levine 1984; Hudson & Plum 1986; Lake et Regulska 1990).

Intégration des services et contrôles des coûts

L'intégration des services est un autre objectif souvent mentionné pour promouvoir la régionalisation de la gestion des services de santé. En effet, la régionalisation – en permettant simultanément la centralisation au niveau régional des interventions spécialisées et une décentralisation poussée des ressources de première ligne grâce à une prise en compte plus fine de la réalité régionale – est vue comme favorisant une intégration des services. (Alberta Health 1993; Canadian Medical Association 1993; Capital Health Authority 1994; Dorland et Davis 1996; Saskatchewan Health 1996; Lewis 1997). Cette intégration est perçue à son tour comme permettant des économies grâce à la suppression des ressources inutiles, sous-utilisées ou éparpillées. C'est ce que la figure 1 veut illustrer.

Avant
Après
Anciens services fournis en double et gaspillages

Figure 1: La logique économique derrière les politiques d'intégration du système

Image adaptée de: Edmonton Capital Health Authority's 1994

Par contre, la régionalisation permet aussi très souvent des économies de manière beaucoup plus directe en servant de paravent à des coupes dans les budgets publics (Sills et al. 1986; Bennett 1990; Arvidsson 1995) «There is already a worrying tendancy for solutions to be more predictable than the problems they are supposed to solve» (Metcalfe 1993 : 173). De plus. le courant néo-libéral, opposé aux politiques publiques, a souvent tendance à encourager la confusion (volontaire) entre les notions de décentralisation / régionalisation et celle de privatisation (Bennett 1990).

Participation des citoyens

La participation des citoyens est un autre aspect central des politiques de régionalisation. En effet, du fait de leur proximité et de leur taille plus réduite, les organismes de gestion régionaux sont considérés plus aptes que les organismes centraux pour permettre la participation démocratique des citoyens (Mills et al. 1991; Canadian Medical Association 1993; Dorland et Davis 1996; Macfarlane 1996; Veenstra et Lomas 1996; Lewis 1997). Par contre, la participation démocratique est vue comme une panacée malgré le fait qu'empiriquement la volonté de participation des citoyens puisse parfois sembler contradictoire (Abelson et al. 1995); que la volonté réelle des structures de gestion de faire participer démocratiquement les citoyens ne soit pas obligatoirement évidente (Denis et al. 1995 et 1998) et que d'un point de vue purement théorique les conditions minimales d'une participation démocratique efficace soient complexes (Habermas 1989; Hunyadi 1989).

De plus, le lien entre la régionalisation et la participation n'est pas obligatoirement évident. En effet, la régionalisation peut être vue comme la mise en place d'un niveau local de responsabilité permettant une compréhension / accessibilité / participation de la population ou bien, au contraire, comme un échelon bureaucratique supplémentaire qui ne fait que compliquer une structure déjà complexe et donc qui réduit la compréhension / accessibilité / participation de la population (Levine 1984).

Finalement, pour de nombreux auteurs, les possibilités de mettre en place une réelle participation démocratique ne dépend que très indirectement de l'institution en tant que telle (c'est-à-dire en tant qu'ensemble de règles, de procédures et de modes de fonctionnement) mais dépend beaucoup plus de la société (micro-culturelle) dans laquelle elle fonctionne (Putnam et al. 1983; Putnam, et al. 1988; Godbout 1989; Godbout 1992; Putnam 1993, Veenstra et Lomas 1996)

En définitive, nous entendons par régionalisation une recomposition de la gouverne d'une politique sectorielle comme la santé au profit d'une instance régionale. Cette recomposition s'accompagne dans les projets réformistes d'un ensemble de demandes fort exigeantes. Pour certains, la régionalisation va permettre enfin de gérer le système de soins et de services sociaux selon une véritable logique populationnelle fondée sur la justesse des interventions et une distribution éclairée des responsabilités parmi les différents niveaux d'action du système. Pour d'autres, la régionalisation est un gage de plus grande adaptation du système aux besoins locaux et implicitement un dynamisme plus évident d'une offre de soins et services désormais soumise à des lignes plus claires d'imputabilité. Pour certains, la régionalisation s'apparente à une réforme de la gestion publique des soins et services en vue de diminuer les déficits de coordination et de réduire les coûts de production. Enfin, pour plusieurs, la régionalisation est un processus de démocratisation devant un gouvernement central bureaucratisé. La régionalisation est donc chargée de grandes ambitions qui devront trouver des moyens de réalisation sur le terrain.

• 1	-										
	and the second second				4						
			t en talentale. Talentale	e to the second							
					1	Average 1					
											X
											1.60
			1								4
			,	e e							
											13
					. •	·	. •				*
		·									
				$f_{i_1 \dots i_n}$							
						1.					
											- 1 - 1
			e e e								
											- 1
V											
			the second second								
				1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
	7										
			45						191		
				4.5		4					
	And the second										
4 											
•											
	en e										
					100						٠.
		$\mathcal{C}_{\mathcal{A}} = \mathcal{A}_{\mathcal{A}} = \mathcal{A}_{\mathcal{A}}$									
			tari								
										•	
											- 15
					"						
									•		
					•						10.1
										•	
										z.	
	·							·			

Chapitre III - Trois stratégies pour prendre en compte le local.

Comme nous l'avons vu précédemment, les expériences de régionalisation représentent pour l'ensemble du système socio-sanitaire une modification des pratiques de régulation. De ce point de vue, la régionalisation correspond à la création d'une instance intermédiaire de régulation dans le système socio-sanitaire (Denis et Valette, 1997, 1998a). Dans certains systèmes sociosanitaires (ex.: Québec, Suède), la région s'est vue attribuer des responsabilités importantes en matière de planification des services et d'allocation des ressources. Cette consolidation d'instances régionales vise, comme nous l'avons souligné précédemment, à répondre à des objectifs multiples et parfois conflictuels. L'instance régionale est donc aux prises avec les attentes du central et du local. Les attendus et les formes de prise en compte du local peuvent toutefois varier et les discours sur la régionalisation sont emprunts d'ambiguïté. Nous identifions ici trois modèles ou trois scénarios-types de prise en compte du local². Ces modèles permettent aussi de poser différemment le problème de la double allégeance de l'instance intermédiaire au central et au local. Le scénario de la délégation se décharge sur le local pour exécuter des objectifs politiques conçus en dehors de lui. Le scénario interactif mise sur les échanges et les négociations entre acteurs locaux pour accroître la «faisabilité politique ». Le scénario démocratique favorise la délibération publique et valorise la participation des citoyens à la formulation de la politique publique. Ils renvoient à trois théories de l'action et mobilisent différemment les instances décentralisées.

Par soucis de simplification, nous parlerons de trois niveaux d'interventions, le central, l'intermédiaire (en l'occurrence régional) et le local. Ce dernier regroupe l'ensemble des acteurs impliqués directement dans la production et la consommation des soins et services, pour l'essentiel établissements et usagers.

² Cette section reprend largement un exposé des modèles de régulation régionale développé dans un rapport de recherche soumis à la MIRE (France) au printemps 1998 (Denis et Valette, 1998a).

Le scénario de la délégation.

Cadre théorique

Ce premier scénario est construit autour de la problématique du faire-faire. La préoccupation n'est pas ici de prendre en compte les préférences du local, ni d'intéresser un nombre suffisant d'acteurs locaux pour pouvoir mener réaliser une politique, mais bien de déléguer au local un certain nombre de tâches. En matière d'offre de soins, l'Etat délègue aux établissements la mission d'assurer les soins de la population tout en optimisant la consommation de ressources. On est ici dans une relation d'agence ou un mandant donne un ordre d'exécution à un mandataire. Selon cette approche, il y a une double relation mandant-mandataire instaurée dans le système socio-sanitaire. L'État délègue des responsabilités à une instance intermédiaire qui délègue par la suite des responsabilités à des instances locales. Les économistes se sont intéressés à ce type de relations et aux problèmes qu'elles soulèvent (Grossman & Hart 1983). J.Girin (1995) considère quant à lui la problématique du faire-faire, comme constitutive de la gestion.

« Faire-faire » soulève immanquablement le problème du contrôle car la délégation de tâche s'accompagne d'un souci d'efficacité. On souhaite que l'objectif délégué soit atteint alors même que la relation d'agence comporte en elle-même, des sources d'incertitude. Les économistes la caractérisent en effet ainsi :

- Les contrats passés entre mandants et mandataires sont incomplets. Ils ne peuvent spécifier tout ce qui est attendu des deux parties, prévoir toutes les éventualités. Il y a un coût d'explicitation. Le mandataire dispose donc d'une certaine autonomie dans l'interprétation et l'exécution de ce qui lui est demandé.
- Il existe une asymétrie d'information entre les deux parties car le mandataire est le seul à mesurer son activité réelle et à connaître en particulier son «niveau d'effort » pour atteindre l'objectif qui lui est assigné.

Les intérêts du mandataire et du mandant peuvent être différents, voir divergeants. On peut craindre alors de voir apparaître des comportements opportunistes qui tirent parti de l'incomplétude des contrats et de l'asymétrie d'information.

Se trouve ici posé le problème du contrôle de l'exécution du mandat. Comment s'assurer que ce qui est fait est conforme à ce qui avait été demandé? Si le contrôle est possible, il génère des coûts. Le souci d'efficacité se double donc d'un souci d'efficience. L'objectif doit être rempli avec un coût de contrôle satisfaisant.

Pour creuser la problématique du contrôle, J. Girin (1995) détaille les caractéristiques potentielles du mandat en opposant le «dire » du mandant et le «faire » du mandataire ». Il suggère qu'un mandat peut être clair ou confus, selon que son résultat est plus ou moins directement observable. Le contrôle de l'exécution d'un mandat clair est plus facile que le contrôle d'un mandat confus. « Réduisez les dépenses de 10% » est dans ce sens plus clair que «vous devez vous efforcer de limiter les augmentations des dépenses ». Il est plus facile de contrôler qu'un établissement a réduit ses dépenses budgétaires d'un certain pourcentage que de regarder s'il a effectivement cherché à limiter leur augmentation. Le contrôle d'un mandat clair peut directement porter sur les résultats ex post, celui d'un mandat confus porte souvent sur les moyens mis en œuvre. Le mandataire a t-il pris les moyens pour essayer de remplir son mandat ?

Si le « dire » du mandant peut être clair ou confus, le «faire » du mandataire peut être simple ou complexe, c'est-à-dire que le processus d'exécution du mandat peut-être facilement décrit ou pas. Ces deux mandats confus, «efforcez-vous de limitez les augmentations des dépenses » et «remplissez vos missions de services publiques » entraînent dans le premier cas une exécution relativement simple (on peut facilement décrire a posteriori ce qu'on a fait, on est dans le cas d'un mandat simple), dans le second cas une exécution sur laquelle il est plus difficile de rendre des comptes (on est en présence d'un mandat complexe). Pour le premier, il est plus facile d'évaluer les moyens mis en œuvre ou «l'effort d'exécution fourni » que pour le second. Pour J. Girin, l'archétype du mandat complexe est celui donné à un expert (exemple, guérissez-moi, mandat clair et complexe).

Dans certaines conditions, le problème du contrôle ne se pose pas. C'est en particulier le cas lorsque la confiance est totale comme en situation de solidarité mécanique (au sens de Durkheim 1930), les orientations, objectifs sont congruents (Ouchi 1980) a parlé d'organisations claniques). C'est aussi le cas lorsque l'interdépendance est totale (solidarité organique), la coopération est forcée malgré les divergences d'objectifs éventuels (qu'exprime l'expression «être

dans le même bateau »). Ailleurs se pose le problème du contrôle. Le contrôle d'un mandat clair est plus facile que celui d'un mandat confus. Dans l'un, on peut juger les résultats, dans l'autre, il faut évaluer les moyens mis en œuvre. En situation de mandat confus et complexe, le problème du contrôle se pose de manière particulièrement aiguë, puisque dans ces conditions il est difficile d'expliquer ce qui a été fait donc de rendre des comptes sur les moyens mis en œuvre.

En matière de gestion de la santé et de gestion publique en général, on est très souvent dans la catégorie du mandat confus et complexe. On pourrait toutefois faire l'hypothèse que la nature du mandat émis (simple ou confus) caractérise un «style de gestion» et qu'elle peut être considérée comme un levier d'action. La nature de l'exécution du mandat (simple ou complexe) est en revanche beaucoup plus liée aux compétences mobilisées, et par-là même moins directement contrôlable, même si elle n'est pas totalement indépendante de la formulation du mandat. « Faire baisser la durée moyenne de séjour dans un service de gériatrie de deux jours » (mandat clair) requiert certainement une action plus simple que «améliorer le score des patients au test de dépendance de deux points », mandat tout aussi clair. Les compétences collectives à mobiliser pour répondre à ces deux mandats ne sont pas de même nature.

En restant dans cette approche théorique de la délégation, on peut faire les hypothèses suivantes :

- Un gestionnaire ou mandant privilégie s'il le peut, l'émission de mandats clairs (mandats plus complets, contrôle plus facile). On rejoint ici les propositions de C. Riveline (1983) sur l'activité du gestionnaire qui fait le choix de paramètres de jugement simples, si possibles numériques, qui d'instruments de contrôle deviennent des objectifs de gestion.
- Un mandat doit non seulement être clair mais aussi pertinent pour pouvoir être exécuté. Nous entendons ici par pertinent qu'il entre dans le «champ de compétence » du mandataire, c'est-à-dire dans son « domaine des possibles ». Demander à un médecin de réparer une voiture est un mandat qui n'a que peu de chance d'être satisfait. La légitimité du mandant repose en partie sur la pertinence du mandat qu'il émet. Plus l'activité du mandataire est complexe, plus les coûts d'information sur ses compétences sont grands.

- Plus le mandant est éloigné du mandataire, plus il est difficile d'émettre des mandats clairs et pertinents et ceci d'autant plus que le mandat requiert une action complexe. L'éloignement augmente les coûts d'information sur les compétences du mandataire.
- En situation d'éloignement, on peut préférer émettre des mandats confus pour ne pas émettre de mandats non pertinents ou pour limiter les coûts d'information sur la compétence. Le mandant s'expose alors à un risque accru de non-exécution du contrat, c'est-à-dire à des coûts de contrôle plus importants. Le gestionnaire doit donc à arbitrer entre coûts d'informations et coûts de contrôle.

Pour sortir de cet arbitrage, une alternative est de modifier la structure de la relation et en particulier de réduire la distance entre le mandant et le mandataire. Les coûts d'informations sont plus faibles, les compétences mieux connues, les mandats émis peuvent être plus clairs et les coûts de contrôle sont alors moins importants. La décentralisation peut être regardée à la lumière de cette analyse. Elle rend moins coûteuse l'émission de mandats clairs et pertinents. Ainsi, lorsqu'un ministère ne peut que se contenter de dire «il faut que les établissements de soins coopèrent », un mandant régional peut dire ««il faut que vous, hôpital X, vous mettiez en commun votre service d'urgence avec la clinique privée de votre ville » On peut même dire que c'est en décentralisant, qu'on va découvrir les mandats clairs et pertinents pouvant être émis.

La prise en compte du local par le mandataire régional se fait ici au service de l'émission de mandats clairs, facilitant le contrôle. Le local est entendu en tant qu'établissement mais on pourrait tout aussi bien parler de l'usager. Parce que le mandataire a une connaissance plus grande de l'état de santé local de la population, il peut fixer des mandats clairs sur l'amélioration de ces états de santé. Dans cette perpective, la décentralisation, si elle ne s'accompagne pas d'une plus grande clarté des mandats est un échec.

Par ailleurs, même en cas de mandat complexe, la proximité permet une meilleure observation du processus de mise en œuvre des moyens et facilite donc le contrôle. Par contre, la création d'une instance intermédiaire de régulation peut aussi être vue comme un coût de mandat supplémentaire. Plus spécifiquement, elle pose le problème de l'exécution des objectifs du central par l'instance régionale et de l'exécution des objectifs régionaux par le local. Dans un modèle fondé sur la délégation, on peut faire l'hypothèse que la régionalisation est un atout en matière de

régulation du système socio-sanitaire dans la mesure où l'instance régionale adhère aux objectifs du central et qu'elle devient de fait un instrument mieux adapté pour implanter une politique nationale. Moins l'instance régionale adhère aux priorités et aux objectifs du central, plus nous conviendrons que la régionalisation a un coût. Elle oblige ainsi le central à exercer un double contrôle soit à superviser les initiatives du régional et du local tandis qu'auparavant elle devait se limiter au local.

Rôle de l'instance intermédiaire

Dans une problématique de délégation contrôlée, le rôle de l'intermédiaire est donc de fixer des objectifs, les plus clairs et les plus pertinents possibles. Ce peut être aussi en cas de mandat confus, d'organiser le contrôle des moyens mis en œuvre.

Nous avons précédemment souligné que la question du contrôle se posait de manière différente en situation de solidarité mécanique et organique. Dans le premier cas, il s'agit de rendre congruents les objectifs des agents. Les actions qui viennent renforcer l'identité régionale, qui cherchent à créer une vision commune des problèmes et des solutions pour la région, vont dans ce sens. Dans le second cas, il s'agit de créer des relations de dépendance fortes, de manière à ce que les agents aient un intérêt personnel à participer à l'atteinte des objectifs collectifs. L'élaboration d'un objectif collectif au niveau régional, permet de rendre plus visible l'interdépendance et de limiter les comportements de passagers clandestins («free-riders»). La fixation d'une enveloppe budgétaire globale pour une région en est un exemple. Le mécanisme, présenté grossièrement, est le suivant : la région reçoit un budget global selon une formule de per capita pondéré. L'objectif collectif est de faire des gains de productivité et de mieux s'adapter aux besoins. Une enveloppe nationale (amenée à devenir régionale) des dépenses est fixée. En cas de dépassement de l'enveloppe une année, les budgets de l'année suivante peuvent être réduits. En cas de respect, les budgets sont maintenus ou ajustés pour des développements jugés équitables et appropriés.

Le modèle de la délégation est tenable dans la mesure où le gouvernement central élabore des contrôles qui ne s'inscrivent pas en contradiction avec les projets de l'instance intermédiaire. Si le gouvernement central modifie les objectifs et les responsabilités délégués à l'instance

intermédiaire, il perturbe le programme d'action de cette dernière et peut rendre le système incohérent.

Conclusion

Le modèle de la délégation présente la régionalisation en tant que processus de passage d'un mandat du niveau central au niveau intermédiaire et de ce dernier au niveau local. Il y a du central au local une ligne claire de commandement qui devrait assurer la satisfaction des objectifs du palier supérieur. La régionalisation est un instrument rationnel voué à l'exercice d'un contrôle plus serré et plus précis sur le local. Par ailleurs, l'enjeu pour un modèle fondé sur la délégation ne se limite pas au maintien d'une relation hiérarchique claire parmi les différents niveaux de régulation du système. Il repose aussi sur la capacité du central à formuler des mandats pertinents, légitimes et contributifs auprès du régional et dans la capacité de ces derniers à le décliner clairement et de façon appropriée auprès du local (Denis et Valette, 1998b). De plus, ce modèle fait l'hypothèse que la création d'une instance intermédiaire produira des gains d'information utiles pour la formulation des mandats et leur supervision.

vote / taxes

Figure 2: Modèle de la délégation

Le scénario interactif

Cadre théorique

Le processus interactif s'appuie sur une approche politique du comportement des acteurs proposée par les sociologues et théoriciens des organisations, que prolonge le courant de la «policy network » issu des sciences politiques. La question de la décentralisation se pose ici en termes de pouvoir et d'implantation des politiques retenues.

Les tenants de l'approche politique en sociologie reprennent la proposition de Goffmann (1973), selon laquelle les acteurs «gardent toujours un minimum de liberté qu'ils ne peuvent s'empêcher d'utiliser pour battre le système ». Les acteurs sont dotés d'objectifs spécifiques, qu'ils cherchent à réaliser en mettant en œuvre des stratégies pour lesquelles les règles organisationnelles apparaissent comme des contraintes, mais aussi comme des ressources susceptibles d'être mobilisées pour accroître ou maintenir une marge de manœuvre. L'action organisée génère des affrontements, des conflits de pouvoir mais aussi des négociations, structurées par des règles formelles et informelles, où chacun cherche à agir sur l'autre pour augmenter ou maintenir sa marge de manœuvre. (Crozier et Friedberg, 1977)

Les théoriciens des organisations transposent cette analyse aux organisations. Celles-ci, pour atteindre leurs objectifs, entrent en relation avec d'autres organisations, échangent des ressources, qui peuvent être matérielles, monétaires ou symboliques (autorité, légitimité) et entretiennent alors des relations de dépendance (Benson, 1975). Selon les ressources contrôlées par chacun, les relations de dépendance sont réciproques ou déséquilibrées. De ces interactions, au cours desquelles se négocient les ressources, émergent des réseaux, qui peuvent être considérés comme une forme organisationnelle, bien que les acteurs qui les composent puissent être porteurs d'objectifs et de projets différents.

Le courant du « policy network », issu des sciences politiques, s'intéresse à la mise en œuvre des politiques publiques. Il reprend à son compte l'importance des réseaux dans l'action collective. Le processus de mise en œuvre politique s'inscrit dans un réseau d'acteurs multiples, mutuellement dépendants, aux intérêts et pouvoirs différents, dont les interactions forment une

structure caractéristique du réseau. Cette structure peut être considérée comme à la fois le produit et la charpente des interactions entre acteurs (Marsh et Rhodes, 1992). Il n'y a pas émergence d'intérêts communs dans cette collectivité mais plutôt de valeurs et d'intérêts qui sont imposés par les uns, aux autres, par des processus de négociations. Si l'on admet que ces négociations portent sur des ressources, les actions sur la nature et le volume des ressources échangées peuvent être considérées comme des leviers à la formation de coalitions.

La politique mise en œuvre est alors le résultat d'un processus d'interaction entre de nombreux acteurs, dont certains seulement sont des agences gouvernementales (Klijn, 1996; Kickert 1993, Kickert et al. 1997), les autres étant des groupes d'intérêts multiples (Marsh et Rhodes, 1992).

La négociation suppose qu'il y a dans la collectivité, une définition reconnue de cc qui peut être échangé légitimement dans les processus de négociation, qui forme les règles de l'échange. Ainsi, il est admis que l'on n'échange pas d'argent contre des autorisations administratives. On peut toutefois concevoir qu'un des enjeux pour les acteurs soit la redéfinition de ces règles d'échange.

La littérature en « policy network » souligne la complexité de la conduite politique dans ce contexte, et va même jusqu'à parler de l'imprévisibilité de la politique lorsque de nombreux acteurs essaient d'influencer les processus en fonction de leurs propres objectifs. On ne peut alors pas parler de « gouverne » des réseaux.

Il y a, nous semble t-il, des limites à considérer l'instance de gouverne comme un acteur comme les autres. Si elle est porteuse d'un intérêt parmi d'autres, on peut toutefois admettre qu'elle dispose d'une certaine capacité d'action, dans et sur le réseau, qui lui sont propres. D'une part, elle contrôle parfois des ressources qui peuvent être considérées comme particulièrement critiques, par exemple le budget (Pfeffer and Salancik 1978; Valette 1994). Dans un tel cas, un contrôle complet sur l'allocation budgétaire peut faire basculer le modèle interactif dans une logique de délégation. Retenons cependant que le modèle interactif est particulièrement sensible aux contrepoids que peuvent représenter les acteurs locaux obligeant ainsi une instance régionale à négocier ses objectifs et les stratégies d'implantation. D'autre part, elle ne se consacre qu'à ça. Son temps, sa vigilance, ses ressources, peuvent entièrement être consacrées à la mobilisation des

réseaux, alors que d'autres sont occupés à produire des soins, à gérer une municipalité...Sa capacité d'action dans et sur le réseau est donc plus importante.

Ses actions peuvent porter sur le comportement des acteurs dans le réseau. Elle peut en particulier favoriser la formation de coalitions autour de projets susceptibles de permettre des gains pour certains acteurs. Ces projets peuvent être émis par une institution d'État mais aussi par des acteurs eux-mêmes. Il s'agit ici de créer les conditions favorables à la négociation avec ou entre acteurs.

L'instance de gouverne peut aussi agir sur les interactions, ou plus largement sur la structure, du réseau lui-même, ce qui pourrait être considéré comme caractéristique de l'action des pouvoirs publics. Nous y reviendrons plus tard.

Le nombre d'acteurs potentiels constitutifs du réseau n'est pas un problème en soit. Toutefois, l'activation d'un réseau par une instance de gouverne, pour que se déroule un processus de négociation, peut être d'autant plus difficile, que le nombre d'acteurs du réseau est important (Kickert 1993, Kickert et al. 1997). Des acteurs peuvent ainsi être écartés du processus de négociation et faire échec à la mise en œuvre de la politique, en bloquant ou en contournant les décisions prises. Par ailleurs, n'importe quel acteur du réseau peut se trouver en position d'activation du réseau. Plus la taille du réseau est grande, plus la fréquence d'activation peut être importante allant même jusqu'à créer de la turbulence (difficulté d'identification des acteurs, temps nécessaire à la négociation non respecté entraînant une impossibilité de négocier ...).

Les déplacements des territoires de mise en œuvre de la politique publique, peuvent être un moyen de contrôler la taille du réseau. La régionalisation, lorsqu'elle s'accompagne d'une décentralisation, s'apparente alors à une fermeture de réseau. Elle permet de passer d'un réseau national d'acteurs à un réseau régional.

Rôle de l'instance intermédiaire

En écho aux différentes modalités d'actions dans et sur le réseau présenté précédemment, le rôle de l'instance intermédiaire dans une logique interactive peut s'exercer à plusieurs niveaux.

Le tout premier consiste à favoriser l'émergence de coalition, c'est-à-dire à favoriser les interactions et la négociation. Ceci peut se faire autour de problèmes (l'instance fait émerger un

problème et laisse ensuite les acteurs agir («il y a un faible taux d'occupation dans telle discipline de tel secteur sanitaire, faites quelque chose»), ou autour de solutions («il faut fermer 10 lits dans ce secteur sanitaire, que proposez-vous ?»). L'intervention peut consister ici à coopter les acteurs concernés et à favoriser les interactions, par exemple en organisatant les réunions autour du dossicr considéré et la diffusion des points de vue. Elle peut aller jusqu'à stimuler la recherche de compromis, par exemple en fixant des dates buttoirs et des sanctions en cas de non formulation d'un accord. Les groupes projets organisés par les agences où se retrouvent les établissements et les institutionnels concernés par un dossier de restructuration peuvent en être un exemple. Par ailleurs, poser un problème ou une solution d'une certaine façon, c'est susciter l'intervention de certains acteurs et pas d'autres, et par-là même construire un certain réseau. Faire vivre le réseau, c'est accepter que les acteurs intégrés, transforment les problèmes et les solutions jusqu'à obtenir une situation de compromis stabilisé. L'enjeu pour un régulateur intermédiaire, peut être de passer d'une situation de problème potentiellement conflictuelle, à une situation «gérée». Être l'intermédiaire régulateur consiste alors à aider à la reformulation du problème et à la construction de moyens qui rendent progressivement irréversibles les avancées dans les compromis (Raulet-Croset, 1995).

La seconde modalité d'action porte sur la structure du réseau. Il s'agit ici d'agir sur les acteurs du réseau en agissant sur leur pouvoir ou sur leur présence/absence dans le réseau. Lorsqu'une instance régionale convoque certains partenaires et non d'autres à des commissions administratives, elle choisit délibérément de modifier le cadre d'interaction à l'intérieur duquel les enjeux vont être abordés.

L'instance intermédiaire peut, enfin, dans ce modèle, agir sur les interactions entre les acteurs du réseau en modifiant en particulier les règles d'échange. Lorsque qu'une instance régionale décide que toute allocation budgétaire sera déterminée au regard de la conformité d'un plan de reconfiguration d'un réseau, elle prend acte des divergences potentielles d'intérêt et tente d'influer sur le comportement des établissements en exigeant d'eux une nouvelle ressource dans l'échange.

On s'éloigne toutefois ici de la conception du rôle de l'instance intermédiaire comme « stimulant les négociations ». Il ne s'agit plus ici de faire se rencontrer les préférences, de manière

à ce que chacun sorte gagnant par rapport à ce qu'il aurait pu perdre si la décision avait été attribuée de manière autoritaire, mais bien d'agir sur le comportement des acteurs. La problématique de la mise en œuvre politique se substitue à celle du contrôle a priori des actions. On est en cela très proche du premier modèle.

Le modèle interactif fonde son action sur des négociations à l'échelle régionale. L'enjeu pour l'instance intermédiaire est d'être en mesure de monopoliser cet espace de négociation de manière à ce que les acteurs locaux ne gagnent pas d'avantages en-dehors de la scène régionale. Le gouvernement central a un rôle crucial ici dans la mesure où il doit être moins perméable qu'auparavant aux demandes des acteurs locaux.

Conclusion:

Le modèle interactif ne se représente plus les relations entre les trois paliers de gouverne d'un système socio-sanitaire comme le cheminement d'un mandat du sommet vers le local. La formulation des mandats et l'élaboration de leurs stratégies de mise en place sont le résultat d'un jeu complexe de négociation sur la scène régionale. Le central détermine les balises à l'intérieur desquelles se déroulera le jeu de la négociation et de l'échange. Cette approche reconnaît l'importance de considérer la faisabilité politique des objectifs et des moyens utilisés pour les implanter. Elle favorise à la fois la prise en compte d'acteurs influents et l'importance d'agir à des fins stratégiques sur la distribution de l'influence. Le modèle interactif dépasse ainsi largement une représentation étroite du contrôle de gestion. Le «succès» d'une telle approche dépendra largement de la volonté du central à résister aux pressions et aux demandes du local de manière à ne pas porter atteinte à la légitimité de l'instance intermédiaire et des compétences politiques des acteurs régionaux.

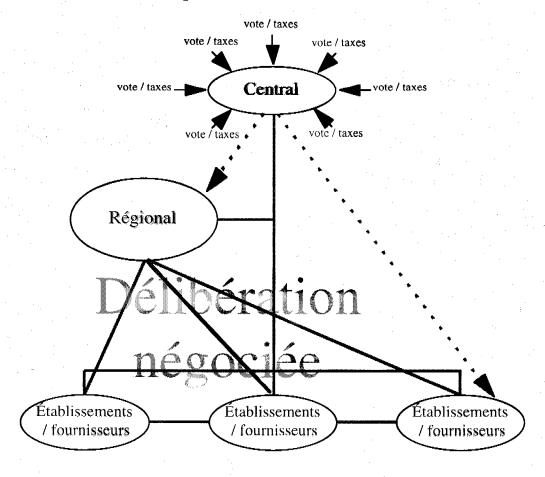


Figure 3: Modèle interactif

Le scénario démocratique

Cadre théorique

Ce modèle est fortement porté par les discours sur la participation démocratique qui plaide pour un renouveau du rôle de l'Etat. Dans ces discours, les états modernes sont associés à des machines, centralisatrices, bureaucratiques, insensibles aux préoccupations des citoyens et surtout incapables de comprendre la nature des problèmes qui affectent les communautés. Ce qui importe, c'est de maintenir la vitalité d'une régulation démocratique des affaires collectives. Pour ce faire, il faut créer des espaces locaux de prise de parole.

L'approche démocratique conçoit la régulation de l'action collective sur la base de quatre principes : une valorisation de la liberté personnelle et de la responsabilité individuelle, une valorisation de la souveraineté populaire où tous les individus sont considérés égaux face à l'ordre

politique, l'affirmation d'une vision volontariste du rôle des individus et des collectivités dans la gouverne des affaires collectives et la mise en œuvre de procédures stables et fiables afin de protéger les citoyens de l'exercice d'un pouvoir arbitraire (March and Olson, 1995). Ces principes traduisent l'importance accordée, dans un ordre démocratique, à la liberté d'expression et de contestation des citoyens (Hirshman, 1995). Cette prise de parole étant rendue possible par des conditions institutionnelles propices à une telle pratique (Touraine, 1994). La vie démocratique serait menacée moins par les incertitudes liées aux projets stratégiques des acteurs et plus par les incertitudes associées au pluralisme identitaire des sociétés contemporaines. Par identités, nous entendons ici la manière dont un acteur se représente dans son environnement social et en particulier dans ses rapports avec les autres. Un ordre démocratique devrait être en mesure de s'ouvrir à des positions qui ne sont pas nécessairement le reflet de la majorité mais qui sont propices au maintien de la coopération entre sujets en société (Touraine, 1994; Bohman, 1996).

La gouverne démocratique aspire donc à réconcilier d'un côté la diversité et le pluralisme inhérent à des sociétés complexes avec l'usage de la raison (Touraine, 1994). Pour ce faire, la prise de parole doit prendre place dans un contexte de délibération publique minimisant les obstacles à une expression libre des différents points de vue (voir Bohman, 1996 sur les conditions de cette délibération). Une règle légitime du point de vue démocratique est issue d'un processus de délibération publique fondé sur le dialogue (Habermas, 1993). La règle acceptable est celle qui favorise une poursuite de la coopération entre acteurs tout en facilitant l'inclusion d'une plus grande diversité d'acteurs (Bohman, 1996). En fait, la légitimité d'une règle ne peut s'apprécier qu'en regard de sa contribution au maintien d'un cadre démocratique (Touraine, 1994).

L'approche institutionnelle de la gouverne démocratique développée par March et Olsen (1995) vise à mieux comprendre comment une société peut réguler les échanges entre acteurs en faveur du maintien de la coopération. Elle propose trois conditions pour qu'un ordre institutionnel contribue à la régulation démocratique. Elle porte tout d'abord une attention particulière au développement des identités sachant qu'elles ont des conséquences incontournables sur les pratiques ultérieures de délibération et sur les choix sociaux qui deviendront opérants dans une collectivité. Elle doit rendre plus accessible les compétences et les connaissances auprès d'un public de plus en plus diversifié (voir aussi Bohman, 1996). Cette dimension de la gouverne

démocratique s'approche des fondements de la théorie de l'action de White (1993) où le développement social s'apparente à un processus d'explicitation et de partage de différentes formes de savoirs³. Enfin, le développement des capacités des acteurs ne peut se limiter au partage des connaissances, il doit aussi permettre l'implantation de règles plus équilibrées de distribution de l'influence et d'accès aux ressources organisationnelles (March et Olsen, 1995). Selon la perspective institutionnelle, un système politique fondé sur ces trois éléments devrait présenter une capacité plus grande d'adaptation (March et Olsen, 1995; Bohman, 1996).

L'ensemble de ces dimensions de la gouverne démocratique vise à rendre probable la volonté des acteurs à s'engager dans la délibération afin d'influencer les affaires collectives (Touraine, 1994). L'approche institutionnelle de la gouverne démocratique reste toutefois peu explicite sur la nature des règles de délibération permettant d'alimenter de façon continue la coopération et la recherche de solutions aux problèmes collectifs. Différentes approches à la conduite des délibérations publiques ont été proposées (Bohman, 1996). Plusieurs de ces approches exigent comme condition à une délibération rationnelle, l'adhésion à des règles définies a priori. Ces règles peuvent être de nature constitutionnelle ou procédurale. Selon une autre approche, ce qui importe pour construire un processus délibératif c'est l'adhésion des participants au principe de l'imputabilité mutuelle impliquant l'acceptation de débattre et de justifier en public les positions qu'ils défendent. Ce modèle du dialogue insiste aussi sur la nécessité d'augmenter la diversité des acteurs et des situations considérées dans les délibérations (Bryson & Crosby 1992, Hirschman 1995). Les institutions jouent ici un rôle important dans le développement du dialogue puisqu'elles structurent une certaine division du travail délibératif en accordant des mandats à des organisations et aussi en prévenant l'accumulation excessive des avantages (Bohman, 1996).

Dans une telle perspective, on conçoit qu'il soit difficile d'assurer un investissement suffisant des citoyens dans un espace large de prise de parole et que la gouverne sera d'autant plus à même de valoriser les principes démocratiques, qu'elle sera portée par une institution proche des individus. Cette approche plaide donc pour la régionalisation des politiques et pour la

³ Voir à cet égard Bohman (1996) sur les différentes formes de savoirs: savoirs pragmatiques, conceptions de la justice et "cultural self-understandings" et Hirschman, 1995 sur le lien étroit entre la prise de parole et le recours à la faculté d'inventer.

constitution d'entités décentralisées susceptibles de créer les conditions favorables à la délibération. Ceci ne se fait pas ici au nom d'une efficacité accrue ou d'un contrôle renforcé de l'action locale mais bien au nom d'un principe démocratique fondamental. L'attention se porte sur l'expression des préférences.

La régionalisation de la politique et la création d'instances régionales de régulation peuvent être des modalités de territorialisation et décentralisation au service du développement d'un processus de démocratisation sans toutefois l'exiger.

Rôle de l'instance intermédiaire

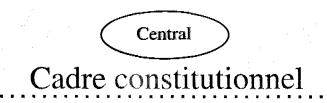
Pour une instance décentralisée, l'adhésion aux principes d'une gouverne démocratique sucite donc un certain nombre d'actions qui peuvent être classées selon un degré d'interventionisme croissant. Elle doit porter une attention particulière aux arrangements institutionnels en vue de favoriser la prise de parole des citoyens et étendre les débats au-delà des cercles organisationnels formels. Elle doit travailler au développement d'une culture de délibération centrée sur le principe de l'imputabilité mutuelle et valorisant une plus grande hétérogénéité des participants et des situations. Elle doit se doter, enfin, de mécanismes, pour assurer le respect des orientations issues du débat démocratique, tout en reconnaissant constamment le droit des citoyens à la contestation puisque qu'elle peut révéler des failles dans l'ordre institutionnel et les processus de délibération. Par ailleurs, ce jeu démocratique régional suppose que le gouvernement central maintient un suivi de l'évolution du réseau autour de grands objectifs nationaux tout en laissant une grande liberté de moyens. Ces objectifs doivent être aussi peu contraignants, en ce sens qu'ils se limitent au respect de principes fondateurs d'un système que seul un État central peut garantir.

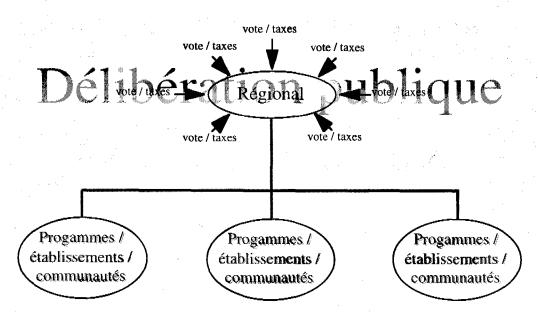
Conclusion

En bref, le modèle démocratique soumet la gouverne du système socio-sanitaire aux volontés populaires. C'est la population qui mandate l'organisation régionale pour une orientation et une organisation particulière des soins et services. Le central se limite, encore plus que dans le cadre du modèle interactif, à un rôle fondateur. Les organisations formelles sont des instruments

d'application d'une politique formulée par délibération publique. Elles sont aussi un moyen de renforcer les comportements et les attitudes constitutifs d'une régulation démocratique. Ce modèle de régulation doit être structuré de manière à éviter la monopolisation des débats et de l'argumentation par des intérêts particuliers. C'est le rôle de l'instance intermédiaire de favoriser un déroulement équitable des délibérations entre groupes et acteurs. Elle doit aussi faire la promotion de valeurs et de normes cohérentes avec un idéal démocratique. Selon le modèle démocratique, l'instance régionale fait la promotion de valeurs démocratiques dans la résolution des enjeux entourant le système socio-sanitaire, agit comme arbitre pour contenir les conflits entre groupes et pour maintenir active la délibération publique et est imputable de l'implantation des orientations définies collectivement. Le modèle démocratique de la régulation régionale prendra forme dans la mesure où les avis des experts (gestionnaires, professionnels) contribuent à alimenter les débats plutôt qu'à dominer l'espace public.

Figure 4: Modèle démocratique





Conclusion sur les modèles théoriques de régulation régionale

Les discours sur la régionalisation/décentralisation portent principalement sur la nature des arrangements entre gouvernements centraux et paliers intermédiaires, alors même que les attentes sont bien souvent une meilleure prise en compte du local et renvoient donc aux relations entre les paliers intermédiaires et les acteurs locaux.

Nous avons proposé ici trois scénarios de prise en compte du local qui relèvent de trois logiques, logique de contrôle, logique politique de faisabilité et logique démocratique. Dans le premier cas, le local est celui qui met en œuvre des objectifs qu'il n'a pas choisis, dans le second il met en œuvre des objectifs obtenus par la négociation, dans le troisième cas il met en œuvre des objectifs obtenus par délibération publique. La politique cherchera alors à prendre en compte, les valeurs, les intérêts et les compétences des acteurs locaux. Ces trois logiques convergent pour proposer une décentralisation, c'est-à-dire un renforcement du rôle d'une instance intermédiaire, que nous avons appelé instance régionale, entre la politique nationale et les acteurs locaux, qui peuvent être selon les cas les offreurs de soins, les usagers, les citoyens ou autres intervenants dans la production de soins et services. Nous nous sommes centrés ici sur l'instance intermédiaire en essayant de décliner ses différents rôles et tâches dans chacun de ses trois scénarios. Cette présentation nous suggère deux pistes de réflexion :

Premièrement, ces scénarios sont présentés ici comme des «modèles purs ». Une observation plus fine de la mise en œuvre de la régionalisation et de ses aspirations nous conduira certainement à conclure qu'elle est hybride et fait appel simultanément à plusieurs de ces scénarios. On peut toutefois se demander si «on peut impunément mélanger les genres ». On peut faire l'hypothèse que si une politique locale peut puiser alternativement dans chacun de ces scénarios, une instance intermédiaire risque de «se brûler les ailes » à utiliser plusieurs logiques pour une même action ou, de la même manière, à découpler les objectifs affichés et son utilisation réelle. Si une telle conduite est possible, elle correspond certainement à un modèle d'action à «un coup ». Ainsi une concertation qui cherche à favoriser la prise de parole des citoyens, risque de ne pouvoir être répétée, si elle est utilisée pour coopter des acteurs à un projet de l'instance

intermédiaire. De la même manière, une négociation autour d'un projet de restructuration qui aurait comme objectif ultime de contrôler le local risque de se trouver au fil du temps à court de négociateur.

Deuxièmement, nous nous sommes centrés sur les relations entre l'instance intermédiaire et le local ce qui nous place dans la situation ou une instance centrale redonne de la capacité stratégique à une instance intermédiaire et permet ainsi à celle-ci de disposer d'une certaine marge de manœuvre dans sa conduite envers le local. Les relations entre le local et le régulateur intermédiaire ne sont toutefois pas indépendantes des relations qu'entretiennent ces institutions intermédiaires avec le central et en particulier ne sont pas indépendantes de ce sur quoi elles ont à rendre des comptes. Il existe des modèles de relation plus permissifs que d'autres dans le sens où ils donnent une plus grande marge de manœuvre aux intermédiaires dans leurs politiques à l'égard du local. Les relations entre une autorité centrale et une instance intermédiaire sont probablement et fréquemment des relations de contrôle entre un mandataire et un mandant et on peut les analyser à travers le modèle de la délégation. Par contrc, la réconciliation entre une telle logique et les dynamiques locales fera tout vraisemblablement problème surtout si cette réalité locale a été approchée selon une logique démocratique.

Les deux chapitres suivants font un inventaire des structures de régionalisation adoptées dans les différentes provinces canadiennes et dans quatre expériences étrangères. Ils fournissent des informations utiles pour apprécier de façon statique les stratégies spécifiques de régionalisation adoptées. Le tableau ci-dessous fait une synthèse des attributs des différents modèles, des dilemmes qui pourraient être rencontrés lors de leur mise en oeuvre et des critères d'évaluation propres à chacun de ces modèles. Ces éléments seront repris lors de l'analyse transversale des expériences de régionalisation.

Tableau 2: Les modèles de gouverne de l'action régionale

CARACTÉRISTIQUES	DILEMMES	CRITÈRES D'ÉVALUATION	
Modèle démocratique	***************************************		
 favorise la participation valorise l'égalité de tous respecte la diversité valorise la libre circulation de l'information valorise la libre expression des points de vue comme fondement de la décision 	 comment faire les arbitrages? comment éviter la dérive? comment contenir les conflits 	 motivation des acteurs à s'engager dans les affaires collectives développement des compétences et connaissances des acteurs hétérogénéité des participants à la délibération et à la décision production conjointe des décisions et des projets imputabilité des gestionnaires et professionnels face à la population. 	
Modèle interactif			
 valorise les projets stratégiques des acteurs et organisations valorise la négociation comme fondement de la décision favorise une représentation sélective des acteurs 	 comment équilibrer les forces en place? comment obtenir l'information et les ressources nécessaires pour influencer les négociations? comment ne pas considérer uniquement les préférences des acteurs influents? comment ne pas sacrifier l'efficience à l'harmonie? 	 réalisation d'un compromis stabilisé redistribution dynamique de l'influence prise de décision synthétique imputabilité des gestionnaires et professionnels par rapport aux coalitions dominantes 	
Modèle de la délégation			
 valorise la relation entre mandant et mandataire valorise le contrôle favorise la concentration de l'influence favorise la conception de solutions «rationnelles» 	 comment garder un lien suffisant avec le niveau opérationnel? comment réconcilier contrôle et innovation? comment développer des contrôles efficients et efficaces? 	 exécution du mandat satisfaction du mandant imputabilité ascendante des gestionnaires et professionnels à l'égard du mandant. 	

Chapitre IV- Inventaire de l'expérience canadienne en matière de régionalisation

Méthode de validation

Pour pouvoir tracer un portrait fidèle des processus de régionalisation au Canada nous avons eu recours à des sources externes de validation. Notre méthode se décompose en trois temps. Premièrement, nous avons récolté de la façon la plus systématique possible les documents fédéraux, provinciaux et régionaux portant sur les réformes actuelles dans les 10 provinces. Cette information nous a permis de produire un document résumant les réformes régionalisatrices en cours. Dans un second temps, nous avons validé et complété ce document grâce au mini-sondage postal que nous décrivons ci-dessous. Finalement, dans un troisième temps, nous avons utilisé l'information collectée par voie postale et celle provenant des documents officiels pour produire une version finale

Pour notre mini-sondage, nous avons compilé, à partir du «Guide to Canadian Healthcare Facilities» (Canadian Healthcare Association 1997), les adresses de tous les organismes régionaux de gestion du système de santé dans toutes les provinces canadiennes (Québec excepté). De même, nous avons sélectionné, à partir de la même source, les adresses des personnes chargées de la planification régionale dans les ministères de la santé provinciaux. En ce qui concerne le Québec, nous n'avons pas procédé à une validation postale de l'information car nous avions de nombreuses sources de données fiables ainsi qu'une bonne connaissance empirique de la situation..

Nous avons ainsi fait parvenir à chaque CEO (ou équivalent) de board régional et aux responsables provinciaux de la régionalisation un document de validation. Ce document comportait un texte descriptif résumant en quelques pages l'information que nous possédions ainsi qu'une feuille leur demandant de nous préciser si l'information présentée était exacte, comportait des inexactitudes ou était incomplète. Dans le cas ou l'information ne leur semblait pas

exacte ou complète nous leur demandions de bien vouloir compléter ou corriger notre document et de nous le renvoyer De même nous leur demandions de bien vouloir nous faire parvenir ou de nous conseiller des documents officiels qui pourraient nous aider à compléter le portrait de la régionalisation. Les taux de réponses obtenus sont présentés dans le tableau ci-dessous:

Tableau 3: Taux de réponse au mini-sondage de validation

er e	Envoyés	Réponses	Taux de réponse
Colombie-Britanique	14	7	50,00%
Alberta	17	7	41,18%
Saskatchewan	37	16	43,24%
Manitoba	17	5	29,41%
Ontario	35	6	17,14%
Nouveau-Brunswick	11	5	45,45%
Nouvelle-Écosse	5	1	20,00%
Île-du-Prince-Édouard	6	2	33,33%
Terre Neuve	14	3	21,43%
Total	156	52	33,33%

Étant donné le temps requis pour lire et commenter le document que nous avons envoyé et le fait que nous avons affaire à des gens occupés, le taux de réponse de 33% nous semble acceptable. De même, nous avons obtenu au moins une réponse pour chaque province.

De manière générale, les répondants ont considéré que notre document préliminaire était acceptable mais comportait des erreurs et des omissions comme on peut le voir dans le tableau cidessous:

Tableau 4: Résumé des réponses au mini-sondage sur les réformes au Canada

	The description of regional health care organization in the report for my province is				
	acurate	contains inaccuracies	is incomplete	contains inaccuracies and is incomplete	
Colombie-Britanique	1	4	<u>i</u> ncomplete 2	0	
Alberta	3	3	1	0	
Saskatchewan	4	10	0	2	
Manitoba	1	2]	1	
Ontario	0	6	0	0	
Nouveau-Brunswick	0	4	1	0	
Nouvelle-Écosse	0	0	0	1	
Île-du-Prince-Édouard	0	2	0	0	
Terre Neuve	2	0	1	0	
Total	11	31	6	4	
Pourcentage	21%	60%	12%	8%	

Les répondants ont en très grande majorité pris la peine de corriger les erreurs qu'ils ont trouvé et plusieurs nous ont fait parvenir ou recommandé des documents permettant de combler les lacunes existantes. Nous avons tenu compte, pour le texte final présenté dans ce rapport, de toutes les corrections et les commentaires. De même, nous avons utilisé les documents fournis pour compléter l'information manquante.

Cette méthode en trois temps nous semble avoir permis la production d'un texte précis et relativement détaillé sur la régionalisation au Canada. Par contre, il faut être conscient que dans plusieurs provinces il s'agit de processus qui en sont encore à la phase d'implantation ce qui signific que les choses se modifient vite.

Introduction aux modèles canadiens

Les systèmes de santé sont en transformation dans chacune des dix provinces du Canada. Plusieurs causes peuvent expliquer ce vent de réforme: volonté politique d'équilibrer les budgets se traduisant par des mesures d'austérité financière, progrès technologiques permettant de diminuer le recours à l'hospitalisation, implication de lobbies puissants en faveur de la privatisation partielle du système, etc.

Dans neuf provinces sur dix (l'Ontario faisant exception), les reformes qui sont mises en place ou qui ont déjà été implantées passent par une régionalisation de la *gestion* du système de santé. Il ne s'agit pas d'une simple décentralisation, ni d'une centralisation. En effets, on observe à la fois un transfert de pouvoir des ministères de la santé vers les organismes régionaux et à la fois un transfert de pouvoir des conseils d'établissement (*hospitals boards*) vers les régions. La régionalisation est donc à la fois une décentralisation et une centralisation: décentralisation des ministères aux régions et centralisation des hôpitaux aux régions. La région devient donc un acteur central, et dans plusieurs cas l'acteur principal, dans la gestion du système.

Malgré ce point commun à tous les processus de régionalisation qui sont mis en place, il existe par ailleurs de nombreuses variations dans la forme que prennent les réformes dans chaque province. Si l'on prend en compte tous les aspects de la régionalisation, on constate vite qu'il s'agit

de neuf processus distincts et uniques. Il n'y a pas, au Canada, deux provinces qui partagent une approche exactement semblable de la régionalisation.

Malgré ces divergences, nous traçons ici un aperçu général. Premièrement, nous proposons une très courte et très schématique description du modèle mis en place province par province. Nous tentons ensuite de caractériser chaque modèle en fonction des trois idéaux type de régulation que nous avons décrit (délegation, démocratique et interactif). Cette caractérisation est certainement un peu caricaturale et ne reflète pas la complexité réelle des modèles de chaque province. De même, il faut garder en tête qu'il s'agit d'une analyse des structures mises en place et non pas d'une analyse du fonctionnement empirique de ces structures. Malgré ces réserves, nous estimons que cette caractérisation permet d'avoir une idée du modèle de régionalisation que chaque province a privilégié. En conclusion nous shématiserons l'information présenté sous forme de tableaux.

Description par province

Colombie-Britanique

Pourquoi changer



«We are unanimous in our opinion that the system of health care in this province is one of the best, and quite possibly the best in the world» (British Columbia Health 1993: 1). Dans ces conditions, pourquoi changer? Tout d'abord, le système

s'est construit sans un plan d'ensemble ce qui le rend parfois incohérent ou illogique. Les résultats pourrait être meilleurs, si les fonds actuels étaient mieux distribués et en particulier vers la prévention. De plus, il faudrait encourager une collaboration plus grande entre les travailleurs de la santé, les clients, le monde des affaires et les communautés. Finalement, la reforme devrait aussi permettre de prendre en compte une vision plus large de la santé inspirée de la définition de l'OMS.

Objectifs et réformes

La réforme est très orientés selon une perspective «promotion de la santé». Il faut que les citoyens et les communautés soient en mesure de faire des choix éclairés en terme de santé. De même, les résultats du système doivent être évalués dans cette optique. «"How much has the health of British Colombians improved?" This is the critical question for the reformed health system – not just how many patients we have treated and cared for.» (British Columbia Health 1993: 12)

Le gouvernement provincial propose donc de tenir compte de l'impact sur la santé de chaque nouvelle loi, d'augmenter les recours des citoyens en étendant les pouvoirs de l'ombudsman au secteur de la santé et de reserver un tiers des sièges à des représentants du public dans les corporations professionnelles (British Columbia Health 1993: 13).

Les réformes proposent de régionaliser le système de santé «bring the Province's health system "closer to home"». Selon le plan initial, le système devait être organisé en trois niveaux. Le Ministère de la Santé qui chapeautait 20 Regional Health Boards qui eux même chapeautaient 82 Community Health Councils. Les healthboards existant auraient étés absorbés par les CHCs qui auraient aussi étés responsables des Community Health Centres. La mise en place de ces trois niveaux devait se faire à la fois d'en haut et d'en bas. Les communautés étant priées de s'autoorganiser sous la tutelle du ministère pour proposer des plans en suivant les directives et établir les CHCs. Le ministère devait, lui, créer des RHBs provisoires (IRHBs) qui auraient étés remplacés par les RHBs définitifs où un tiers des membres seraient venus des CHCs. (British Columbia Health 1993).

<u>Problèmes</u>

Ce projet à malheureusement été très difficile à mettre en œuvre. Le développement conjoint de ces deux structures s'est, semble-t-il, fait dans la plus grande confusion. En 1996 la Ministre de la santé a gelé le processus de régionalisation pour permettre à une commission d'étudier le processus et ses ratés de manière à pouvoir atteindre les objectifs: «Optimising the value of public dollars spent on direct service delivery. Maintaining provincial standards of quality and access to health care. Achieving administrative and clinical efficiencies. Reducing

bureaucracy, waste and duplication.» (British Columbia Health 1996). Après consultation, les recommandations du Regionalization Assessment Team ont proposé un système régionalisé a seulement deux niveaux. Dans les milieux urbains, seuls les RHBs seraient maintenus tandis qu'en milieu rural seuls les CHCs resteraient; le tout devant se faire au cas-par-cas sous la tutelle du ministère. De plus, les rôles sont légèrement distincts. Les RHBs sont en charge de la gestion de tous les aspects des soins de santé pour leur région (hôpitaux de long et court terme, santé publique, santé mentale pour les adultes, soins à domicile, centres d'hébergement, etc.). Par contre, dans les régions sous la tutelle d'un CHC, celui-ci n'est en charge que des hôpitaux de long et court terme. Le reste des soins sont administrés par d'autres organismes régionaux les Community Health Services Societies (CHSS) (British Columbia Health 1997). Simultanément, le nombre total de régions a été diminué, passant de 20 à 11 RHBs et de 82 à 33 CHCs pour un total de 44 régions. Les membres du conseil d'administration des RHBs et des CHCs seront nommés et ne seront pas rémunérés. Les travailleurs de la santé et les médecins devraient avoir un droit de vote au sein des organismes régionaux.

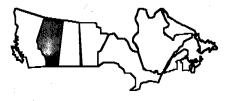
<u>Un modèle</u>

Le modèle originalement proposé en Colombie-Britanique semblait principalement reposer sur une logique de régulation démocratique (auto-organisation des communautés, organisation de bas en haut, etc.)

En revanche, le modèle qui a finalement été implanté après l'échec relatif du modèle précédant repose plutôt sur une logique de délégation (Membres des RHBs et des CHCs nommés et non plus élus, grande implication du ministère provincial dans l'implantation régionale, etc.). On peut toutefois remarquer qu'au niveau symbolique (nom des organismes, vocabulaire employé, etc.) la logique démocratique est encore perceptible. De même, la logique démocratique continue d'être perceptible au niveau provincial (représentation des citoyens dans les corporations professionnelles, ombudsman dans le secteur de la santé, etc.).

Alberta

Pourquoi changer?



La première raison invoquée pour promouvoir les réformes sont des dépenses trop élevées soit 30% du budget provincial ou 4 milliards en 1993 (Alberta Health 1993: 4). De même, il est aussi question de gaspillage et d'inefficacité dans

l'utilisation des ressources. «Our current Health system has been built in a random manner with an acute lack of accountability. This structure has allowed the preservation of bureaucracy to take priority over the true needs of health consumers» (Alberta Health 1993: 5). Finalement, les résultats sont évalués en terme de ressources et non pas en fonction de l'état de santé de la population et le système continue d'être orienté en fonction des producteurs et non pas selon les besoins des consommateurs

Objectifs et réformes

L'objectif principal est de diminuer les dépenses. À titre d'exemple dans la région d'Edmonton les dépenses ont été coupées de 16% en 96-97 et 6% de la main d'œuvre a été licenciée (Capital Health Authority 1994). Le second objectif est de donner plus de place aux consommateurs. On retrouve aussi les classiques appel à une intégration plus poussée des services, à une meilleure utilisation des ressources, à un mode de rémunération encourageant l'efficience, etc.

Parmi les objectifs on retrouve aussi la volonté de mettre en place un système gratuit et universel pour les soins de base (core health services) qui devrait fonctionner parallèlement à un système payant et privé (directement ou par le biais d'assurances) pour les soins jugés non-essentiels «We must understand that the consumer's right to a maximum choice of no-essential services will include the consumer responsibility of paying for those services» (Alberta Health 1993: 15)

Comme presque partout au Canada les réformes passent aussi par la régionalisation de la gestion du système de santé. Le modèle mis en place est un modèle à trois niveaux: le ministère,

des organismes régionaux (*Regional Health Authorities*) et des organismes de niveau communautaires (*Community health councils*). Cette régionalisation est vue comme permettant: une responsabilisation locale; l'adaptation des services en fonction des besoins régionaux; des économies d'échelle; la coopération intra et inter-régionale; l'innovation et, finalement (et surtout), l'élimination de près de 200 conseils d'administration locaux. (Alberta Health 1993: 17)

Au total, 17 régions ont été mises en place, chapeautées par 17 RHAs qui se sont vue confier le mandat très large de fournir la quasi totalité des soins de santé (publics), d'approuver les budgets d'investissement pour leur région ainsi que de s'occuper des taches de prévention et de promotion de la santé. Le rôle des RHAs est aussi de tenter de trouver de nouvelles sources de financement en encourageant la collaboration avec le secteur privé (Alberta Health 1993: 9-10.). Un aspect interesant est que tous les employés des hopitaux et des autres organismes de santé sont devenus des employés directs des RHAs, salariés par les RHAs.

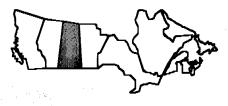
Ce sont les RHAs qui ont eut la tâche de mettre sur pied les CHCs qui n'ont qu'un rôle consultatif. Ces CHCs ont la mission d'aviser les RHAs sur les besoins locaux et sur la coordination locale des services. Toutefois, d'après plusieurs avis, le rôle des CHCs est relativeemnt anecdotique. Le rôle du ministère est «limité» à financer les régions par le biais d'une formule de capitation (globale) et à négocier la rémunération des médecins. En plus de ceci, certains programmes (maladies infectieuses, transferts aérien des malades etc.) restent de responsabilité provinciale. Les membres des RHAs sont nommés par le ministère même si dans le futur l'élection de 33% des membres et prévue.

Un modèle

Le modèle de régulation régionale implanté en Alberta repose largement sur une logique de délégation. En effet, en mettant principalement l'emphase sur un modèle producteur / client et sur une approche très inspirée du monde des affaires (business plan, consumers, etc.). Les RHAs sont vues dans cette optique comme devant être d'efficaces et efficientes «succursales locale» du ministère. Par contre, malgré ce penchant de délégation très marqué il reste toutefois des aspects démocratiques comme le fait que les membres des RHAs devraient normalement être élus (même si les première élections ont été reportées en 2001).

Saskatchewan

Pourquoi changer



Les réformes ont été entamées en Saskatchewan avant que des problèmes financiers majeurs ne soient perceptibles et en particulier avant le début des coupes fédérales). De plus, et contrairement à d'autres, les valeurs du système (gratuité,

universalité et accessibilité) ne sont pas remises en cause. En 1995 le ministre de la santé disait: «Saskatchewan is committed to a strong national health system, based on the principles of Medicare, pioneered here in Saskatchewan.» (Site WWW de Saskatchewan Health)

Le document paru en août 1992, intitulé A Saskatchewan Vision for Health: A Framework for Change, a lancé la réforme du système de santé en Saskatchewan. Parmi les facteurs déclencheurs de cette réforme se trouvent les changements survenus dans les besoins en santé et un désir de répartir les ressources humaines plus efficacement. Les principaux objectifs de la réforme sont: améliorer l'état de santé (au sens de l'OMS) des individus et de la société; accroître la participation de la population; améliorer l'intégration et la coordination des services; réduire les services en établissements pour mettre l'accent sur les services communautaires; amener les consommateurs à jouer un rôle plus actif au sein du système et créer un système qui accorde davantage d'importance au client, qui mise sur les services communautaires et qui tienne un meilleur compte des résultats. (Santé Canada 1997)

Objectifs et réformes

De manière générale le système s'est tourné vers un virage ambulatoire, 1200 lits ont été supprimés dans le système hospitalier et les soins à domicile ont augmenté de 139% (Saskatchewan Health 1996: 2)

Ici aussi, le système de santé a été régionalisé. Le ministère de la santé a été réorganisé en deux divisions. La première est chargée des programmes provinciaux et la seconde est chargée des programmes de soutien aux conseils régionaux (planification et élaboration de politiques;

responsabilité; résolution de problèmes; communication/facilitation; et finances) (Santé Canada 1997: 4)

La gestion du système, en dehors de quelques services ultra-spécialisés ou qui s'adressent à tout le territoire est sous la responsabilité de 33 *District Health Board*. Le but de cette régionalisation est de favoriser une meilleure participation des citoyens; d'encourager la prévention plutôt que le curatif; d'encourager le recourt à des systèmes alternatifs et communautaires et finalement d'économiser de l'argent en étant plus efficace (Saskatchewan Health 1996 : 1)

En vertu de la *Health District Act*, les DHBs doivent planifier, gérer et offrir des services de santé à la population de leurs régions. Ils ont les responsabilités suivantes: évaluer les besoins; préparer et maintenir un plan de prestation des services; consulter les intervenant et les citoyens; construire, faire fonctionner et gérer les établissements et allouer les fonds (sous réserve de l'approbation du ministre). Ici aussi, les employés des hôpitaux et autres employés du secteur de la santé sont devenu des employés directs des DHBs. Les documents officiels sont aussi très fiers de mentionner que la Saskatchewan a été la première province au Canada à proposer un financement par capitation (ajustée pour plusieurs facteurs) et non plus historique pour les DHBs (Saskatchewan Health 1995 : 11)

Un modèle

Le modèle de régulation mis en place en Saskatchewan semble être surtout de type démocratique. Tant l'emphase qui est mise sur l'importance de faire participer la population, que le fait que les membres des DHBs soient majoritairement élus ou encore les aspects symboliques (DH Board plutôt que DH Authorities) nous poussent à caractériser ce modèle comme principalement démocratique. De même, la taille *moyenne* des régions en terme de population est la plus petite au Canada (après l'Île-du-Prince-Édouard), ceci est considéré de manière générale comme un facteur facillitant la participation de la population aux prises de décision et donc comme renforceant l'aspect démocratique.

Manitoba

Pourquoi changer



Les grandes lignes des réformes mises en place au Manitoba on été énoncés dans le document Action Plan: Quality Health for Manitobans (Manitoba Health 1992). Par contre, leur mise en place semble plus tardive que dans la

plupart des provinces canadiennes. Par exemple la mise en place des *Regional Health Authorities* a dû prendre place le 1^{er} avril 1997 (site WWW le 19/10/97)

La principale raison de réformer le système est financière «The challenge facing Manitoba's health system, as in other provinces, is to preserve the principles of the Canada Health Act in the face of increasing costs increasing demand for health services and constrained financial resources.» (Manitoba Health 1997:2). Pour ce faire, les réformes misent sur un changement dans la façon traditionnelle d'organiser le système de santé. En particulier, il est proposé: d'adopter une définition de la santé inspirée de celle de l'OMS; de favoriser la prévention plutôt que le curatif et de réorganiser en conséquence le système hospitalier; de privilégier la promotion de la santé et une approche communautaire encourageant la participation de la population; de prendre en compte les déterminants de la santé (dérivés des travaux de l'ICRA); d'encourager une approche attentive et flexible aux besoins de la population et d'offrir des services efficaces et efficients de manière à réduire les coûts

Objectifs et réformes

Parmi les réformes mises en place on retrouve une emphase plus importante sur la prévention et une réorganisation des services misant sur les ressources communautaires et alternatives au détriment des ressources hospitalières. De plus, toutes les interventions devront être évaluée en terme de résultats: «every major action and policy of government will be evaluated in terms of its implications for the health of Manitobans.» (Manitoba Health 1992 : 10)

Comme un peu partout ailleurs, quoi que plus tardivement, on retrouve aussi un recours a la régionalisation de la gestion du système de santé. Au printemps 1997 le ministère à délégué une

grande partie de son rôle à 10 RHAs et 3 NRHAs dans le Nord (Northern/Rural Health Associations). (Gouvernement du Manitoba 1996, 1997; Northern/Rural Regionalization Task Force 1996)

Le ministère, en plus de ses rôles classiques (supervision, payement des médecins, allocation régionales des ressources), conserve aussi la responsabilité de quelques programmes provinciaux ainsi que celle de déterminer la liste des services de base (core services) que toute région se doit de fournir. Les RHAs se voient confier le développement des stratégies et des priorités régionales (en accord avec les directives provinciales), la gestion et la responsabilité des soins fournis, la supervision de l'efficacité des interventions en terme de santé publique, etc. Les RHAs auront aussi comme mission de superviser des structures communautaires de soins: les Community Health Centers qui ressemblent un peu à des CLSC car ils ont une orientation à la fois sociale et sanitaire. Dès le début de son mandat, chaque RHA doit conduire un Community Health Need Assesment pour sa région. C'est cette évaluation qui doit permettre aux RHAs de pouvoir, par la suite, planifier l'organisation optimale des ressources.«Malgré les indications qui portent à croire que les membres des RHA seront en fin de compte élus, le projet de loi prévoit pour l'instant qu'ils seront uniquement nommés par le ministre.» (Santé Canada 1997: 4). La plupart des boards locaux et des boards d'hôpitaux ont étés absorbés par les RHAs (ce qui s'est fait officiellement sur une base volontaire). De même, les employés des hôpitaux sont souvent devenus des employés directs des RHAs même s'il existe des exceptions (en particulier dans le cas des hôpitaux sous la responsabilité de congrégations religieuses).

Le Manitoba a aussi opté pour un système à trois paliers mais avec un palier communautaire n'ayant aucun pouvoir et peu de rôles explicites. En effet, chaque RHA doit, à moins d'un avis contraire du ministre, mettre sur pied de 1 à 4 District Health Advisory Councils. Ces DHAC ont, comme leur nom l'indique le rôle «de conseiller et d'appuyer» le conseil d'administration de RHA (Gouvernement du Manitoba 1996: 23)

En ce qui concerne Winnipeg, deux structures de gestion doivent se partager les responsabilités. D'un côté le *Winnipeg Hospital Authority* et de l'autre le *Winnipeg Community and Long Term Care Authority* se partagerons, pour la capitale les rôles des RHAs ailleurs dans la province. De plus, à un niveau très micro-régional, à Winnipeg il y aura la mise en place de

Neighbourhood Resource Network qui ont pour rôle de coordonner les ressources au niveau des quartiers.

Un modèle

Le Manitoba aussi a choisi un modèle qui semble reposer essentiellement sur une logique de délégation. Il n'y a (pour l'instant) pas de membres élus dans les RHAs, l'analyse des besoins se fera non pas en demandant l'avis de la population mais par une étude menée par les RHAs et il y a une tendance à adopter un vocabulaire très «business». Par contre, il est difficile de caractériser précisément ce modèle car sa mise en place très récente limite la documentation que l'on peut obtenir à son sujet.

Ontario



Les réformes

régionalisé son système de santé et qui ne semble pas non plus avoir l'intention de le faire. De plus, depuis la victoire des conservateurs de Mike Harris une nouvelle orientation a été donnée aux réformes et il semble que les nombreux travaux que le précédent gouvernement (NPD) avait fait réaliser par des consultants et par le *Premier's Council* aient étés mis de côté sans autre forme de procès (Ball 1994, Folsom et al. 1994).

L'Ontario est la seule province canadienne qui n'a pas

Bien qu'il n'existe pas à proprement parler de régionalisation, il existe diverses structures régionales ou communautaires: «En Ontario, il existe 160 organismes, commissions et conseils gouvernementaux dans le domaine de la santé. Il y a actuellement en cours un certain nombre d'activités qui entraîneront une réduction du nombre total d'organismes. On verra notamment :le nombre des commissions d'appel ou de révision tomber de 10 à 7; le nombre des conseils de santé tomber de 42 à 34; une fusion parmi les 33 conseils régionaux de santé, dont le nombre se situera entre 18 et 25.» (Santé Canada 1997: 4). Par contre, ces structures n'ont pas un rôle central dans la gestion ou la planification des ressources. Par exemple, les 16 Regional Health Councils finalement retenus après fusion, ont un mandat de planification mais ne possèdent qu'un pouvoir consultatif.

Selon ses orientations actuelles le ministère semble vouloir continuer à gérer la quasitotalité du système de manière assez centralisée. Par exemple, il n'y a pas d'échelon intermédiaire entre les *hospital boards*, qui sont indépendants, et le ministère (Ontario Health 1996; Ontario Health 1997). Les seuls domaines où l'on puisse parler de régionalisation sont la santé mentale, les centres d'hébergement et la santé publique.

En ce qui concerne la santé mentale, même si les objectifs officiels du ministère semblent être de régionaliser les services d'ici 1999: «The ministry of health will, by 1998/99, be the systems manager of an integrated system of district and regional mental health services» (Ontario Health 1996: 5) dans les faits beaucoup de gens doutent que cette volonté se traduise par des actions concrètes. En ce qui concerne la gestion des centres d'hébergement, il ne s'agit pas vraiment d'une régionalisation mais plutôt d'un transfert de responsabilités du milieu hospitalier vers le milieu communautaire. 43 Community Care Access Centers sont depuis le printemps 1997 chargés d'acheter des services à des producteurs de soins communautaires, de soins de longue durée et de services à domicile. Ce qui permet de parler de transfert c'est le fait que 50% du financement de ce système ait été transféré aux municipalités (Ontario Health 1997; Santé Canada 1997). Finalement, le domaine de la santé publique est, lui, régionalisé. Les services de santé publique traditionnels (surveillance, vaccinations, contrôles des épidémies, etc.) sont fournis par 42 Boards of health. Actuellement les municipalité payent 25% des coûts mais le ministère de la santé entend leur refiler les 75% restants. Seuls l'immunisation resterait publique et le ministère ne s'occupera plus que de fixer les normes. (Ontario Health 1997 p.2)

Ce qui est intéressant c'est que, malgré cette non régionalisation, les objectifs du ministère ressemblent beaucoup à ceux des provinces qui régionalisent: réduction de la taille de l'administration; élimination des duplications; intégration des politiques; gestion stratégique; plus grande responsabilisation des gestionnaires, etc. De même, le gouvernement compte réformer le ministère de la santé en lui donnant un rôle plus actif (plus de collecte d'information, évaluation des résultats en terme de santé, intégration des domaines) ce qui ressemble fort à une centralisation des pouvoirs.

Pour atteindre ces buts, le ministère compte en partie sur le Health Services Restructuring Commission qui est «an arms-length body created as a statutory corporation under the Ministry

THE REAL PROPERTY AND ADDRESS OF THE PERSON ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON ADDRESS OF THE PERSON ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON ADDRESS OF THE

of Health Act by Bill 26. It has the power to issue directions to public hospitals. Its broad mandate is to advise the minister on all matters relating to the health care system and restructuring» (Ontario Health 1997: 7) Cette commission semble détenir un très grand pouvoir dans les réformes en cours.

Finalement, des réformes de type virage ambulatoire sont en marche: fermetures massives de lits (réduire de 58 à 30 le nombre de lits pour 100 000 habitants d'ici 2003); transfert des ressources vers des organismes communautaires (au moins 60% du financement total d'ici 2003!). Au sujet des fermeture de lits, il semble y avoir une volonté de fermer des hôpitaux et de concentrer les ressources, contrairement à ce qui a été fait jusqu'à maintenant. En effet, entre 1985 et 1995, 10 000 lits ont été fermés sans fermetures d'hôpitaux (Ontario Health 1997; Santé Canada 1997)

Un modèle

L'Ontario, en continuant à gérer son système de santé essentiellement de manière centralisée se place dans une logique différente de celle des autres provinces. On peut toutefois noter que le fait de ne pas régionaliser la gestion ou encore le fait que les réformes actuelles soient conduites, sans consultations publiques par une commission aux pouvoirs très étendus place l'Ontario dans un modèle de délégation directe. En revanche, l'existence de nombreuses agences et conseils régionaux ayant un rôle consultatif laisse croire que ce modèle repose aussi en partie sur une régulation de type interactive.

Québec

Pourquoi changer?



Le Québec est la première province canadienne à avoir réellement mis en place un modèle de gestion régionalisée. En effet, c'est suite au rapport Castonguay-Nepveu en 1970 que les premières ébauches de régionalisation ont été mise en place.

Par contre, alors que ce rapport conseillait la mise en place d'Offices Régionaux de Santé ayant de réels pouvoirs, les Conseils Régionaux finalement mis en place n'ont qu'un rôle consultatif. Même

si les CRSSS vont par la suite se voir conférer des pouvoirs supplémentaires leur rôle restera toujours limité en pratique.

En 1988, le rapport Rochon (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux 1988) critique assez profondément le fonctionnement des CRSSS et propose de les remplacer par des Régies Régionales de la Santé et des services Sociaux (RRSSS) ayant de réels pouvoirs de gestion. Finalement, après quelques autres avis sur la question (Québec 1990), c'est en 1991 que sont officiellement créées les nouvelles RRSSS. Les raisons invoquées pour justifier ce transfert de pouvoirs sont multiples mais peuvent essentiellement se résumer à des questions d'intégration des services et de participation des citoyens.

Les réformes des années 1990 – coupures budgétaires majeures, fermetures de lits de courte durée, virage ambulatoire, etc. – qui sont mise en place un peu partout au Canada ont aussi été mise en place au Québec. Par contre, comme ce petit historique permet de se le rappeler, ces réformes se sont produites au Québec après la régionalisation.

Objectifs et réformes

Le système Québécois peut, très schématiquement, être décomposé selon trois niveaux de pouvoir (Québec 1993). Tout d'abord, le ministère de la santé continue d'assumer, en plus de la rémunération des médecins et de l'assurance médicament, un rôle important d'orientation des politique et d'allocation des budgets. Ce dernier aspect est, en ces temps de coupures budgétaires, un aspect crucial de contrôle.

Le deuxième palier de pouvoir est constitué par les 18 RRSSS. Le rôle des régies est de «planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre» (Québec 1993). Ceci implique d'élaborer les priorités, d'établir les plans d'organisation des services et d'allouer les budgets aux établissements. Ce rôle global doit être assumé en faisant participer la population et les usagers.

Trois structures fonctionnent à l'intérieur de chaque RRSSS. La commission médicale régionale (composé de six médecins élus et de quelques membres nommés) est chargée de donner des avis (consultatifs) sur les aspects organisationnels concernant la pratique médicale. La direction de Santé publique est chargée – assez logiquement – de la santé publique. Finalement, les

décisions reviennent en dernière instance au Conseil d'Administration. Ce conseil est composé d'une vingtaine de membres nommés ou coooptés pour être représentatifs de divers groupes: établissements, organismes communautaires, citoyens, municipalités, etc. En plus de ces 20 membres élus, le CA compte aussi le directeur général de la régie (théoriquement nommé par le CA), le président de la Commission médicale régionale et 1 à 3 autres membres. Les membres du CA sont bénévoles et ne doivent pas être employés du secteur de la santé. C'est le CA qui est chargé officiellement de voter les décisions de la RRSSS. Finalement, les réunions du CA (environ une fois par mois) sont publiques et chaque régie doit tenir une séance de consultation publique une fois par année.

Le troisième palier de pouvoir est constitué des Conseils d'Administration des établissements. En effet, au Québec, contrairement à ce qui se fait dans plusieurs autres provinces canadienne, les établissements continuent d'être individuellement administrés par un CA local (dont la constitution varie en fonction de l'établissement). Les RRSSS doivent donc négocier avec ces CA locaux pour en venir à établir des plan de services intégrés et fonctionnels.

Un modèle

Dans la structure interne des RRSSS et dans le mode structurel de régulation qui leur est confié on trouve deux logiques principales. Tout d'abord une logique démocratique transparaît. Par exemple dans l'existence d'un CA de citoyens ne faisant pas partie du réseau de la santé ou encore dans l'obligation qui est faite aux Régies de tenir des audiences publiques.

Par ailleurs, on retrouve aussi une logique interactive très forte dans le fait que les assemblées régionales soient constituées selon des quotas devant représenter les groupes d'acteurs du réseau, ou, encore plus clairement, dans le fait que le pouvoir reste diffus entre les CA d'établissements et les RRSSS. C'est probablement au Québec que la logique interactive est la plus forte dans l'organisation de la régionalisation.

Finalement, les directives et les orientations émises par le ministère provincial continuent d'avoir une influence majeure sur le système ce qui correspond à une logique de délégation

Nouveau-Brunswick

Pourquoi changer?



Depuis le début des années 1970, plusieurs études ont été faites sur l'organisation du système de santé au Nouveau-Brunswick. En 1988, devant la nécessité croissante de gérer des services eux-

mêmes de plus en plus élaborés, et face à la hausse correspondante des coûts liés aux soins de santé et à la baisse des transfert fédéraux, le gouvernement a mis sur pied la *Commission on Selected Health Care*, ou commission McKelvey-Lévesque. (Nouveau Brunswick Santé et Services Communautaires 1996; Santé Canada 1997).

Objectifs et réformes

Cette commission à conseillé deux types de réformes. Premièrement, une réorganisation du système de soins qui passe, entre autres, par la régionalisation de la gestion. Deuxièmement, un virage ambulatoire avec un transfert des soins de l'hospitalier vers le communautaire et une diminution du rôle de l'hôpital (par exemple certains hôpitaux ont été transformés en centres de soins ouverts de jour seulement) (Nouveau Brunswick Santé et Services Communautaires 1993). Les réformes ont aussi encouragé la promotion et la protection de la santé, la prévention des maladies ainsi qu'une plus grande participation de la population.

En ce qui concerne le processus de régionalisation 7 régions ont été instaurées. À l'intérieur de ces régions, 8 conseils régionaux ont été mis en place (puisqu'une région a un conseil pour les établissements francophones et un conseil pour les établissements anglophones). Ces 8 conseils remplacent les 51 conseils d'établissements existant antérieurement. Finalement, il existe un neuvième conseil chargé des soins à domicile pour toute la province.

Les conseils régionaux sont responsables d'administrer tous les services de santé de leur région et en particulier les services hospitaliers. Chaque corporation régionale possède un conseil d'administration composé de 12 à 16 membres bénévoles nommés par le ministre et par les établissements. Dans chaque région, le directeur général de la corporation et le président du personnel médical siègent au conseil à titre de membres non votants. Le président est nommé par

le ministre (Santé Canada 1997 : 8). Dans ce contexte, le rôle du ministère est de planifier, concevoir et mettre sur pied les services et les programmes en matière de santé.

Comme dans plusieurs autres provinces, la rapidité des processus de réorganisation et de régionalisation a, semble-t-il, créé des remous dans le système. C'est ce qui explique que le ministre ait proposé un ralentissement des réformes pour les années 97-98:

«Since the start of the 1990s, there has been considerable change in organization and structure within our health care system. In fact, citizens as well as health care professionals have told this government - and we believe them - that it is necessary to stabilize the system, and to decrease the rate of change so the system can catch its breath. We support that. In recent months, we have indicated that the government will take steps to decrease the rate of organizational change within the system.» (Nouveau Brunswick Santé et Services Communautaires 1996:2)

Un modèle

La régionalisation qui a été implantée au Nouveau-Brunswick est très directement de type délégatif. En effet, les corporations régionales sont essentiellement des regroupements de CA d'hôpitaux ayant somme toute un rôle assez restreint, principalement limité à la gestion hospitalière. De plus, les membre de ces corporations sont nommés en totalité, en partie par le ministre (logique de délégation) et par les établissements (logique interactive).

Nouvelle-Écosse

Pourquoi changer?



En 1994 le document *Nova Scotia's Blueprint for Health* System Reform a été publié. C'est ce document qui a servi de base au processus de régionalisation et a la réforme globale du système de

santé. La reforme avait comme objectif une réallocation des ressources de manière à les rendre plus efficientes, une rationalisation des ressources pour permettre un contrôle des coûts et un virage ambulatoire qui met l'emphase sur les soins communautaire ou à domicile en laissant aux hôpitaux un rôle de «centre d'excellence». Parmi les principales recommandations on retrouve le fait que le système doit améliorer la santé de la population et non pas seulement traiter les maladies; que le système doit être orienté selon les besoins des consommateurs, des familles et des communautés

et non pas en fonction des producteurs; finalement le système doit rester complet, public et universel. (Nova Scotia Health 1995; Nova Scotia Health 1997)

Objectifs et réformes

Le système après la réorganisation est un système à trois niveau. Premièrement le ministère qui supervise 4 Regional Health Boards qui eux même chapeautent 30 (pour l'instant mais 38 sont prévus) Community Health Boards. Les RHBs sont constitués de 15 à 17 membres représentatifs de la région qui siègent pour 2 ans. Les CHBs ont 9 à 18 membres qui sont désignés par le RHB (Nova Scotia Health 1998).

Les rôles respectifs sont les suivants: le ministère, par le biais du *Provincial Programs* and Services Board est responsable des orientations stratégiques; de l'allocation des fonds aux régions; de l'évaluation du travail des RHBs; de la rémunération des médecins ainsi que des soins de longue durée. Le ministère est aussi directement responsable des 4 plus importants hôpitaux de la province qui restent de responsabilité provinciale (non-designated organisations). Finalement, par le biais de ces 4 hôpitaux, le ministère est aussi responsable de la santé mentale. (Nova Scotia Health 1997 et 1998; Santé Canada 1997). Normalement, les responsabilités pour la santé mentale et les médicaments auraient due être progressivement transférées vers les RHBs entre janvier 1997 et avril 1998. Mais, en août 1996, le gouvernement a annoncé que le processus serait ralenti pour les prochains 18 mois et que plusieurs transfert de responsabilité se feraient plus tard que prévu. C'est aussi avec du retard que les CHBs ont été mis en place. Finalement, fin 1997, 30 CHBs étaient fonctionnels et 8 étaient en voie d'être implantés (Santé Canada 1997; Nova Scotia Health 1998).

Les RHBs sont responsable de toutes les institutions de santé (autre que les 4 hôpitaux non-désignés) et de l'organisation rationnelle et de l'intégration des soins dans leurs régions. Ce sont aussi les RHBs qui sont chargés de mettre en place les CHBs et de superviser leur travail. Finalement, un aspect original de cette organisation c'est que le conseil du PPSB «sera formé à parts égales de représentants de chacun des conseils régionaux, auxquels s'ajouteront des représentants des professions liées à la santé, des milieux universitaires et du ministère de la Santé.» (Santé Canada 1997 : 5; Nova Scotia Health 1997). Par ailleurs, la régionalisation est assez

directe puisque les employés des hôpitaux deviennent directement des employés des RHB dès le transfert de ces hôpitaux sous juridiction des RHBs (Nova Scotia Government 1994). Il semble que les joueurs principaux post-reforme seront les RHBs qui ont plus de pouvoirs pratiques de gestion que le ministère et qui, par ailleurs, contrôlent très directement les CHBs

Les CHBs ont la responsabilité de définir les besoins de leur communauté; de définir des moyens d'améliorer la santé de leur population; de participer à l'élaboration des plans de service des RIIBs; de collaborer avec les autres CHBs pour partager des programmes et finalement d'évaluer l'efficacité et l'efficience des soins de première ligne. (Nova Scotia Health 1997; Nova Scotia Health 1998)

<u>Un modèle</u>

Deux logiques semblent sous tendre la régionalisation en Nouvelle-Écosse. Premièrement une logique de délégation. En effet, le fait que les membres de RHBs et des CHBs soient nommés ou encore une imputabilité qui va de haut en bas (le ministère supervise les RHBs qui eux même supervisent les CHCs) sont des facteurs qui s'appuient sur une logique délégative.

En revanche, l'existence d'une structure de niveau communautaire qui n'est pas simplement consultative mais qui a un pouvoir de gestion ou encore la composition du PPSB, laissent aussi entrevoir l'existence d'une logique de régulation interactive. Finalement, le ton des documents officiels laisse aussi penser qu'il existe une logique démocratique. C'est probablement le modèle le plus mixte des provinces canadiennes

Île du Prince-Édouard

Pourquoi changer?



En 1992, le rapport *Health Reform : A Vision for Change* a critiqué l'organisation du système de santé et proposé des solutions. L'ancien système de santé mettait trop d'emphase sur les soins

curatifs et les soins aigus. L'objectif est d'obtenir un système qui soit plus compatible avec la définition de la santé de l'OMS ce qui implique plus de prévention, plus de promotion de la santé et un renforcement du secteur communautaire. L'aspect communautaire passant lui même par une

participation et une conscientisation accrue du public. Il faut que les citoyens soient plus impliqués dans les prises de décision quant à leur santé et à celle de leur communauté. Pour pouvoir atteindre ces objectifs il y a aussi besoin de meilleurs indicateurs de résultats et de nouvelles stratégies de gestion qui utilisent ces informations.

Par ailleurs, les coûts augmentent et il devient urgent de les contrôler ce qui implique un système proposant un meilleur rapport coût efficacité. Ceci étant rendu possible par une meilleure intégration des services et la suppression des dédoublements. D'autre part, la perception par le public d'un système «gratuit» et la rémunération à l'acte des médecins rendent difficiles un contrôle des coûts. Par ailleurs, les principes d'équité et d'accessibilité sont réaffirmés (P.E.I. Health Transition Team 1993)

Objectifs et réformes

Les objectifs de la réforme sont: d'intégrer les services au niveau régional; de répartir plus équitablement les ressources en fonction des besoins; de permettre la participation de la population et des communautés à la prise de décisions; d'améliorer l'accessibilité; de diminuer la bureaucratie et de mieux intégrer les ressources formelles et informelles (P.E.I. Health Transition Team 1993; Santé Canada 1997)

En pratique, la réforme passe par la réorganisation des structures de gestion en quatro organismes: le *Department of Health and Social Services*, le *Provincial Health Policy Council*, la *Health and Community Services Agency*, et cinq conseils régionaux. Les trois premiers organismes constituent le niveau provincial tandis que le dernier constitue le niveau régional.

Depuis 1994, le ministère a délégué une bonne part de ses responsabilités à la *Health and Community Services Agency*. Le ministère, formé de quelques fonctionnaires, a le rôle global d'élaborer les politiques et de proposer des orientations stratégiques. C'est la *Health and Community Services Agency* qui planifie et coordonne les services de santé, les services communautaires, et les services sociaux en plus de superviser les opérations des conseils régionaux. C'est aussi cette agence qui est chargée d'allouer les fonds aux régions et de coordonner l'action inter-régionale. L'agence est elle même supervisée par un conseil d'administration de 10 à 13 membres (dont un médecin, une infirmière, un travailleur social. un *provider* autre que les 3

premiers, un membre de chaque région et de un à trois représentants du gouvernement) (P.E.I. Health Transition Team 1993; Prince Edward Island Government 1993; Santé Canada 1997). Finalement, le *Provincial Health Policy Council* a la tâche de faire des recommandations au ministre sur les questions relatives à la santé de l'ensemble de la population de la province. Ce conseil est dirigé par un C.A. formé à moitié de représentants du public et à moitié de représentants des fournisseurs (P.E.I. Health Transition Team 1993; Prince Edward Island Government 1993; Santé Canada 1997)

Au niveau régional, cinq conseils régionaux sont en charge d'évaluer les besoins dans leur régions et d'établir des plans de santé en fonction de ces besoins. Leurs responsabilités sont très étendues et vont de la gestion des hôpitaux de soins aigus et de soins de longue durée aux services sociaux en passant par les services de soins dentaires, de santé publique, etc. Les conseils sont dirigés par 10 membres nommés, même si les documents officiels parlaient à l'orgine de membres élus. Le petit côté amusant est que la régionalisation du système est tellement poussée étant donné la taille de la province que les conseils régionaux sont tellement petits que la gestion des ressources matérielle des conseils se fait de manière centralisée par le ministère. (P.E.I. Health Transition Team 1993; Prince Edward Island Government 1993; Santé Canada 1997)

Finalement, il est prévu qu'il y ait un jour des structures de soins sur une base communautaire, apparemment du type des CLSC orientés vers les soins primaires adaptés aux communautés et ayant aussi le rôle d'aviser les conseils régionaux sur les besoins locaux (P.E.I. Health Transition Team 1993). Par contre, si ces structures existent sur papier elle n'existent pas (encore ?) dans les faits.

Un modèle

Le modèle choisi et mis en place à l'île du Prince-Édouard semble reposer à la fois sur une logique démocratique et une logique de délégation. En effet, plusieurs mécanismes démocratiques ont été mis en place au niveau provincial et le ton des documents officiels met beaucoup d'emphase sur la participation. Par ailleurs, la taille de la province facilite peut-être cette approche puisque les régions sont les plus petites au Canada tant en terme de taille que de population. En revanche, la manière dont sont constitués les nouveaux organismes provinciaux et

leur rôle de supervision très direct des organismes régionaux tant en ce qui touche les priorités que les budgets traduit aussi une logique de délégation.

Terre Neuve

Pourquoi changer



Les dépenses de santé représentent environ 25% des dépenses totales du gouvernement de Terre-Neuve, ce qui est sensiblement moins que la moyenne canadienne. Malgré cela, en raison des difficultés économiques que connaît la province ainsi qu'en raison des coupures

fédérales, la réforme dans le domaine de la santé est devenue inévitable. Cette réforme, comme plusieurs autres au Canada, compte sur une nouvelle façon de penser le système, inspirée de la définition de la santé de l'OMS, pour permettre de limiter les coûts tout en maintenant la qualité des services. (Newfoundland Health 1994).

Objectifs et réformes

La réforme en cours depuis 1992 passe par un virage ambulatoire (686 lits de soins intensifs soit 27% du total ont été fermés depuis 1990). Ainsi qu'un transfert de ressources du curatif au préventif et des établissement vers le secteur communautaire.

La réforme passe aussi par une régionalisation assez poussée de la gestion du système de santé. Il est à noter que les objectifs de cette régionalisation semblent être assez simplement d'économiser en terme de coûts administratifs. Les objectifs habituellement cités pour régionaliser la gestion du système (meilleure responsabilisation, participation des citoyens, etc.) sont mentionnés et recherchés par les réformes en général mais ne semblent pas être clairement associés à la régionalisation. En ce qui concerne cette régionalisation, il est aussi à noter que Terre-Neuve à choisi un modèle unique au Canada. En effet, les rôles et les responsabilités ont étés partagées entre deux type d'organismes régionaux.

Les 25 hospitals boards existant ont été partiellement fusionnés à partir de 1992 pour ne plus former que 6 organismes. Ces institution boards ont la responsabilité de l'administration et

du fonctionnement des hôpitaux de courte durée. Il sont dirigés par 12 à 18 membres bénévoles nommés par le ministre (Newfoundland Health 1994; Santé Canada 1997)

En plus de ces 6 structures, 4 Community Health Boards ont été mis en place en 1992. Ces organismes sont responsables de fournir des services de santé communautaire (promotion de la santé, protection, soins à domicile, toxicomanie et santé mentale) Leur mandat est très large puisqu'il va jusqu'à inclure le transport et le logement. En avril 1995, certains services de soutien à domicile (pour les personnes âgées) ont été transférés du ministère des Services sociaux aux conseils de santé communautaire (Santé Canada 1997). Les Community Health Boards se caractérisent par une approche moins traditionnelle de la santé et par une prise en compte large des déterminants de la maladie. Ces conseils comprennent 10 à 15 membres nommés et bénévoles. (Newfoundland Health 1997; Santé Canada 1997)

Le Nord de Terre-Neuve et le Labrador ont des structures différentes. Les responsabilité des conseils de santé communautaire et les conseils d'établissements sont assumées par un seul organisme régional. Finalement, les six centres d'hébergement de St John sont sous l'autorité d'un conseil régional distinct (Newfoundland Health 1997; Santé Canada 1997).

En tout, la province compte donc 13 conseils mais dont les territoires et les responsabilités se recoupent partiellement.

Un modèle

Le modèle choisi à Terre-Neuve repose peut-être surtout sur une logique de délégation: membres des organismes régionaux nommés, rôle limité à la gestion hospitalière pour les conseils d'établissements, etc. Par contre, le fait que la responsabilité de la santé au sens large soit partagée par deux type d'organismes régionaux laisse aussi croire qu'il existe une logique interactive d'arbitrage.

Synthèse

Comme nous l'avons dit en introduction et comme on peut s'en apperçevoir à la lecture de notre description, il n'existe pas deux modèles de régionalisation identiques au Canada. Chaque province a choisi, à l'intérieur des limites fixées par le gouvernement fédéral, un modèle structurel différent.

Pour permettre d'avoir une vision d'ensemble de l'organisation et de la régionalisation des systèmes de santé au Canada nous proposons ici une sythèse sous la forme de tableaux. De plus, pour tenter, malgré les différences, de faire mieux ressortir les similitudes entres les provinces, nous proposons un regroupement des provinces selon le nombre de niveau de pouvoir que comprend le système.

Ainsi, dans le tableau n°5 nous avons recensés certains aspects organisationnels et structurels qui caractérisent la régionalisation dans chacune des provinces. Dans le tableau n°6 nous avons recensé les objectifs les plus explicites des réformes en cours.

Tableau 5: Récapitulation des caractéristiques structurelles de la régionalisation au Canada

K				,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,						
Facteurs	Colombie- Britanique	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Ontario	Québec	Nouveau- Brunswick	Nouvelle- Ecosse	Île du Prince Edouard	Terre Neuve
Organisationnels									'	
Gestion régionalisée	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui
Début de la régionalisation	1996	1994	1992	1996-97	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1989-92տ	1992	1996	1993-94	1992
Existence de structures régionales (RB)	oui (m. urbain)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui 🐽
Existence de structures communautaires (CB)	oui (m. rural)	oui	поп	oui	non	non	non	oui	un jour	non
Nb de RB	11	17	33	10 a	16	18	8 o	4	5	6 ₀₀
			****	1 à 4 par	*****	****	*****		****	
Nb dc CB	34	plcin	XX	RB		***************************************	********	30 ⋒		
Nb de membres dans RB	max 15 ₀₀	12 à 15	12 à 14	15 a,	16 à 20	23 à 25	12 à 16	15 à 17	7 à 10	10-18 (12)
Nb de membres dans CB	max 15		****		*******	***********		9 à 18		**** ***
Membres des RB élus	0%	0% ა	66%	0%	0%	0% es	0%	0%	0%	0%
Membres de CB élus	0%		********				******	0%		*********
Geation se fondant sur la «méthode Carver»	çertains	oui	certains	certains		поп	certains	certains	oui	
Suppression de paliers / «boards» intermédiaires	la plupart	oui	oui	certains	non	non	oui	la plupart	oui	oui
Employés hôpitaux => employés des RB	la plupart	oui	oui	certains	*****	non	oui	oui		
RB rôle conseil uniq.	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non
CB rôle conseil unig.	non	oui	*******	oui		*********	****	non	*********	*********
Pop / RB (en miliers)	15 à 175	04.	10 à 225	Our	200 à 2500	*****	38 à 203	130-250		101 à 172
Pop moyenne / RB (en miliers)	86 (a)	164	31	114	703	411	95	196	27	143 (3)
Pop / CB (en miliers)			*******					min 10		
RB responsables de la santé mentale	oui	va le devenir	oui	oui	non	oui	non	en 1997	oui	oui (CRSC)
RB responsables des soins de longue durée	oui	oui	oui	oui	non	oui	non	non	oui	oui (CRSC)
CB mis en place par RB	non	oui	********	oui	******	****	**********	oui	**********	XXXXXXXX
CB mis en place par le ministère	oui	non		non				non		
Formule de financement des RBs		capitation	capitation	historique		~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	mixte	historique	historique	************
Mode de financement des RBs	par programe	giobal				par programe	global	par programe	giobal	glooal

Légende:

: ne s'applique pas, Cases vides: information manquante,

- (I): 18 à Vancouver.
- (2): Plus 3 Northern/Rural Health Associations. (NRHA),
- (3): Il y a 8 RBs, mais 7 régions, car une des régions a un RB francophone et un RB anglophone.
- (4): Il y a 10 à 12 membres pour les 10 Northern/Rural Health Associations. (NRHA).
- (5): Pour le moment, mais il est prévu qu'en 2001 il y ait 66% d'élus.
- (6): Pour l'instant, mais 38 sont prévus.
- (7): Sous sa forme actuelle.
- (8): Comme les RB et les CB sont complémentaires le calcul est fait en comptant 45 régions (11 RB et 34 CB)
- (9) : Il n'y a pas d'élus mais il s'agit d'un système qui inclut des élus municipaux et qui fonctionne par cooptation.
- (10): Existence de 2 structures parallèles. Les R.B. de santé communautaire (C.R.S.C.) et les R.B. d'établissements (CRE)
- (11): Il y a 4 CRSC et 6 CRE. (voir note 10) Plus, dans le Nord et le Labrador, 2 structures qui sont à la fois CRSC et CRE
- (12) : 10 à 15 membres pour les CRSC et 12 à 18 membres pour les CRE
- (13): Pour les CRSC. Les territoires de CRE sont plus petits

Tableau 6: Récapitulation des objectifs officiels de la régionalisation au Canada

	Modèle à trois paliers			Modèle à deux paliers			Cas particuliers				
Objectifs revendiqués	Alberta	Manitoba	Nouvelle- Ecosse	Île du Prince- Edouard	Saskatchewan	Nouveau- Brunswick	Colombie- Britanique	Ontario	Québec	Тепс Neuve	
Prendre une définition de la santé style OMS	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui				
Evaluer les outcomes en terme de santé publique	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Plus de participation de la population	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui		oui	Cui	
Plus de prévention moins de curatif		oui	oui	oui	oui	oui	oui		oui	oui	
Dépenses	diminuer	diminuer	stable		stable	diminuer	stable	stable	stable	diminuer	
Maintient des principes du système actuel	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui		
Integrer les services	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui		

Le modèle à trois paliers.

Dans toutes les provinces du Canada, plusieurs responsabilités quant à la gestion du système de santé continuent d'incomber au ministère provincial de la santé. On peut donc considérer qu'un premier palier de responsabilité est assuré par les ministères provinciaux.

Dans les provinces qui ont mis en place un système à trois paliers, deux autres types de structures viennent compléter le modèle: un palier régional et un palier communautaire. La structure est arborescente: un ministère pour la province qui comprend plusieurs régions possédant chacune un organisme de gestion régionale qui chapeaute lui-même plusieurs communautés possédant aussi leur palier administratif dont le rôle est généralement limité à des aspects consultatifs. Les organismes régionaux et communautaires ont souvent des noms et des abréviations différentes suivant les provinces (RHA pour Regional Health Agency en Alberta, RHB pour Regional Health Board en Nouvelle-Écosse, etc.) pour simplifier nos propos nous appelons de manière générique «RB» les organismes de gestion au palier régional et CB ceux du niveau communautaire.

Les provinces qui privilégient un modèle à trois paliers sont l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba. Dans ces trois cas, le mode d'implantation va de haut en bas. Le ministère a défini les frontières des régions et supervisé assez directement la mise en place des RBs. Par la suite, ce sont les RBs et non pas le ministère, qui ont mis en place les CBs. Un autre point commun est la suppression, dans les trois provinces, des anciens *boards* intermédiaires (principalement des *boards* d'hôpitaux) et le transfert de leurs responsabilités vers les RBs. De même, les employés des hôpitaux sont devenu directement des employés des RBs dans la majorité des cas (mais pas dans tous les cas).

Malgré ces point communs, il existe des différences entre les modes de régionalisation dans ces trois provinces, en particulier, au niveau de la nomination des membres des RBs et au niveau du rôle des CBs qui ont soit un rôle de conscil (Alberta et Manitoba) soit un rôle de gestion (Nouvelle-Écosse).

Le modèle à deux paliers sans organisme intermédiaire

Comme dans le modèle à trois paliers, le premier palier de gestion est le ministère de la santé dont les responsabilités s'étendent à toute la province. Le second palier est un palier régional (RB) mais, contrairement au modèle précédent, il n'existe pas de structures de gestion au niveau communautaire. Par contre, il peut exister des structures de soins de première lignes au niveau communautaire mais sans qu'il n'y ait de structures aministratives ou de gestion.

Une autre caractéristique de ce modèle est que, comme dans le modèle précédant, il y a eu suppression des anciens *boards* d'hôpitaux, et transfert de leurs responsabilités vers les RB. De même, les employés des hôpitaux sont devenu directement des employés des RB.

Trois provinces on privilégié ce type de structures, il s'agit de la Saskatchewan, du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du Prince-Édouard.

Les cas originaux

Quatre provinces ont choisi des modes de régionalisation qui n'appartiennent à aucun des deux modèles que nous venons de décrire. Le premier cas est l'Ontario qui est la seule province

canadienne qui n'a pas délégué de pouvoir aux régions. Il existe des structure régionales en Ontario mais elles n'ont qu'un rôle consultatif.

Le Québec constitue un cas particulier moins éloigné des modèles présentés. En effet, le Québec a régionalisé en partie son système de santé depuis fort longtemps. Par contre, ce n'est que depuis les années 1989 à 1992 – à la suite du rapport Rochon – qu'une réelle régionalisation des pouvoirs a été mise en place. Le système du Québec ne peut être inclus dans aucun des deux modèles présentés pour une raison simple. En effet, même s'il y a deux paliers officiels (le Ministère et 18 Régies régionales) du fait qu'il n'y a pas eu suppression des conseils d'administration des hôpitaux, il reste implicitement un troisième palier de pouvoir. Par contre, contrairement au modèle à trois paliers, ce pouvoir n'est pas aux mains d'organismes ayant une base territoriale mais aux mains des établissements.

Terre-Neuve constitue la troisième exception. Ici encore il y a eu régionalisation des pouvoirs mais selon un schéma différents. Deux type de structures régionalisées sur des bases territoriales différentes se partagent la gestion du système de santé et des services sociaux. Quatre Conseils Régionaux de Santé Communautaire (CRSC) se partagent la responsabilité des services sociaux et communautaires tandis que six Conseils Régionaux d'Établissement (CRÉ) sont en charge de la gestion des soins hospitaliers. À tout cela s'ajoutent deux structures qui jouent à la fois le rôle de CRSC et de CRÉ pour le Labrador et le Nord.

Finalement, la dernière exception est constitué par la Colombie-Britannique. En effet, après avoir proposé un système à trois paliers dont l'originalité principale était un niveau communautaire non mis en place par les RBs, ce mode de régionalisation a été abandonné. Il semble qu'un manque de définition claire des rôles des RBs et des CBs ait été à la base de l'abandon. Par la suite, un des deux palier a été systématiquement supprimé au dépend de l'autre dans chacune des régions. Globalement, en milieu rural les RBs ont été supprimés au profit des CBs (qui ont parfois été fusionnés). En milieu urbain c'est l'inverse qui s'est produit et seuls les RBs ont été maintenus. On pourrait donc considérer à la limite que la Colombie-Britannique a adopté un modèle à deux palier avec de simples distinctions de nom selon que les RBs sont en régions urbaines ou rurales. Toutefois, le fait que les rôles des RBs et des CBs soient distincts fait de ce modèle une autre exception.

Conclusion

En conclusion, on peut commencer par noter qu'il ne semble pas y avoir de lien entre les objectifs explicites des provinces pour promouvoir les réformes et le type de réformes structurales privilégiées puisque les objectifs des provinces sont remarquablement similaires malgré la mise en place de structures différentes.

Il ne semble pas non plus y avoir de liens évidents entre une plus ou moins grande volonté de faire participer la population au processus de gestion et le mode d'organisation choisi. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, le fait de privilégier la mise en place de structures de niveau communautaires ne semble pas être directement relié à une plus grande participation de la population. Le seul lien que l'on peut noter concerne l'Ontario qui est la seule province à ne pas régionaliser la gestion de son système de santé et qui est aussi la seule province à ne pas se donner comme objectif explicite une plus grande participation de la population. On peut donc imaginer que l'augmentation de la participation des citoyens est un des objectifs intrinsèque de la régionalisation, même si une seule exception ne constitue pas une preuve.

Pour plusieurs provinces, la régionalisation paraît être un instrument de gestion du réseau socio-sanitaire en vue de faire face à de nouvelles contraintes et contingences. Elle jouerait ainsi un rôle essentiellement instrumental et managérial et s'apparenterait au modèle de la délégation. Par ailleurs, certains projets de régionalisation, dont ceux entrepris en Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard semblent laisser une place plus importante à une logique démocratique de régulation. La régionalisation pourrait être vue dans ce cas comme un moyen de valoriser des principes démocratiques de gouverne. Au Québec et en Colombie-Britanique de façon moins explicite, la régionalisation renvoie à une logique mixte de régulation fondée sur la valorisation des projets stratégiques des acteurs (logique interactive) et de la représentation libre du points de vue des citoyens (logique démocratique). Initialement, nous pouvions faire l'hypothèse que plus une province opte pour une ou des approches qui s'éloignent du modèle de la délégation, plus elles devraient donner lieu à des représentations nouvelles du système socio-sanitaire. L'examen empirique mais statique des expériences de régionalisation au Canada montre que les représentations sont semblables mais que les initiatives structurelles prises pour les concrétiser

varient. Ces résultats montrent qu'il n'y a pas un couplage serré entre une idéologie réformiste et le design du système socio-sanitaire. La régionalisation est tout vraisemblablement le véhicule d'une diversité d'enjeux sur le terrain. Il semble difficile de prévoir quels objectifs seront véritablement prioritaires dans les processus de régionalisation à la lumière des expériences que nous venons de regarder. L'objectif d'une rationalisation de l'offre de soins paraît dominant dans plusieurs provinces. Il peut coexister avec d'autres objectifs mais il reste la toile de fonds de ces transformations.

Chapitre V- La régionalisation dans quatre expériences significatives de réforme.

Dans cette section, nous passons brièvement en revue les caractéristiques des réformes dans quatre pays reconnus pour l'ampleur des transformations apportées au système de sante. Nous analysons respectivement l'évolution du système de santé au Royaume-Uni, en Suède, en Nouvelle-Zélande et en France. Notre travail consiste à repérer la part faite à la régionalisation dans ces réformes et la nature des rôles et responsabilités qui peuvent être éventuellement confiés à une instance régionale. Nous concluons sur l'importance relative de la régionalisation pour ces différents systèmes de santé et sur sa parenté avec les différents modèles de régulation régionale décrits précédemment.

Royaume-Uni

Le système de santé du Royaume-Uni est probablement le plus ancien des systèmes de santé sous leur forme étatique moderne (Dent 1995). Ce système a été mis en place en 1948 suite au Beveridge Report de 1942 (Laing, 1994). Il serait abusif de parler de régionalisation du NHS puisque le système fonctionne selon une structure régionalisée depuis sa création. En revanche, ce système a subi en 1991 une réforme majeure de son mode de fonctionnement. Or, cette réforme, qui a tenté d'introduire une logique de marché à l'intérieur du système public, a profondément modifié les règles de fonctionnement des organismes régionaux. Ce que nous proposons ici de manière extrêmement schématique c'est, premièrement, une description de l'organisation du NHS avant les réformes de 1991, deuxièmement, une description du NHS après les réformes de 1991 et, finalement, une brève discussion de ce que ces réformes impliquent au niveau de la gestion régionalisée.

Le NHS avant 1991

Lors de sa création en 1948 le NHS était divisé en trois structures distinctes: une pour les hôpitaux, une pour les services de santé communautaire et une pour les généralistes (GPs) et les pharmaciens. De l'avis général ces séparations étaient des freins à l'intégration des soins. En 1974 une réforme majeure a été mise en place pour intégrer et moderniser l'organisation du NHS. De manière globale le système mis en place par la réforme se décompose en quatre niveaux. Tout d'abord, on retrouve le ministère des services sociaux qui est responsable de tout le système. Sous le ministère on retrouve 14 Regional Health Authorities (RHAs) (pour l'Angleterre) qui ont la charge d'administrer les finances du réseau, de construire des hôpitaux et de superviser les 90 Area Health Authorities (AHA). Ce sont ces AHAs qui gèrent le réseaux au niveau opérationnel et sont responsables de fournir les services de santé communautaire. Sous le niveau des AHAs on trouve celui des District Management Teams (DMTs). Les DMTs sont ce que les Anglais appellent un «natural health district» c'est-à-dire la plus petite unité pouvant fournir tous les soins de santé et services sociaux courants (ce qui représente environ 250 000 personnes) et à la fois la plus grande unité où tous les types d'employés peuvent participer à la gestion par le biais de mécanismes de représentation. Les DMTs sont en charge de la gestion des districts. Finalement cette réforme a aussi créé les Community Health Councils (CHCs) qui avaient pour but de permettre une participation des citoyens à la gestion du réseau, même si les CHCs n'ont qu'un rôle consultatif et aviseur. (Laing 1994). Un des aspects les plus intéressant de la réforme de 1974 est aussi d'avoir remplacé le mode de financement «historique» par un financement par capitation (selon la formule proposée par le Resource Allocation Working Party ce qui lui a donné son nom de RAWP). Les changements entre le financement historique et celui du RAWP ont été introduits progressivement. À la fin du processus c'est finalement uniquement le RAWP qui a été utilisé pour établir le financement des RHAs ainsi que le financement infra-régional (Laing 1994).

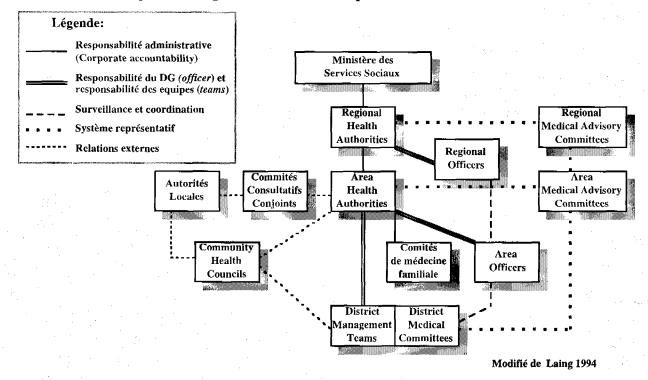


Figure 5: Organisation du NHS après les réformes de 1974

D'autres modifications on ensuite été apportées au NHS. Tout d'abord, en 1982 les AHAs ont été abolies et leurs pouvoirs ont été transférés aux *DMTs* qui ont été renommées pour l'occasion *District Health Authorities* (*DHAs*). Une autre réforme majeure a été mise en place en 1984 à la suite du premier des «*Griffiths reports*». Il s'agit de l'introduction d'un modèle de gestion hiérarchique intégrée (*general management*) qui a pour but de créer une ligne directe de responsabilité du haut en bas du système. Deux nouveaux organismes centraux ont été crée, le *NHS Supervisory Board* (qui deviendra le *NHS Policy Board*) et le *NHS Management Board* (qui deviendra le *NHS Management Executive*). Le *NHS Supervisory Board* dirige l'orientation du réseau. Le *NHS Management Board* est le plus haut niveau organisationnel, il est dirigé par le *NHS Chief Executive* qui est directement responsable de la gestion de tout le réseau. En dessous, chaque *RHA* est dirigé par un *General Manager* qui est directement responsable auprès du *NHS Chief Executive*. De même, chaque *DHA* est sous l'autorité d'un *General Manager* qui doit lui même des comptes auprès du *RHAs*. Ce nouveau mode d'organisation a été mis en place dans le but explicite à la fois de simplifier les niveaux de responsabilité et à la fois d'augmenter la responsabilisation de chaque niveau organisationnel (Laing 1994). Il s'agit d'un recours très direct à

une logique de délégation et à l'imputabilité qu'elle implique. Le financement total du système a continué à être divisé en trois enveloppes, les hôpitaux et les spécialistes d'une part, les généralistes d'autre part et finalement les services sociaux, financés par les municipalités (Light 1997)

Sans prétendre avoir tracé le portrait complet du NHS d'avant 1991 – ce qui serait d'autant plus prétentieux qu'il s'agit d'une des organisations les plus étudiée du monde – ceci esquisse quand même les grandes lignes de l'organisation interne. On peut donc voir qu'il s'agit à la fois d'un organisme extrêmement centralisé et d'une structure régionalisée. Il s'agit d'un organisme centralisé car la structure est organisée de manière hiérarchique de haut en bas selon une même structure organisationnelle fixe qui est appliquée a la grandeur du Royaume-Uni. Ce système a même été qualifié de «most highly centralised health care system in the OECD» (Maynard & Bloor 1996). En ce sens, il s'agit d'une organisation qui semble relever très directement d'une logique de régulation par délégation. De même, il s'agit d'un système régionalisé puisque l'essentiel de la gestion est confiée a deux niveau régionaux: la région et le district. À ce sujet, il faut garder en tête qu'en raison du nombre d'habitants, n'importe lequel des 190 districts d'Angleterre, c'est-à-dire la plus petite unité territoriale de gestion, continue d'être en moyenne deux fois plus grand que l'Île du Prince-Édouard qui possède pourtant son Ministère de la santé.

Pour terminer cette section on peut rappeler que le NHS était avant les réformes (et continue d'être pour plusieurs aspect) un système public et gratuit offrant une gamme complète de soins a toute la population et en utilisant pour ce faire un budget représentant environ 6% du PIB (Maynard & Bloor 1996, Light 1997)

Le NHS après 1991

Quatre causes sont souvent mentionnées pour expliquer les réformes de 1991: des listes d'attente trop longues pour les interventions électives, une médiatisation sensationnaliste d'erreurs et d'accidents dans le système qui a crée un sentiment de panique; l'impression que les coûts étaient hors de contrôle et, finalement, la raison probablement la plus importante, une croyance idéologique dans l'efficacité supérieure du marché par le gouvernement de Mme Tatcher (Laing 1984, Maynard & Bloor 1996, Light 1997). Les réformes de 1991 (puis de 1993-94) ont été très

fortement inspirées des travaux du chercheur américain A. Enthoven et de l'expérience des HMOs aux États-Unis. Les principaux objectifs de la réforme étaient d'augmenter l'efficacité et l'efficience, de freiner l'augmentation des coûts, et de mieux répondre aux attentes de la population (Ratcliffe 1993, Laing 1994, Dent 1995, Edgard 1995, Maynard & Bloor 1996 Light 1997)

La réforme de 1991 avait pour objectif d'administrer le NHS en utilisant une régulation par les «lois» du marché. Un consensus s'est dégagé selon lequel il était primordial de maintenir le financement public pour des raisons d'accessibilité et d'équité ainsi que de contrôler l'action du marché pour prévenir un fonctionnement trop chaotique. Ce qui a été produit est donc un marché interne ou «quasi-market» (Le Grand & Barlett 1993). Pour permettre aux lois du marché de fonctionner il faut des acheteurs et des vendeurs qui soient distincts. Un des principaux changement apporté par ces réformes est donc de séparer clairement les fournisseurs de soins (providers) d'un côté et les acheteurs (purchasers) de l'autre. Les uns devant offrir des soins et des services à des prix compétitifs et les autres devant «magasiner» pour trouver les meilleurs soins aux meilleurs prix pour la population dont ils ont la charge.

Les fournisseurs

Il existe de nombreux types de fournisseurs: les hôpitaux qui sont devenus des NHS trusts au début des réformes; les hôpitaux qui n'étaient pas encore des trusts (dénommés les Directly Managed Units ou DMUs); les généralistes non Fund Holders; les pharmaciens; les dentistes; les opticiens; les hôpitaux indépendants; les centres d'hébergement; etc. Les NHS trusts ce sont les anciens hôpitaux publics qui ont acquis le statut de trust c'est-à-dire d'entités autogérées indépendantes du gouvernement. Ce sont les principaux fournisseurs de soins. Ceci signifie qu'ils doivent compétionner entre eux pour obtenir les contrats et donc le financement de la part des acheteurs régionaux. Les hôpitaux publics ont graduellement été transformés de DMUs en trusts entre 1991 et 1995. À l'heure qu'il est, tous les hôpitaux sont des trusts sauf certains hôpitaux comme les hôpitaux universitaires de Londres et certains autres qui ont le statut de Special Health Authorities. (Laing 1984, Maynard & Bloor 1996)

Les acheteurs

Les premiers «acheteurs» ont, au début de la réforme, été les 14 RHAs qui ont par la suite été regroupés en 8 bureaux régionaux du NHS Management Executive. Les seconds acheteurs étaient les 190 DHAs (en Angleterre) qui ont par la suite été regroupés avec les Family Health Services Authorities et intégrés pour ne plus former qu'environ 80 unités de districts. Ce sont ces districts qui sont réellement en charge de négocier et de «magasiner» pour obtenir les meilleur prix / services pour la population qu'ils ont en charge.

Les GPs Fund Holders

Les GPs Fund Holders sont un autre changement majeur apporté par les réformes de 1991. Il s'agit de la principale entorse à la séparation des acheteurs et des fournisseurs. Les GPs Fund Holders sont des médecins généralistes qui pratiquent de manière indépendante en cabinet privé. Ce qui les distingue des autres généralistes c'est que les DHAs leur confient un montant d'argent ajusté par capitation pour fournir l'ensemble des services de deuxième et troisième ligne pour leurs patients. Il serait trop long d'énumérer ici toutes les subtilités de ce modèle mais on peut simplement noter que ces médecins sont à la fois des acheteurs de services de deuxième et troisième ligne, notamment auprès des trusts et à la fois des fournisseurs de services de première ligne. Sur la figure n°6, nous avons schématisé (d'après Laing 1984) la nouvelle organisation du NHS.

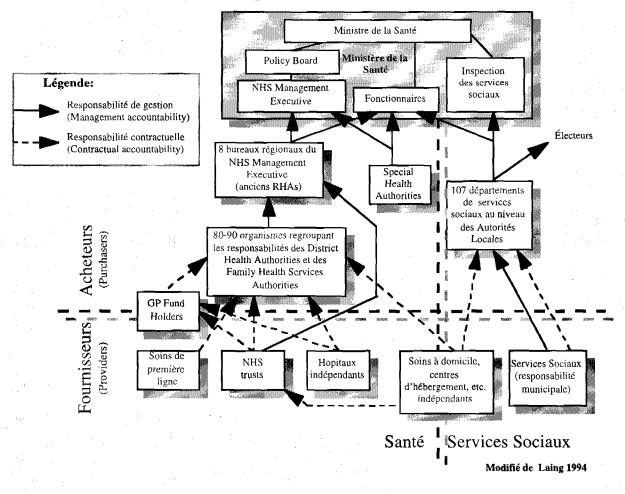


Figure 6: Organisation actuelle du NHS

Cette transformation du système de santé du Royaume-Uni s'est accompagnée d'une hausse massive du financement (de environ 6% du PIB à environ 8% du PIB...ce qui peut sembler étrange pour une réforme visant à contrôler des dépenses) (Maynard & Bloor 1996). Il est encore difficile aujourd'hui de connaître les résultats des réformes car très peu de données sont accessibles (Light 1997). Il semble tout de même exister un consensus quant au fait que le niveau de compétition est très limité voir même théorique étant donné le faible nombre d'acheteurs et de fournisseurs, le manque d'information pertinente ainsi que l'importance de la régulation (Shackley & Healey 1993, Propper 1995, Maynard & Bloor 1996, Light 1997). En terme d'efficacité, il est tout aussi obscur – tant au niveau de l'efficacité technique (celle des fournisseurs) que de l'efficacité allocative (celle des acheteurs) – de savoir s'il y a eu ou non amélioration. Il est certain qu'il y a eu une très nette amélioration quant aux durées moyenne d'attente pour les intervention électives mais il est difficile de savoir s'il cela est dû au nouveau système ou à l'augmentation

massive du financement. Il est aussi peu clair de savoir si il y a eu décentralisation des pouvoirs au niveau régional avec la fusion des *RHAs* en 8 bureaux régionaux du *NHSME*. En effet, il n'est pas évident de savoir si cela va permettre d'obtenir des entités régionales plus autonomes ou si le fait que ces entités aient simultanément subi des coupures de poste ne va pas entraîner une augmentation du contrôle central. (Maxwell 1996). Certains s'inquiètent déjà des possibles inéquités que pourraient provoquer une trop grande décentralisation au sein du très centralisé NHS (Light 1997). En ce qui concerne les *GPs Fund Holders* il semble que les médecins eux même soient satisfaits de leurs nouveaux pouvoirs et de leurs responsabilités et qu'il y ait là des effets positifs même s'il s'agit d'un système ayant aussi des incitatifs pervers (Light 1997). Finalement, le niveau de participation démocratique des citoyens dans un modèle divisé en fournisseurs et en acheteurs est difficile à évaluer mais plusieurs estiment qu'il est insuffisant (Clarke et al. 1997)

De manière générale il est donc quasi impossible de porter un jugement global sur l'efficacité des réformes entamées en 1991. Il semble tout de même que, malgré quelques succès non équivoques, la plupart des analystes reconnaissent que le succès est mitigé voire même très limité. En ce qui concerne la capacité de contrôle des coûts, personne n'ose affirmer que cet objectif ait été atteint, en supposant qu'il ait effectivement été recherché.

«Since managed competition began, the British have had to add funds to pay for more managers, more consultants, more data, more marketing, more consumer pressures, more consumer complaints, and increased demand. Even had the British saved money, competition has historically been an engine of economic growth, not restraint. This is an obvious lesson of history that policy makers and consulting firms studiously ignore as they advocate competition to save money in health care. For while competition may decrease expenditures in the short run, in the long run it strongly rewards the creation of new products, new markets, and economic growth. Adam Smith's famous book was about increasing wealth and was not entitled "The Efficiency and Cost Containment of Nations."» (Light 1997: 320)

Suède

Le modèle d'organisation du système de santé suédois est intéressant dans le cadre de notre discussion pour deux raisons. Premièrement, c'est un des système de santé les plus régionalisé et s'appuyant le plus sur un mode de régulation démocratique qui existe dans les pays développés. Deuxièmement, ce modèle est actuellement en réforme et ces réformes vont souvent dans le sens inverse de celles que l'on observe au Canada. Finalement, de manière plus macro-structurelle, on peut aussi noter que la suède et le seul pays de l'OCDE a avoir réussi, non pas contenir, mais à

réduire très significativement ses dépenses de santé entre 1980 et 1993 (Diderichsen 1995). Par contre, tout comme pour le modèle anglais, on ne peut pas parler ici de processus de régionalisation puisque le système suédois est déjà totalement régionalisé depuis les années 1960.

Bref historique

Le système de santé suédois, contrairement au système anglais n'a pas été implanté de manière volontaire d'un seul coup. Il est le produit d'une très longue histoire que certains font remonter au 16^e siècle (Garpenby 1995). Les principaux acteurs actuels du système de santé suédois, les conseils régionaux (county councils), ont été instaurés en 1860. Ils ont commencé à jouer un rôle dans la santé vers la fin du 19^e siècle quand ils ont obtenu le droit de lever des taxes et qu'ils ont ainsi eu a capacité de construire des hôpitaux.

Le système du début du siècle était un système très fragmenté où le gouvernement central, les conseils régionaux, les municipalités et les médecins se partageaient de manière plus ou moins intégrée les ressources et les responsabilités. Ce que l'on va observer tout au long de ce siècle c'est la concentration de plus en plus grande des responsabilités aux mains des conseils régionaux. En 1920 ils deviennent totalement responsables des soins hospitaliers, en 1960 des soins ambulatoires, en 1970 de la santé mentale et en 1980 des hôpitaux universitaires. C'est en 1983, avec quelques modifications en 1995, que le système a pris la forme qu'il conserve aujourd'hui où 26 conseils régionaux sont responsables, par le biais de politiciens élus de manière directe, de tout ce qui touche les politiques de santé (Garpenby 1995; Gustafsson 1995).

Ce qui rend le modèle suédois beaucoup plus régionalisé que celui des autres pays c'est que les conseils de région sont aussi en charge de la plus grande part du financement de la santé. En cffet, environ 70 % des dépenses de santé sont financées par des taxes prélevée par les conseils régionaux et qui représentent environ 80% des dépenses des régions (Brunelle et Ouellet 1989; Hakansson 1994; Glennerster et Matsaganis 1994). Ces taxes constituent actuellement environ 14% des revenus taxables des citoyens. Ceci représente une augmentation significative puisqu'elles ne représentaient que 6% en 1960 (Glennerster et Matsaganis 1994). Le reste du financement provient de l'État (20%), d'autres sources (8%) et des contributions directes des patients (2%) (Hakansson 1994; Glennerster et Matsaganis 1994).

L'organisation du système

Il est un peu trompeur de parler du modèle Suédois. En effet, la très grande indépendance dans les pouvoirs et les responsabilités des conseils régionaux entraîne aussi une très grande variabilité dans les types d'organisation mis en place. De plus, la taille de la population dont les régions sont responsables est très inégale et va de 60 000 à 1 700 000 personnes. La taille moyenne étant 300 000 personnes elle se compare à celle des districts anglais (Hakansson 1994; Garpenby 1995; Gustafsson 1995). Pour ces raisons il serait peut être plus juste de parler des 26 modèles suédois. Toutefois, pour rendre notre présentation plus claire nous nous limiterons aux caractéristiques les plus globales que les régions partagent.

Le système de santé suédois fonctionne selon trois niveaux géographiques. Cette organisation n'a d'ailleurs pas été modifiée quant à sa structure par les réformes des années 1990 dont nous allons discuter plus loin. Tout d'abord, le niveau national. Contrairement à ce qui se passe dans la grande majorité des pays développés, le niveau national n'a que très peu de pouvoirs. En effet, l'orientation des politiques en matières de santé revient au régions, le financement est très majoritairement régional par le biais des taxes et même la légitimité démocratique est régionale puisque les région sont des entités politiques dirigées par des politiciens élus au suffrage universel direct. Les responsabilités du niveau national sont donc très limitées mais elles ne sont pas nulles. En théorie, c'est le niveau national qui est ultimement responsable des régions. Les débats politiques sur l'avenir du système de santé suédois se tiennent au niveau national. Finalement, 20% des budgets proviennent du niveau national ce qui lui permet de s'impliquer directement pour régler des problèmes ponctuels (par exemple l'existence de listes d'attentes trop longues) (Hakansson 1994; Garpenby 1995).

En dessous du niveau national viennent les 26 conseils régionaux (ou plus précisément 23 conseils régionaux et 3 municipalités ayant des pouvoirs spéciaux) (Garpenby 1995; Gustafsson 1995). Comme nous l'avons déjà dit, le vrai pouvoir est là. La totalité des responsabilités en matière de santé et d'organisation des services médicaux est sous la juridiction des régions Le conseil régional est une structure politique, où siègent des membres élus qui ont un droit de taxer. Chaque région est relativement indépendante et peut décider des grandes orientations pour son

système de santé. C'est aussi la région qui décide de la formule de financement du troisième échelon de pouvoir qui est le district (Hakansson 1994; Garpenby 1995).

Chaque région et composée de plusieurs districts qui sont chargés de l'administration des ressources de leur territoire. Les réformes actuelles dans plusieurs régions (la plus souvent mentionnée étant sans aucun doute celle de Stockholm) passent – un peu comme dans le cas du NHS – par une séparation entre les acheteurs et les producteurs. Dans ce cas l'allocation des ressources aux districts se fait sur la base d'une formule de capitation. Le rôle des districts devient alors celui d'acheteur, chargé de «magasiner» pour trouver les meilleurs services aux meilleurs prix dans les hôpitaux.

Finalement, sur un plan parallèle, suite à une réforme en 1992, les municipalité ont retrouvé un rôle dans le domaine de la santé. En effet, le gouvernement central, en guise d'avertissement au niveau régional qui ne parvenait pas à régler certains problèmes récurrents, a transféré la responsabilités et le financement des soins aux personnes âgées du régional au municipal (Garpenby 1995)

Les réformes des années 1990

De manière générale, les experts comme les citoyens s'accordent pour dire que le modèle suédois est un modèle qui fonctionne bien et qui a toujours relativement bien fonctionné. De plus, si on observe les variables de santé de la population comme mesure des résultats, la Suède obtient une des meilleure position (Glennerster et Matsaganis 1994).

Durant les années 1980 le système à tout de même fait face à de nombreuses critiques. La plus importante concernait le coût global qui a atteint un sommet à 9% du PIB en 1980 avant de redescendre vers 8% en 1990 (Hakansson 1994; Glennerster et Matsaganis 1994; Diderichsen 1995; Garpenby 1995). L'augmentation constatée du coût du système a nécessité l'intervention du gouvernement central qui a limité par une loi la capacité de taxer des conseils régionaux (Glennerster et Matsaganis 1994). Par ailleurs, le système a été critiqué pour son manque d'intégration (Hakansson 1994; Garpenby 1995), le faible niveau de choix pour les patients (Ham et Brommels 1994; Garpenby 1995), ses listes d'attentes (Hakansson 1994; Garpenby 1995), le manque d'incitatifs encourageant les travailleurs du secteur de la santé a augmenter leur

productivité (Brunelle et Ouellet 1989; Hakansson 1994; Ham et Brommels 1994), et l'absence de «gatekeepers» pour les services spécialisés (Brunelle et Ouellet 1989; Glennerster et Matsaganis 1994; Hakansson 1994)

Il semble que les années 1980 aient été très marquées en Suède par des débats et des critiques quand à l'avenir du système de santé. Ces débats qui ont eu lieu dans la presse ont souvent donné l'impression d'un système au bord de la faillite. En 1988 la fédération des conseils régionaux acommandé un rapport (le *Crossroads report*) qui avait proposé trois types de réformes possibles pour la Suède (Glennerster et Matsaganis 1994). Le premier était une simple réorientation du modèle actuel vers une perspective de marché interne. Le second était un modèle inspiré du modèle des *GPs Fund Holders* anglais. Finalement, le troisième était un système national d'assurance santé ce qui représente, dans le contexte suédois une centralisation immense. Toujours en 1988, l'infatigable A. Enthoven y était aussi allé de son leitmotiv en faveur d'une réforme de type quasi-market. En 1991 un comité composé d'experts de plusieurs pays dirigé par A.J. Culyer a étudié le système suédois et a conclu que si le système de santé en Suède connaissait effectivement des difficultés, celles-ci étaient comparables a celles que la majorité des autres pays connaissent mais souvent sous une forme moins grave (Hakansson 1994; Garpenby 1995).

C'est finalement, après de long tiraillements politiques, le premier modèle – le moins révolutionnaire mais celui qui avait été jugé le meilleur par un autre comité d'expert internationaux formé en 1993 – qui a été suivi (Garpenby 1995). Ce modèle reprend aussi plusieurs des conseils de A. Enthoven. En 1992, 9 conseils régionaux ont mis en place une séparation entre acheteurs et fournisseurs suivi par 5 autres en 1994 ce qui représente au total plus de la moitié des régions (Garpenby 1995). De plus, la plus important région, celle de Stockholm avec 1,7 millions d'habitants, fait partie du lot. Dans ces réformes le niveau infra-régional prend le rôle de l'acheteur face aux hôpitaux qui deviennent fournisseurs. Ceci permet donc en théorie à l'argent de suivre le patient contrairement à ce qui se produisant dans l'ancien système, ce qui devrait augmenter la possibilité de choix du lieu et du type de traitement pour les patients (Hakansson 1994). Par ailleurs, l'ancien mode de rémunération à salaire des médecin est dans certains cas remplacé par une rémunération à l'acte, vue comme un moyen d'augmenter la productivité. La conjonction de

ces deux modification a effectivement permis une augmentation de productivité dans le cas de Stockholm qui, ajoutée aux innovations technologiques, s'est traduite par un surplus de lits hôpitaux (Hakansson 1994; Ham et Brommels 1994). Par contre, malgré les bénéfices potentiels que ces réformes semblent pouvoir apporter, de très nombreuses remises en cause de la réalité empirique des mécanismes de marché pouvant réellement prendre place dans un tel système sont faites (Garpenby 1995; Gustafsson 1995; Diderichsen 1995). Ces critiques reprennent sensiblement les mêmes arguments qui ont été developpés dans le cas du modèle anglais (Shackley & Healey 1993, Propper 1995, Maynard & Bloor 1996, Light 1997). Il faut aussi mentionner que la réorientation vers une logique de marché interne n'est pas la cause de la diminution du coût total du système de santé suédois car cette diminution de coût s'est produite avant la réorientation du système.

Les réformes se sont aussi accompagnées d'une décentralisation encore plus poussée par le transfert de responsabilité des conseils régionaux aux municipalités. Ce deniers aspect posant par ailleurs un problème quant au rôle futur que les deux acteurs, municipaux et régionaux vont jouer

On peut donc conclure que le modèle Suédois, malgré les difficultés des années 1980 et les réformes de 1990 a conservé un fonctionnement ultra-décentralisé. Le principal changement que les réformes de 1990 ont apporté en terme de mode de régulation est d'avoir mélangé à une régulation quasi-exclusivement démocratique des aspects interactifs et de délégation découlant d'une logique de marché.

L'étude du cas Suédois permet de faire une autre conclusion plus indirecte. Dans plusieurs travaux sur la régionalisation, on retrouve l'idée que les politiques centralisées de gestion du système de santé ont démontré leur inadéquation en raison de la crise que vivent actuellement les systèmes centralisé. Or, bien peu d'arguments, qu'ils soient logiques ou historiques sont proposés pour soutenir cette hypothèse. Quels que soient les mérites potentiels que l'on puisse trouver à la décentralisation, en aucun cas ceux-ci ne sont suffisants sur le plan logique pour démontrer que les politiques centralisatrices soient inefficaces. De même, ce n'est pas parce que le système sous sa forme centralisé posait des problèmes que l'on peut se permettre d'affirmer que la centralisation était à la base de ces problèmes étant donné l'importance et le nombre d'autres facteurs qui peuvent être invoqués. Ce qui est interessant c'est que l'étude du cas Suédois vient appuyer notre

raisonnement. En effet la similitude entre les facteurs qui ont provoqué la crise politique et médiatique qu'a traversé le système de santé Suédois et ceux qui sont à la base des réformes au Canada, peut être considéré comme une preuve de ceci car la Suède possède probablement le système de santé le plus décentralisé des pays riches.

Nouvelle-Zélande

La Nouvelle-Zélande est le troisième exemple international de régionalisation que nous allons discuter. Nous avons présenté le NHS et le système Suédois parce qu'ils représentent deux façons différentes et très connues de voir la régionalisation. En revanche, les raisons qui nous poussent à discuter du modèle néo-zélandais sont différentes. En effet, en lui même, le modèle mis en place n'est pas très original puisqu'il ressemble beaucoup au modèle anglais de «Quasi-Market». Malgré ceci, deux facteurs nous laissent penser qu'il est intéressant de discuter de ce modèle. Tout d'abord, les réformes néo-zélandaises ont été beaucoup discutées, beaucoup citées en exemple et plusieurs provinces canadiennes (en particulier l'Alberta et le Manitoba) semblent s'en être inspirées. Deuxièmement, ces réformes ont été mises en place de manière très rapide, voire brutale ce qui permet de jeter un coup d'œil sur le processus de mise en œuvre (Domberger et Hall 1996).

Bref historique

C'est en 1938, avec l'entrée en vigueur du *Social Security Act*, que la Nouvelle-Zélande s'est dotée d'un système de santé public et universel. À l'origine le système garantissait à tous un accès à des soins médicaux de base gratuits dans un système public fonctionnant en parallèle avec un système privé et payant. Ce système a coûté au cours du temps une part relativement stable de la richesse collective oscillant autour de 7% ou 8% du PIB dont 80% d'origine publique (Laugesen et Salmond 1994; Ashton 1996).

Dans les années 1970 les conditions économiques ont poussé le gouvernement à s'interroger sur l'efficience du système. C'est à ce moment que l'idée de régionalisation a commencé a être discutée. En 1974, le gouvernement travailliste à proposé de régionaliser les services de santé sous l'autorité de 14 *Regional Health Authorities*. Cette proposition a été ardemment

combattue par les médecins et a finalement été abandonnée avec le changement de gouvernement de 1975 (Laugesen et Salmond 1994).

C'est en 1983 que l'idée refait surface et que, suite au *Area Health Boards Act*, 14 régions sont instaurées et 14 *Area Health Boards* se voient confier la plus grande partie des responsabilités quant à la gestion, au financement et à l'administration des soins de santé publics (Laugesen et Salmond 1994; Ashton 1996). Ces AHAs seront mis en place progressivement et la structure nc sera fonctionnelle qu'en 1989. Les AHAs regroupent les responsabilités des anciens 18 districts de santé publique ainsi que celles des 29 conseils d'hôpitaux et reçoivent le budget de la santé sous une forme ajustée par capitation. À l'origine les AHAs étaient dirigés par un conseil de 8 à 12 membres élus par la population mais des critiques quant aux compétences des membres ont poussé le gouvernement à remplacer ce système par un conseil de 7 membres élus et quelques membres nommés (minoritaires) (Ashton 1996, Barnett et Malcolm 1997)

La réforme de 1991

Des problèmes persistants entre 1984 et 1990 ont entraîné de nombreux débat et études sur la nature des réformes à apporter. Fin 1990, l'élection d'un gouvernement de droite marque le début d'un programme de démantèlement des programmes sociaux. En juillet 1991, très peu de temps après son élection, le gouvernement annonce son programme de réforme dans le domaine de la santé. Il est intéressant de noter que la réforme proposée en 1983 n'a été fonctionnelle qu'en 1989. Or, seulement un an après sa mise en place, et donc dans des délais qui rendent impossible toute forme d'évaluation, le nouveau gouvernement affirme déjà l'échec de ce modèle et met en branle une nouvelle réforme. Comme on peut s'en douter ceci n'a pas aidé à la stabilité dans le secteur de la santé... (Barnett et Malcolm 1997) La philosophie générale de la nouvelle réforme est une séparation des fournisseur et des acheteur ainsi qu'une privatisation partielle comme l'explique le ministre:

«In general those individuals and families with reasonable means should attend to their own needs» (cité dans Scott 1994: 30)

Cette réforme, a l'instar de celle du NHS est orientée sur la séparation des acheteurs et des fournisseurs de soins. Le gouvernement à mis en place 4 Regional Health Authorities qui se sont

vues conficr un budget fixe ajusté selon une formule de capitation pour fournir la totalité des services de santé dans leur régions. (MacLeod 1994, Scott 1994, Ashton 1996) Les 14 AHAs ont étés reconfigurés pour former 23 Crown Health Enterprises qui regroupent de fait les anciens hôpitaux publics et qui vendent des soins aux RHAs. Le rôle des CHEs est d'agir comme des «successful and efficient businesses» tout en démontrant des responsabilités et des préoccupations sociales.(Ashton 1996). Les autres fournisseurs importants sont les généralistes (GPs) qui fonctionnent, en tant qu'entrepreneurs indépendants, comme des «gatekcepers» pour le système hospitalier. Suite aux réformes, plusieurs GPs se sont parfois regroupés en Independents Practitioners Associations qui proposent aux RHAs des plans de soins intégrés selon le principe du «fundholding». (MacLeod 1994, Ashton 1996)

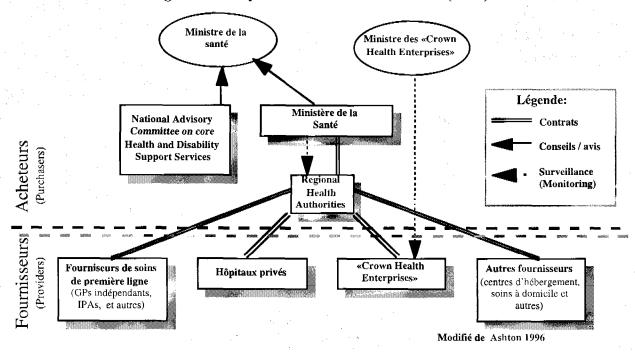


Figure 7: Le système néo-zélandais actuel (1996)

En ce qui concerne les services de santé publique il ont été régionalisés puis re-centralisés. De juridiction ministérielle avant la régionalisation de 1983, les services ont été régionalisés et confiés au AHAs en 1989. En 1993 les services de santé publique n'ont pas échappé aux réformes. Un organisme indépendant, la *Public Health Commission*, à été mis en place comme acheteur public de services de santé publique. Son rôle était d'émettre des avis au ministre sur les questions de santé publique et d'acheter des services auprès des RHAs, des CHEs et des

fournisseurs privés (ce qui donne de la santé publique privée !). Par contre, la séparation un peu floue des rôles entre cette commission et le ministère et, surtout, le fait que la PHC ai fait des recommandations un peu trop «gauchistes» pour les oreilles sensibles du gouvernement de l'époque, a entraîné sa dissolution en 1995 (Ashton 1996). Les responsabilités de santé publique ont donc échu au ministère de la santé.

L'implantation des réformes

Les délais pour mettre en place le nouveau système ont été fixés par le gouvernement à deux ans ce qui est extrêmement court. Probablement trop court d'ailleurs puisque malgré les efforts fournis il n'a pas été possible de tenir ces délais (Scott 1994). De 1991, moment où les réformes ont été proposées à 1993, moment où elles sont entrées en vigueur, la couverture médiatique a été très défavorable et une majorité des professionnels de la santé s'y sont fermement opposés. De même, il semble que l'opinion publique ai été très critique face à ces réformes (MacLeod 1994).

Parmi les propositions visant à rendre le système de santé public plus similaire à une entreprise à but lucratif, le gouvernement a favorisé l'embauche d'hommes d'affaire du secteur privé pour remplacer les anciens administrateurs publics. Il n'est pas évident, au vu des résultats, que ceci ai permis une gestion plus efficiente.

«In its crusade to convert health care financing from social insurance to managed competition, the government recruited the managing director of the Lion Liquor Retail Group to be the chief executive officer of the hospitals affiliated with the University of Auckland. The former brewery officer, without any health management experience whatsoever, now presides over more than 6,000 government employees on the four hospital staffs and administers an annual budget of about N.Z. \$350 million fenviron 260 millions de dollars canadiens]. Upon his appointment, he remarked, "I am not being facetious when I say that one of my first jobs is to get to a speech therapist to help me to pronounce all those medical terms and go to the Oxford Dictionary after that to comprehend their meaning"» (MacLeod 1994: 214)

Alors que les propositions initiales prévoyaient des systèmes complexes permettant aux individus qui le désirent de sortir du système public et de s'assurer dans le privé, des problèmes considérables sont apparus lorsqu'il a fallu mettre en place ces systèmes.

Une grande partie du problème à ce sujet vient de la définition de ce que les anglophones appellent un «core services» c'est-à-dire en ensemble de soins considérés essentiels et bien définis. Seule la définition précise de tels paniers de services permet une compétition que l'on peut espérer

fructueuse entre des assureurs public et privés. Principalement, parce que de tels panier limitent la sélection des cas, limitent la possibilité de diminuer les prix en limitant les services et permettent aux consommateurs de négocier leur assurance de manière informée. La réforme néo-zélandaise reposait en grande partie sur la définition précise d'un tel panier de services. Le gouvernement à donc mis sur pied un *Core Services Committee* chargé de définir les «core services» (Cumming 1994). Malheureusement il n'a pas été possible de mettre sur pied un panier assez défini et accepté pour qu'il puisse remplir son rôle tel qu'envisagé (Mooney et Salmond 1994) et finalement le CSC a été démantelé (Coney 1996). Il est devenu assez clair avec le temps que la définition d'un tel panier est un projet complexe et extrêmement difficile voire même impossible à oppérationaliser de manière à ce qu'il puisse réellement remplir son rôle.

Les propositions de financer le système public, à l'instar des assurances privées, sur la base de primes ajustées aux risques se sont aussi avérée quasi-impossibles à mettre en place. Le gouvernement a donc dû se résoudre à revenir au système traditionnel de financement à partir des taxes et des impôts. Dès lors, les espoirs de pouvoir réaliser des économies substantielles dans les finances publiques se sont évaporées. De plus, le système de «ticket modérateur» pour les soins hospitaliers s'est avéré si impopulaire qu'il est rapidement devenu clair qu'il serait suicidaire pour le gouvernement de tenter de le maintenir. Il a finalement été presque totalement aboli en 1993 (Scott 1994). Par contre, la plus grande implication des assureurs privé que la réforme a encouragé n'a pas produit de diminution des coûts et n'est ni équitable ni efficiente en terme d'allocation des ressources (Mooney et Salmond 1994). Le niveau de financement privé est passé de 22% à 33% des dépenses totales de 1980 à 1996 (Coney 1996). Finalement, le nouveau mode de gestion régionale mis en place a entraîné une augmentation massive des coûts administratifs et des coûts totaux (Coney 1996) même si les dépenses publique sont effectivement restée relativement stables.

«Of all countries that have introduced health reforms, New Zealand's experiment has gone the furthest, fastest. But instead of fulfilling the promise of improvement, the reforms are relentlessly unravelling a system that was once the envy of the world.» (Coney 199: 1825)

Une des raisons invoquée pour mettre en place les réformes de 1993 était des listes d'attente en augmentation constante. Il semble qu'en 1993 la tendance n'avait pas changé et, qu'au

moins à court terme, les réformes n'ont pas étés en mesure de résoudre ce problème (Ashton 1996). Certains affirment même que la situation a empiré de 50% entre 1993 et 1996 (Coney 1996)

En ce qui concerne le fonctionnement du marché interne, comme en Grande-Bretagne, et peut-être encore plus clairement en raison de la taille beaucoup plus réduite du marché, la compétition ne semble pas vraiment prendre place empiriquement en raison du manque d'information et du nombre très limité d'acheteurs et de vendeurs (Scott 1994, Ashton 1996). De plus, un tel fonctionnement implique des coûts de transaction élevés (Mooney et Salmond 1994. Barnett et Malcolm 1997)

«To date, the focus of evaluation has been on the process itself rather than on the outcome of the reforms in term of health indices. It is clear that the process itself has been more complicated, has required modifications and has been more costly to implement than originally envisaged. » (Ashton 1996: 272)

Avec le temps l'enthousiasme du début s'est effrité chez les gestionnaires et 12 des 23 directeurs de CHE ont démissionné entre 1993 et 1996.

On ne retrouve que peu de côtés positifs aux réformes néo-zélandaises dans la littérature sur le sujet. Il est possible que ceci soit en partie dû au fait que les réformes n'ont pas encore eu le temps de produire tous leurs effets. Le seul point positif régulièrement mentionné est que les réformes ont permis d'améliorer l'intégration entre les différents types et niveaux de soins. (Scott 1994, Ashton 1996).

Synthèse

Les réformes mises en place en Nouvelle-Zélande posent une série de question sur le concept de régionalisation. Tout d'abord, s'il ne fait aucun doute que les réformes ont trait à la régionalisation (création de 4 RHAs ayant des bases territoriales) il semble aussi qu'il s'est produit une centralisation puisqu'une partie des pouvoirs des RHAs étaient auparavant exercés par les 14 AHAs sur une base territoriale plus petite.

Ces réformes passent aussi par un changement dans le mode de régulation au niveau micro avec une «démédicalisation» de la gestion des hôpitaux au profit des gestionnaires (Jacobs 1994) et un changement au niveau macro par un passage à une régulation par le biais d'un marché interne.

On peut donc de manière très générale identifier au moins trois tendances distinctes dans les réformes néo-zélandaises, une centralisation, une régionalisation et une privatisation le tout se doublant de changements dans le type de régulation au niveau micro et macro organisationnel.

Finalement, en terme de processus d'implantation presque tous les auteurs parlent d'échec majeur. En effet, même si les réformes *per-se* sont pour l'instant difficile à évaluer, le processus d'implantation est considéré comme un échec retentissant, généralement attribué à une trop grande hâte et une bonne dose de naïveté de la part du gouvernement et des fonctionnaires chargés de l'implantation.

France

Si on le compare aux systèmes de santé anglais et néo-zélandais, le système français est beaucoup plus fragmenté. De plus, il est financé selon un modèle que l'on qualifie de type «Bismarck» par opposition au modèle «Beveridge» de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni et du Canada. Le modèle Bismarck se caractérise par un financement qui passe par des cotisations obligatoires à une caisse de sécurité sociale parapublique. Par ailleurs, le système français se caractérise par la cohabitation de deux secteurs d'hospitalisation, le secteur public et le secteur privé. Les établissements publics sont des établissements communaux, dont le conseil d'administration est présidé par le maire de la commune. Les établissements privés peuvent être lucratifs ou non lucratifs. La plupart bénéficient de conventions avec l'assurance maladie. Ces deux secteurs ne font pas appel, eux non plus, aux mêmes institutions et aux mêmes mécanismes de régulation. Tout ceci fait du système de santé français un modèle très différent des autres systèmes que nous avons décrit ce qui justifie son inclusion ici.

La régulation de l'activité sociale, des médecins libéraux et des établissements hospitaliers fait appel à des mécanismes et des institutions différentes. Nous nous concentrons ici sur la description du dispositif de régulation de l'offre de soins des établissements. Des transformations ont eu lieu depuis le début des années 1990 et surtout depuis 1997. Le système français présente la particularité d'être à la fois très bureaucratique et très fragmenté, ce qui en accroît la complexité. Très bureaucratique, car chaque niveau de décision, établissement, tutelles départementales et

régionales est fortement encadré par le niveau supérieur et leur autonomie est faible. Fragmenté, car les intervenants sont multiples et peu coordonnés. Cette fragmentation redonne d'ailleurs du pouvoir à chacun des niveaux car les possibilités de contournements sont multiples. Les dernières réformes tentent d'intégrer le système et de lui redonner une capacité d'action. L'échelon régional est privilégié.

La France est composée de 22 régions qui regroupent chacune entre 700 000 et 11 000 000 de personnes. L'unité de base de gestion est le secteur sanitaire qui doit être formé d'une population d'au moins 200 000 habitants (elle peut être bien plus importante) et qui peut donc comprendre plusieurs établissements d'hospitalisation publics et privés. Le département, territoire pivot de la mise en œuvre de la politique nationale jusqu'au début des années 1990, voit sa place s'affaiblir.

Nous présenterons à la fois le système à la veille de la réforme de 1997 et le contenu de cette réforme. En cffet, la réforme de 1997 ne propose pas un dispositif qui vient se substituer à l'ancien mais plutôt qui vient s'ajouter. La construction du système se fait par sédimentation.

Le système institutionnel jusqu'en 1997

Les rôles sont partagés entre trois grandes filières : les préfets qui sont les représentants locaux du ministère de l'intérieur, les services extérieurs de l'État et l'assurance maladie. Pour les établissements publics, les intervenants principaux sont les services extérieurs de l'État. Ils sont départementaux (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, DDASS) ou régionaux (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, DRASS). Tous deux dépendent du ministère de la santé et n'ont pas de lien hiérarchique entre eux.

DDASS: un accompagnement local

Les DDASS sont les tutelles des établissements publics, et contrôlent une multitude de décisions de gestion, règlements intérieurs, emplois permanents, emprunts, recours aux vacations, nominations. Elles suivent les budgets et préparent les dossiers importants (équipement, demandes budgétaires, création de poste) même si elles ne décident pas. Elles examinent les

projets d'établissement. Leur rôle direct auprès des établissements publics s'est allégé au cours des dernières années au profit de l'échelon régional ou interdépartemental.

<u>Les DRASS</u>: en charge de la planification

Les DRASS sont, pour l'essentiel, chargées de la planification de l'offre de soins. Elles préparent le plan stratégique régional (appelé schéma régional de l'organisation sanitaire) qui fixe pour les cinq ans à venir les grands objectifs assignés au système et dessine en pointillé des axes de restructuration. Il est établi en collaboration avec l'assurance maladie après concertation avec des représentants des professionnels et des établissements. Il n'a pas véritablement de caractère contraignant mais indique les orientations qui devraient guider les décisions futures. De-même, c'est les DRASS qui, jusqu'en 1997 animaient les réflexions annuelles sur les règles d'allocation budgétaire des établissements publics et préparaient les décisions d'autorisation d'achat d'équipement.

Les commissions interdépartementales

Elles regroupent les DDASS, DRASS. Le système oscille dans les années 1990 entre un mouvement de régionalisation et un mouvement d'interdépartementalisation. Un certain nombre de décisions, en particulier, la fixation des budgets aux établissements, traditionnellement du ressort des DDASS sont au cours des années 90 prise par ces commissions interdépartementales. L'objectif est d'unifier les règles d'allocation mais surtout de permettre le cas échéant des transferts de ressources entre établissements de départements différents.

Les préfets de région et de département

Les services extérieurs de l'État sont sous tutelle du ministère de la santé mais ils sont avant tout les conseillers techniques des préfets départementaux et régionaux (envoyés locaux de l'État central) qui arrêtent les schémas de planification et les budgets, sont autorisés à fermer des établissements ou des services. Selon les dossiers, les compétences relèvent des préfets de régions ou des préfets de départements. Les préfets ont en charge la santé, la police, l'enseignement supérieur, la justice et l'aménagement du territoire. Ils sont surtout garants de l'ordre et la sécurité publique. Ils ont donc une vision «déspécialisée» des affaires de la santé. Ce sont en particulier

eux qui doivent faire face à l'arbitrage douloureux entre des logiques de politique sanitaire et celles de l'emploi et de l'aménagement du territoire posé par la fermeture de certains établissements. Selon leurs agendas, leurs orientations personnelles, l'ampleur des problèmes, ils peuvent être de véritables décideurs ou se contenter d'avaliser les choix effectués par les DRASS et DDASS. On a pu observer des préfets remettre en cause des propositions de fermetures de services proposées par les DRASS à cause des violentes réactions locales.

L'assurance maladie

L'assurance maladie reçoit l'argent issu des cotisations sociales et les reverse aux établissements publics sous forme de budget. Elle n'a toutefois que peu de place dans la détermination du budget de ces établissements publics. On a pu la qualifier de «tiroir caisse». Le niveau régional de l'assurance maladie (CRAM: Caisses Régionales d'Assurance Maladie) est en revanche la tutelle des établissements privés. C'est elle qui passe convention avec les établissements c'est-à-dire qui autorise les établissements privés à être financé par l'assurance maladie.

La création des agences régionales d'hospitalisation.

En 1997, a été crée une nouvelle institution, l'agence régionale d'hospitalisation, sorte de «joint-venture» entre DDASS, DRASS et CRAM doublée d'une administration propre. Elle a à sa tête un directeur, nommé par le ministère de la santé, qui prend les attributions des préfets de régions et départements (il arrête les budgets, le schéma régional de planification, autorise les activités). Elle est aussi dotée d'une commission exécutive qui regroupe les directions des DDASS, DRASS, CRAM et qui prennent collectivement les attributions de ces institutions dans le domaine des établissements de santé, chacune d'elles conservant ses prérogatives dans les autres domaines. L'ambition est donc ici de traiter dans une même institution, le secteur public et le secteur privé et de coupler plus étroitement la planification et l'allocation de ressources. Les prérogatives des agences sont augmentées et les relations de dépendance vis à vis du central allégées. L'objectif qui leur est assigné est de mener à bien des restructurations (fermeture, coopérations, fusions). Une des caractéristiques de l'agence, est de n'être compétente que pour le

secteur hospitalier. L'ambulatoire reste sous contrôle exclusif de la CRAM, le médico-social et le social étant partagé entre DRASS, DDASS et le conseil général, instance politique du département. L'intervention auprès des établissements est dépendante de deux mécanismes forts : l'allocation budgétaire et le régime des autorisations administratives.

<u>L'allocation budgétaire</u>

Depuis 1997, l'enveloppe des dépenses nationales de santé fixant le niveau de dépenses autorisées, est votée par le parlement. Elle est constituée de trois enveloppes, établissements publics, établissements privés, libéraux. Les mécanismes budgétaires sont différents pour les établissements publics et privés.

L'enveloppe publique est répartie entre chaque agence régionale en fonction de critères qui ne sont pour le moment pas stabilisés. Les agences déterminent ensuite les enveloppes (fermées) à affecter aux différents établissements. A l'heure actuelle, les critères privilégiés sont la conformité des projets des établissements aux orientations de la planification régionale, le coût des différentes prises en charge au regard de la moyenne des coûts de la région ; et, de manière très marginale, les réponses à quelques grandes priorités de santé de la région (prévention du suicide, alcoolisme, la prise en charge périnatale, etc.). Les variations des budgets des établissements ont pour le moment été marginaux car les grandes opérations de restructurations n'ont pas été engagées. L'affectation budgétaire pourrait donner lieu à une contractualisation entre l'agence et les établissements, l'agence garantissant un certain niveau de financement (indépendamment de l'enveloppe régionale reçue), l'établissement s'engageant à mettre en œuvre un certain nombre de projets conformes au plan stratégique régional.

Les établissements privés sont payés au prix de journée, défini conventionnellement, au prorata de l'activité effectuée. Leurs médecins sont en général rémunérés à l'acte, certains sont salariés de la clinique. Le niveau de régulation est actuellement national, l'ajustement se fait par le coût unitaire. Le parlement fixe une enveloppe nationale de recettes pour les établissements. En cas de respect, une négociation à la hausse des tarifs de l'année suivante peut avoir lieu entre le ministère, la sécurité sociale et les fédérations de cliniques privées. En cas de dépassement significatif de l'enveloppe, les tarifs de l'année suivante ne sont augmentés et peuvent même être

abaissés. Il est prochainement prévu que l'enveloppe nationale sera déclinée en enveloppes régionales. L'agence régionale d'hospitalisation serait alors le gestionnaire de cette enveloppe.

Les autorisations administratives

L'ouverture de lits, les équipements «lourds» (scanner, poste de dialyse, angiographie, IRN, caissons hyperbares, etc.), les postes médicaux (pour les établissements publics) sont actuellement soumis à autorisation administrative pour les établissements privés et publics. Le ministère fixe un ratio de lits et d'équipement par habitant (revu régulièrement) donnant pour chaque région un nombre de lits et d'équipements susceptibles d'être autorisés. Les décisions d'attributions sont soumises à avis du conseil régional regroupant les différentes institutions, des représentants des établissements, des médecins libéraux, des représentants extérieurs. Les décisions sont prises par les agences. Ces autorisations étaient jusqu'à présent irréversibles. Elles sont maintenant accordées pour une durée limitée.

La consolidation du niveau régional s'est faite tout d'abord par un renforcement des attributions de planification accordées aux DRASS, à l'interdépartementalisation de l'allocation budgétaire pour finalement s'institutionnaliser dans une nouvelle organisation, l'agence régionale d'hospitalisation en charge du secteur privé et public d'hospitalisation. Toutes les régions sont organisées selon le même modèle et mobilisent les mêmes outils. Si des variations peuvent être observées, elles relèvent de la pratique et restent marginales.

Conclusion

Comme on peut le voir à partir de ce bref compte rendu, le système français est extrêmement complexe en terme structurel. Il s'agit d'un modèle à la fois très fragmenté et très bureaucratisé. Les raisons qui peuvent expliquer cette particularité sont multiples et sont principalement à chercher dans l'histoire du système politique français. Un aspect qui mérite toutefois d'être mentionné c'est le fonctionnement d'une réglementation qui fonctionne par sédimentation. Alors que dans les autres contextes la régionalisation passe par une modification de la réglementation, en France la régionalisation passe par un ajout d'une nouvelle réglementation à celle déjà existante.

De ccci on peut tirer une courte leçon en terme de mode de régulation. En effet, la structure organisationnelle est forcément très complexe à cause de la sédimentation réglementaire. Or, paradoxalement, on peut voir cette complexité comme permettant aux acteurs de bénéficier d'une assez grande marge de liberté de par les possibilités de contournement qu'elle procure. Ce facteur entraîne donc une réglementation qui fonctionne en partie selon une logique d'interaction. Ce facteur est aussi renforcé par les pouvoirs relativement limités des organismes régionaux comme les DRASS. Par ailleurs, il ne faut pas non plus oublier que le système politique français est aussi hautement centralisé et que plusieurs acteurs politiques régionaux, départementaux ou municipaux possèdent un pouvoir fort. Ces facteurs entraînent donc aussi l'existence d'une influence non négligeable d'une logique de régulation par délégation. Finalement, la régulation qui est la moins présente dans ce modèle est probablement la régulation démocratique malgré le fait qu'une mobilisation locale de la population puisse significativement influer sur les décisions

Conclusion

Dans trois des quatre projets de réforme que nous avons examinés, la régionalisation ne semble pas être l'enjeu central. Seule la France semble s'appuyer fortement sur l'idée de régionalisation pour apporter des transformations à son système de soins. En fait, ce qui paraît clair, du moins dans le cas du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande, c'est l'expression très ferme d'une volonté de transformer les règles du jeu dans le système de santé. L'image du marché est évoquée pour annoncer les transformations souhaitées. La région joue un rôle dans l'application de ces nouvelles règles. L'autorité régionale peut, par exemple, agir à titre d'acheteur de soins ou services. Elle a aussi un rôle important dans la reddition des comptes et le monitoring de ce qui se produit sur son territoire. Par contre, le fait de régionaliser ne semble pas être un enjeu en soit. Il ne s'agit pas dans ces systèmes de miser sur un nouvel encadrement territorial de la politique socio-sanitaire pour mettre en oeuvre les changements. L'instance régionale est un outil de gestion parmi d'autres, ce qui importe c'est d'établir des jeux contractuels entre acteurs et de décentraliser les décisions opérationnelles près de la clinique car ces réformes se déroulent dans un environnement favorable à un rôle moindre de l'État. Quoique, dans le cas du Royaume-Uni, le

rôle de l'État est resté central dans la gouverne et le financement du système de soins. Pour la Suède, il s'agit moins de produire une régionalisation déjà existante mais plutôt de retoucher les équilibres parmi les différents niveaux de pouvoir dans le système socio-sanitaire. Ces ajustements visent essentiellement à faire face à de nouvelles contraintes tout en respectant l'intégrité du système. Le modèle suèdois, même s'il y a une volonté d'évoquer le marché pour dynamiser les échanges entre acteurs, reste largement démocratique. La réforme ne vise toutefois pas à renforcer la région. En ce qui concerne la France, la situation peut se comparer à celle de la Suède au sens où les réformes visent surtout une redéfinition des rôles dans un contexte où de nombreuses unités territoriales et administratives différentes se partagent déjà les responsabilités. La mise en place de nouvelles structures sans abolition des anciennes vient donc changer des équilibres négociés dans une logique interactive. C'est la définition, par le central, des rôles et des missions de ces nouvelles structures qui devrait permettre à ce rééquilibrage des forces de produire des résultats souhaitables, par exemple en terme d'intégration. Le Royaume-Uni évoque moins une logique démocratique de régulation tout en poussant à une plus grande adaptation du système aux besoins des consommateurs. La Nouvelle-Zélande a connu pour ce qui est du système de santé, une transformation rapide dont l'essentiel est moins de fonder une régulation régionale forte et plus de produire des effets de marché dans un milieu auparavant très régulé. Ce système est vu comme le précurseur des réformes entreprises dans plusieurs systèmes de santé au nom d'une idéologie néo-libérale.

Retenons que ces projets réformistes font référence et se préoccupent à la fois d'une décentralisation des décisions et d'une modification des règles du jeu dans le système de santé. Ils posent directement et explicitement le problème d'un renouveau de la structure d'incitations. La régionalisation n'est pas en soit un enjeu fort. Par ailleurs, dans le cas de la Suède, on remarque une volonté forte de maintenir en place une régulation démocratique. Dans le cas du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande, le principe d'une délégation, idéalement par ententes contractuelles et en analogie avec les rapports marchands, guide la mise en application des réformes. Le dernier cas, celui de la France, repose aussi sur une logique de délégation mais en même temps beaucoup sur une logique interactive. La démocratisation de la régulation est moins au centre de ces trois réformes. La logique interactive est certes présente dans le modèle suèdois où différents paliers

d'autorité et de responsabilité doivent s'entendre sur leurs rôles et objectifs respectifs mais cette logique est beaucoups moins clairement invoquée que dans le cas de la France. Dans le cas du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande, il est difficile de se prononcer sur l'importance de cette logique, sinon pour reconnaître qu'idéalement la négociation politique laisserait la place à des transactions rationnelles sur un marché réglementé.

Pour conclure, l'analyse de quatre expériences significatives de réforme montre que la régionalisation est associée à des changements concrets variables dans les systèmes de santé. La régionalisation est tout vraisemblablement un enjeu de réforme moins explicite en Nouvelle-Zélande au Royaume-Uni et en Suède qu'en France. Elle est aussi un instrument mobilisé pour contribuer à la mise en place de changements qui s'éloignent de l'expérience canadienne. Au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et en Suède, quoique différemment, la régionalisation est un élément organisationnel parmi d'autres pour favoriser la séparation des acheteurs et des producteurs de soins et services («purchaser-provider split»). En revanche, les réformes françaises, tout comme celles mise en place au Canada, n'ont pas recours à ce type de séparation. Dans les provinces canadiennes, la régionalisation s'est accompagnée à ce jour d'une volonté d'intégrer plus fortement le système socio-sanitaire. Une telle orientation peut conduire à abolir l'autonomie des établissements au profit d'une instance régionale (ex.: Alberta, Saskatchewan et Nouveau-Brunswick). Elle diffère largement des politiques adoptées dans plusieurs systèmes socio-sanitaires européens qui visent à créer un nombre plus grand d'unités discrètes de production de façon à renouveler la structure d'incitations au moyen de mécanismes contractuels. A cet égard, les mouvements de régionalisation dans les provinces canadiennes se sont limités presque complètement à des changements structurels dans la manière d'exercer un contrôle bureaucratique sur le système.

Chapitre VI - L'analyse de la dynamique de régionalisation.

Dans cette section, nous décrivons un ensemble d'études qui se sont intéressées au processus de régionalisation par opposition à l'analyse des structures formelles qui a dominé les deux chapitres précédants. Ces études portent essentiellement sur les processus de régionalisation dans des systèmes auparavant caractérisés par une forte concentration des pouvoirs au niveau central. Elles abordent aussi explicitement la régionalisation comme un processus de territorialisation des politiques socio-sanitaires. Ces études utilisent une variété de méthodologies (qualitatives et quantitatives) pour examiner, et parfois évaluer, le vécu de la régionalisation dans des cas précis. Elles permettent de mettre un peu de chair autour des changements structurels décrits précédemment. Il ne s'agit pas ici de reprendre l'ensemble des travaux sur des thèmes connexes comme la décentralisation et l'évolution du rôle de l'État dans nos sociétés. Une analyse transversale de ces expériences permet d'identifier les enjeux susceptibles de marquer les processus de régionalisation.

Analyse du rôle des DHBs en Saskatchewan

Contexte et objectifs

Le système de santé Saskatchewannais est, depuis l'implantation des politiques de régionalisation, sous la responsabilité (partielle) de 33 *District Health Boards* (DHB). Dans le but de comprendre et de décrire l'implantation de la régionalisation en Saskatchewan un groupe de chrecheurs a réalisé une série d'études sur le sujet. Nous analyserons ici deux rapports, le premier publié en 1996 et le second en 1997 (Kouri 1996, Kouri, Dutchak, et Lewis, 1997).

En 1996, une assez vaste étude a été réalisée sur les 30 DHBs déjà en place à l'époque pour étudier leurs besoins quant aux processus décisionnels que leur rôle implique. À cet effet, des entrevues téléphoniques ont été réalisées avec 24 des 30 CEO de DHB qui ont accepté de

participer à l'étude. Les chercheurs ont aussi consulté les comptes rendus des réunions des Boards pour 27 des 30 districts. Finalement, 6 régions ont été sélectionnées pour des études de cas plus poussées.

Dans un second temps, en 1997, le même groupe de chercheurs a procédé à une vaste enquête par questionaires postaux auprès de trois groupes d'individus: Les membres des Boards régionaux, les gestionaires au niveau régional et finalement les gestionaires chargés de la régionalisation au niveau provincial. En tout, 751 questionaires ont été envoyés et 525 on été remplis et analysés

Résultats 1996

La plupart des Boards de Saskatchewan ont adopté une perspective de gestion de style «Carver». Selon cette méthode, la responsabilité des Boards est principalement de définir les orientations générales (policy governance) en laissant aux gestionnaires employés par le district la responsabilité du management en tant que tel. Or, L'étude montre que la mise en pratique d'un tel mode de gestion n'est pas sans causer des problèmes. En effet, il peut être difficile pour le Board de trouver quel doit être son rôle quand les directives provinciales (orientations, budgets, obligation de restructurer les services) dictent clairement les orientations globales et que le management est du domaine des gestionnaires. De plus, ce type de modèle implique, pour pouvoir fonctionner adéquatement, un excellent niveau de communication entre le Board et les gestionnaires, ce qui n'est pas toujours le cas.

De même, les Boards ont dû défendre sur le terrain des décisions de fermeture d'hôpitaux prises au niveau provincial ce qui a créé de fortes tensions avec les communautés touchées.

«Health Reform is great if it's in another person's town» [citoyen cité dans Kouri 1996: 11]

Finalement, la mise en place effective des politiques de santé orientées vers la prévention et les mesures de promotion de la santé est très difficile et les relations avec le niveau provincial sur les questions de budget et de systèmes d'information sont tendues.

Résultats 1997

Parmi les principaux résultats de l'enquête de 1997 on peut noter les aspects suivants. Tout d'abord, il existe un large consensus quant au fait que la réforme devrait porter, et porte effectivement, sur une définition plus large de la notion de santé (du style de celle de l'OMS) et sur le passage d'un système de «maladie» à un système de «santé». Par contre, la moitié des répondants au niveau régional et un tiers des répondants au niveau provincial s'accordent à dire que le principal motif qui explique le recours à la régionalisation est le désir du palier provincial de se décharger de décisions difficiles dues aux coupures budgétaires. De plus, la majorité trouve que le rythme des réformes a été trop rapide et qu'il manque une vision d'ensemble de ce que le futur système de santé devrait-être. Malgré ceci, les répondants continuent de soutenir un système de santé public et la majorité estime qu'en dépit d'un processus d'implantation insatisfaisant les changements ont permis des améliorations du système en terme de contenu et, plus encore, que les réformes seront bénéfiques pour le futur.

Finalement, les résultats les plus intéressants sont probablement coux qui portent sur les rôles et les pouvoirs des régions. En effet, les résultats confirment globalement l'inconfort qui peut exister entre les membres des Boards et les gestionnaires embauchés, de même qu'entre les niveaux régional et provincial. Même si la majorité s'entend sur le fait que la régionalisation a augmenté le pouvoir local, les répondants du niveau régional sont moins enclins a l'affirmer (environ 65%) que ceux du niveau provincial (90%). Les membres des Boards ont aussi l'impression que le provincial les tient légalement responsables de choses qui sont hors de leur contrôle et qu'ils sont trop limités dans leur action par le ministère. En revanche, les répondants du niveau provincial ne sont pas d'accord sur ces aspects. De même, les répondants du provincial ont une vision beaucoup moins positive du rôle des Boards que celle des membres des Boards. Une autre divergence d'opinion existe entre les gestionnaires provinciaux et régionaux et les membres des Boards. En effet, les gestionnaires sont majoritairement d'avis que les Boards sont parfois forcés de prendre des décisions avec lesquelles ils ne sont pas d'accord en raison de pressions populaires tandis que les membres eux-mêmes ne sont pas de cet avis. Finalement, tout le monde semble d'accord sur ie

fait que le système actuel où une partie des membres des Boards sont élus et une partie sont nommés est satisfaisant.

Conclusions

La conclusion du rapport de 1996 est brève et porte principalement sur le développement d'outils de gestion et d'aide à la décision (tool development). En effet les auteurs semblent considérer qu'il existe un besoin criant pour des «outils» plus détaillés de prise de décision qui traitent de la place relative des valeurs, des normes, des responsabilités, etc.

L'enquête de 1997 reprend en partie la conclusion de 1996 en affirmant qu'il existe un besoin de plus d'outils d'information et d'outils plus *user focused*. Les auteurs reconnaissent que pour obtenir un portait plus complet de l'ensemble du processus de régionalisation il faudrait recueillir l'avis de la population et des fournisseurs de soins.

Dans les deux rapports, les auteurs concluent que malgré les difficultés mises en valeur, l'impression générale qui se dégage des réformes est favorable et mentionnent qu'ils sont optimistes quant au futur.

Analyse

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 4, les réformes en Saskatchewan, semblent assez fortement reposer sur une logique démocratique. Un grand nombre de DHB ont été mis en place de manière à ne couvrir que des régions géographiques et des populations de tailles raisonnables. De même, les pouvoirs des DHB sont assez considérables puisqu'ils vont de l'établissement des politiques régionales à la gestion des établissements en passant par la planification. Finalement, les Boards des DHB sont majoritairement (à 66%) composés de citoyens élus au suffrage universel. La conjonction de ces facteurs semble donc décidément refléter un désir de s'appuyer sur une logique de régulation démocratique.

Par ailleurs, il semble exister une volonté de structurer très fermement l'action des Boards. La méthode Carver peut en être vue comme un exemple mais un exemple encore plus frappant dans le rapport de 1996 est la minutie avec laquelle on tente de créer une grille fermée de prise de décision qui va jusqu'à établir quelles sont les expériences personnelles que l'on a le droit d'utiliser

pour prendre une décision et comment les intégrer aux «données probantes». Il s'agit presque d'une tentative de créer un algorithme de la «bonne» prise de décision. Ce qui est problématique c'est que si le fait de confier le pouvoir de décision à des citoyens élus se rapproche d'une logique démocratique, le fait de tenter de structurer complètement les processus de décisions va à l'encontre de ce type de logique. En effet, le manque de confiance que dénote cette volonté de contrôle entraîne une transformation partielle de la logique démocratique vers une logique de délégation.

Finalement, un détail intéressant qui ressort du rapport de 1997 c'est l'adéquation remarquable qui existe entre les réponses majoritaires à plusieurs questions (en particulier en ce qui à trait aux valeurs) et les avis émis dans les documents d'orientations qui ont servi à mettre en place la régionalisation. Face à cela deux hypothèses sont envisageables. La première est que les documents d'orientation ont très bien tenu compte des opinions majoritaires. La seconde est que les documents d'orientation ont, au moins partiellement, été appropriés symboliquement par les membres des boards.

Étude sur le processus de régionalisation en Alberta

Contexte et objectifs

Un des objectifs de la régionalisation dans le discours officiel (en Alberta comme ailleurs) est le passage d'un système orienté vers des soins aigus curatifs à un système orienté autour de la communauté, avec l'accent sur la promotion de la santé. Les auteurs de la présente étude cherchent à examiner comment ce discours officiel est mis en pratique dans un cas spécifique: le Calgary Regional Health Authority (Casebeer et Hannah 1998; Casebeer, Scott et Hannah 1998). Il s'agit d'une étude de cas qualitative qui repose sur la documentation et des entrevues avec des gestionnaires de différents niveaux dans la région (incluant des gestionnaires des secteurs institutionnels et communautaires).

Résultats

Selon les auteurs, les gestionnaires intérrogés ne semblent pas partager une définition claire de ce que pourrait être un système «axé sur la communauté». Plusieurs répondants font valoir surtout les efforts de la région pour relocaliser des services de courte durée en institution vers les services à domicile. Au delà de ces changements concrets (structurels), on note, par ailleurs, peu d'efforts pour promouvoir une nouvelle «philosophie communautaire» à l'intérieur du système et dans la communauté-même. Par exemple, le public a été peu incité à participer aux décisions initiales de l'organisme régional. Bien que tous les répondants semblent croire à la nécessité de développer de nouveaux modèles axés sur les déterminants de la santé, la forme précise du modèle préconisé est peu claire. Par ailleurs, on voit dans le texte que les thèmes au cœur de l'archétype orienté vers la population décrit dans le chapitre 2 sont reflétés de façon marquée dans le discours des répondants (on parle entre autres d'imputabilité, de la participation du public, du volontarisme, d'intégration, de l'accessibilité, de dispersion des services dans la communauté et de la création d'un environnement propice à la santé). Sans arriver à un consensus, les personnes interviewées ont aussi offert une grande variété de réponses concernant les moyens d'influencer positivement le changement et les méthodes pour mesurer le progrès (allant des mesures de ressources investies dans les différents secteurs aux mesures de l'état de santé de la population).

Conclusions

Les auteurs terminent l'article avec une série de recommandations concernant la nécessité de mettre en place une approche qui valorise l'apprentissage continu, le besoin de temps pour déceler les résultats concrets au niveau des objectifs de santé, et une proposition de définition de l'approche «axée sur la communauté» qui pourrait fonder l'action future de la région. Cette définition de Stevens (1993) insiste non seulement sur la nécessité d'offrir des soins dans la communauté, mais aussi sur l'idée que le *contrôle* des programmes devrait être dans la communauté, une orientation qui semble aller beaucoup plus loin que ce qui est actuellement mise en œuvre dans la région de Calgary.

Analyse

On ressent chez les auteurs de cette étude (trois personnes associées au Department of Community Health Sciences de l'University de Calgary) un certain engagement envers une approche communautaire qui englobe l'idée du contrôle local (voir la conclusion). Parmi les trois modèles que nous avons proposé dans le chapitre 3, c'est donc probablement le modèle démocratique qui oriente le plus leur analyse et leur réflexion. Par ailleurs, leurs observations semblent révéler que jusqu'à maintenant ce modèle a eu relativement peu d'emprise dans la région malgré le discours: conclusion conforme à ce que l'on pouvait soupçonner de l'analyse du chapitre 4. Au contraire, tout en offrant une plus grande reconnaissance du secteur communautaire, le transfert de ressources entre secteurs a été le résultat d'un processus plus hiérarchique (modèle de délégation). Ce n'est pas explicite dans le texte, mais cette opération visait certainement une économie financière autant sinon plus qu'une réorientation philosophique. En même temps, le discours philosophique n'a probablement pas nuit à l'opération (cf. cas de Montréal Centre)

Il est aussi intéressant dans cette étude de voir la variété de façons différentes dont on récupère le même discours de l'archétype orienté vers la population dans les réformes associées à la régionalisation. Ce discours semble en fait cacher un grand schisme idéologique entre ceux qui pensent aux grands systèmes intégrés et ceux qui pensent aux micro-services proches des individus et des communautés. Il sera intéressant de voir comment ces schismes idéologiques se résoudront à l'intérieur d'organismes régionaux différents.

Une proposition de l'Ontario Hospital Association

Contexte et objectifs

En 1993, il était déjà clair que les réformes des systèmes de santé Canadiens impliquaient ou impliquerait un recours important aux politiques de régionalisation des structures de gestion. Confronté à cette réalité, l'*Ontario Hospital Association* (OHA 1994) a mis sur pied un projet visant à étudier les implications de la régionalisation et a établir des recommandations. Le but de

ce projet, est clairement de produire un document d'orientation permettant à l'OHA de prendre position, au sens politique, face aux propositions de régionalisation.

Résultats

On peut résumer le rapport final de l'OHA en trois grandes sections. La première section est une analyse des processus de régionalisation au Canada ainsi qu'une discussion du concept de régionalisation et des implications de ces politiques pour l'OHA. La seconde section est une analyse d'une enquête où un nombre (indéterminé) de personnes travaillant dans des hôpitaux ou des DHCs (*District Health Council*) ont été interrogées sur différents aspects se rapportant à la mise en place possible d'une structure de gestion régionalisée.

Nous avons déjà présenté les grandes lignes de la première section de ce rapport dans notre définition du concept de régionalisation et nous ne reviendrons pas ici sur ce point. En revanche, nous voudrions brièvement résumer les résultats de l'enquête. Le principal résultat qui en ressort c'est que les répondants (tant ceux des DHCs que des hôpitaux) sont généralement «en faveur» de la régionalisation. Par contre, toutes les questions mentionnées dans le rapport final prennent la peine de mettre en gras ou en MAJUSCULES qu'il s'agit d'une régionalisation SANS intervention du gouvernement. Il apparaît donc clairement qu'il est essentiellement question d'intégration / coordination sur une base libre et volontaire plutôt que de la mise en place d'une réelle instance régionale de gestion.

«There is substantial support for regional approaches which focus on integration and coordination. There is little support for regional approaches which focus on structure. Rather than adding more layers of bureaucracy, hospitals believe in building on existing organizations like the DHCs. **RECOMMENDATION 3: No added layers of bureaucracy are required because regionalization is a process, not a structure.** (OHA 1994: 30)

Conclusions

Les aspects qui ont été identifié comme les plus pertinents à régionaliser (ou à coordonner) sont la planification, le développement de systèmes d'information, l'intégration des services de santé et des services sociaux ainsi que la détermination des ressources humaines nécessaires. Dans tous les cas il faut rappeler que ce dont il est question c'est d'une intégration ou une coordination régionale prenant place sur une base libre et volontaire, sans intervention d'organismes de régulation externes. On peut aussi noter que seul un très faible pourcentage (entre 0% et 18%) des

personnes interrogées considéraient comme une bonne idée la «coordination» entre leur hôpital et des représentants de la communauté.

Analyse

Nous ne reprenons pas ici en détail les 14 recommandations proposées dans ce rapport mais nous voudrions plutôt discuter des logiques de régulation implicites dans des résultats. Tout d'abord, on peut noter que les questions choisies par l'OHA ne sont pas neutres et que la plupart portent plus ou moins en elles une suggestion de réponse. Il est aussi assez clair qu'il est possible de lire la majorité des réponses comme une expression de la volonté des hôpitaux de ne pas perdre leurs pouvoirs ou leurs prérogatives actuelles.

La conjonction de ces deux tendances a produit des résultats qui dénotent une préférence très marquée pour un modèle de régionalisation très décentralisé qui fonctionnerait selon une logique interactive forte. Par contre, on peut aussi se demander si – dans un contexte où il semble y avoir une forte préférence des hôpitaux en faveur de la non-intervention du gouvernement dans le processus de régionalisation – la non-intervention du gouvernement ne risquerait pas de simplement produire un statu quo. En conclusion, on peut dire que le modèle de régionalisation favorisé par l'OHA est un modèle interactif pur au sens où il semble rejeter un recours à des logiques démocratiques ou de délégation.

Étude empirique des difficultés d'application d'une gestion démocratique

Contexte et objectifs

Dans presque toutes les réformes des systèmes de santé actuelles au Canada, on peut noter une grande emphase mise sur la participation des citoyens. Un des objectifs les plus couramment cité des politiques de régionalisation est d'ailleurs de permettre une telle participation. Or, si partout on met en valeur l'importance de la participation du public, peu d'études empiriques se sont penchées sur la volonté de ce même public de prendre ou de participer à des décisions. L'étude de Abelson et al. (1995) a justement pour objectif de mesurer le

niveau de volonté de participer à des processus de décision pour différents groupes de citoyens en Ontario.

Résultats

Les auteurs ont créé cinq groupes: 1) des citoyens sélectionnés au hasard; 2) des individus qui se sont présentés à une réunion annoncée dans les médias locaux; 3) des membres des conseils de DHC; 4) des élus locaux et municipaux et 5) des «experts» (des administrateurs ou des «fournisseurs» de soins). Les groupes ont été rencontrés séparément durant 2 heures. Les discussions ont été structurées sclon le modèle du *deliberative polling*. En tout, 30 rencontres ont eu lieu soit 6 communautés multiplié par les cinq groupes.

Les auteurs notent qu'il n'y a pas eu de réelle différence dans la répartition géographique des réponses mais qu'il existe de fortes différences intergroupes. En moyenne, 55% des participants favorisaient un rôle strictement consultatif tandis que 29% favorisaient un rôle décisionnel. Les citoyens choisis au hasard étaient ceux qui privilégient le moins un rôle décisionnel (17,4%) tandis que les élus étaient le groupe le plus favorable à un tel rôle (50%). Globalement, les élus se sont montrés plus volontaires (*more willing*) que les autres groupes en ce qui à trait aux décisions concernant l'allocation des fonds et la gestion. Les membres des DHCs ont exprimé l'opinion que les décisions quant à la planification et à l'établissement des priorités étaient de leur ressort mais n'ont pas exprimé d'intérêt pour des responsabilité au delà de celle-ci. Finalement, les citoyens sélectionnés au hasard et les participants volontaires aux réunions favorisaient pour leur groupe un rôle consultatif ou pas de rôle du tout.

Conclusions

Deux aspects intrigants ont aussi été notés. Premièrement, si 72% des personnes interrogées étaient disposées à assumer un rôle dans un processus de prise de décisions, seulement 29% d'entre elles étaient d'avis que leur groupe pouvait assumer un rôle de prise de décision, et 55% un rôle de consultation. Deuxièmement, tous les groupes, sauf celui sélectionné au hasard, estiment que leur groupe est le plus à même de prendre des décisions. Si on re-pose la même question en excluant leur groupe alors tous privilégient les structures classiques (actuelles) de

prise de décision. Finalement, au cours du processus de discussion, plus les participants, tous groupes confondus, se voyaient présenter de l'information sur les processus de prise de décision en santé moins ils étaient volontaire pour cette fonction.

En conclusion, les auteurs notent que «la volonté des membres de la communauté de participer» – expression que l'on entend de plus en plus souvent avec les réformes actuelles – est hautement dépendante de la manière dont on définit la communauté. Globalement, il existe un support général pour que différentes responsabilités soient du ressort de différents groupes. Finalement, les auteurs concluent que s'il existe probablement une volonté de participer chez les citoyens, cette volonté est souvent limitée à un rôle consultatif.

Analyse

Il ressort de cette étude une conclusion assez évidente quand on constate l'appel quasi universel à une plus grande participation des citoyens dans les documents d'orientation qui guident les réformes actuelles au Canada. En effet, cet article met bien en valeur empiriquement que s'il est facile d'affirmer la capacité et la volonté des citoyens de participer il est beaucoup moins évident de vérifier ces affirmations sur le plan pratique.

De plus, le fait que tous les participants ou presque estiment qu'ils sont individuellement mieux placés que leur groupe pour prendre une décision et, que leur groupe est mieux placé que les autres groupes pose des questions. En effet, la logique d'un modèle démocratique repose sur le fait que «les citoyens» ou «les communautés» peuvent et veulent prendre des décisions. Or, ces résultats nous rappellent que les termes «citoyens» ou «communauté» sont des concepts ayant un sens objectivé dans le langage courant mais qui restent abstraits empiriquement. En effet, s'il existe une multitude de citoyens individuels il est très problématique de tenter d'en faire «les citoyens» au pluriel ou des «communautés» définies qui soient en mesure de prendre des décisions.

Ceci permet de revenir au problème insoluble qui fait que l'on ne peut pas consulter toute la population pour chaque décision, à la fois car l'information requise n'est pas partagée par tous et à la fois pour des questions strictement matérielles de logistique et de temps. Or, si on ne consulte pas tout le monde, «citoyens» ou «communautés», mais uniquement quelques

représentants de ces «citoyens» ou «communautés» on ne doit pas oublier que l'on ne consulte que quelques individus qui ne sont «la voix de la communauté» que par le biais d'une objectivation de leur rôle qui restera toujours problématique et discutable.

Le cas d'une Régie régionale au Québec

Contexte et objectifs

En 1992, les anciens Conseil régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) ont étés transformés en Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) et sont, du même coup, passés d'un rôle consultatif à un rôle allocatif et décisionnel. L'heure étant aux coupures budgétaires et à la rationalisation, le mandat de départ de ces nouvelles structures s'est souvent trouvé à être de prendre des décisions difficile. Ceci fut particulièrement évident à Montréal où la RRSSS de Montréal-Centre a pris et oppérationalisé la décision de fermer sept hôpitaux sur l'île de Montréal.

Les articles que nous présentons ici portent sur l'analyse du processus qui a mené à cette tough decision. Les auteurs, en se basant sur les comptes rendus de réunions et une vaste série d'entrevues, analysent comment une telle décision à pris forme, comment s'est crée un acteur capable de la défendre, et comment elle a été légitimée (Denis, Langley et Contandriopoulos 1995 et 1998)

Résultats

Les auteurs séparent le processus qui aboutira à la fermeture des sept hôpitaux en trois phases. La première phase, qu'ils appellent la pré-histoire, est la période durant laquelle on observe une lente évolution du paradigme dominant en terme d'organisation du système de santé. Alors que les systèmes de santé publics bénéficiaient d'un soutient inconditionnel après leur mise en place durant les années 1960, des discours critiques sur leur efficience ou leur logique de fonctionnement interne ont graduellement miné l'ancien paradigme orienté vers la production de soins (offre) et encouragé l'emmergence d'un nouveau paradigme orienté davantage vers le

consommateur (demande). C'est parce que la logique structurant le système de santé n'était plus en phase avec le paradigme dominant que la possibilité d'une réforme est apparue.

Dans ce contexte historique, les auteurs décrivent, dans une seconde phase, comment s'est construit au niveau macro-politique un agent décisionnel possédant une légitimité et des compétences suffisantes. C'est la conjonction de plusieurs facteurs externes et internes à la RRSSS qui lui ont permis d'exercer son leadership. Tout d'abord, la transformation des CRSSS en RRSSS a été une condition obligatoire. On peut aussi noter, parmi les facteurs les plus importants, la convergence d'opinion entre le directeur de la Régie, son apex décisionnel ainsi que le président du conseil d'administration et de plusieurs de ses membres. De même, la très bonne connaissance organisationnelle et stratégique que la RRSSS avait du réseau en raison de l'expérience accumulée lors des années passées comme CRSSS lui a certainement permis de régir vite avec un plan clair. Dans ce contexte, quand les nouvelles orientations politiques (comme le défi Qualité-Peformance) et l'ampleur des coupures budgétaires ont été révélées par le ministère, le nouvel acteur régional était en mesure de réagir rapidement et efficacement en proposant un plan de réorganisation. Le facteur crucial a probablement été la nomination du nouveau ministre de la santé. C'est cette nomination qui, étant donné la conjonction des facteurs que nous venons d'énumérer et le changement de paradigme en train de s'opérer, a créé une fenêtre d'opportunité pour le changement. À ce moment, la conviction interne, au niveau de la régie, que la solution passe par des fermetures d'hôpitaux est claire.

Quand, en janvier 1995, le ministère demande aux RRSSS d'établir des plans triennaux de réduction des dépenses, on en arrive à la troisième phase qui est la publicisation et la légitimation de cette décision. La Régie décide de procéder en deux temps. Tout d'abord, elle organise une première consultation publique autour de l'idée de fermer un certain nombre d'hôpitaux non identifiés. Après avoir écouté et tenu compte des commentaires, la Régie établit une formule statistique en fonction de laquelle elle détermine quels hôpitaux seront fermés et procède à une deuxième série d'audiences publiques. C'est ici que la RRSSS montre ses forces en étant capable – malgré la discutabilité intrinsèque de tout indicateur statistique – de légitimer ses choix de fermetures. La stratégie est intéressante, car elle implique une forte logique d'irréversibilité. En effet, une fois le consensus accepté autour du fait que des fermetures d'hôpitaux sont essentielles

pour absorber les compressions (phase 1), la seule question pertinente pour la phase 2 est de déterminer lesquels seront choisis. Or, en utilisant une légitimation fortement ancrée dans un discours technocratique très éloigné des logiques politiques et en s'appuyant sur la neutralité acquise auprès des hôpitaux universitaires qui se voient épargnés par le processus, la régie peut établir une coalition forte. De plus, en utilisant une politique qui s'affiche comme étant transparente et démocratique la RRSSS se prémunit en partie contre une tentative des hôpitaux ciblée pour mobiliser la population contre les fermetures.

Conclusions

La conclusion la plus importante c'est que le processus de décision dans ce cas-ci implique un très grand recours à des rôles «cérémoniels» comme bâtir l'adhésion au projet, définir les responsabilités et légitimer son rôle. En revanche, l'aspect rationaliste de la prise de décision est beaucoup moins présent

«Overall, this "staging" of the "decision-making" process suggests that procedural logic is as important as substantive logic in making and legitimizing tough decisions» (Denis et al. 1998)

Dit autrement, ceci signifie que, pour un acteur régional dans une position semblable à celle où se trouvait la Régie de Montréal-Centre, la capacité de faire accepter une décision controversée repose principalement sur l'habilité à diriger, non pas l'aspect rationnel de prise de décision (contenu), mais d'avantage le processus cérémoniel de légitimation (contenant). Selon les auteurs, c'est grâce à sa nouvelle *autorité* de même que ses *compétences*, sa *cohésion* interne au niveau décisionnel, sa *crédibilité* externe et sa capacité à mobiliser les acteurs et à créer une *coalition* que la RRSSS s'est trouvée dans une position où elle a pu se permettre de proposer un plan de réforme aussi ambitieux.

Une autre conclusion des auteurs est plus interrogative. En effet, comme on l'a vu, cette reforme est en partie ancrée dans un nouveau paradigme en santé plus orienté vers les besoins des consommateurs et des approches démocratiques et participatives. Or, même si la RRSSS revendique le fait de permettre de telles approches grâce à son nouveau plan d'organisation, l'utilisation qu'elle fait des consultations publiques peut-être vue comme une démocratie au service de la prise de décision technocratique. Dans ces conditions, les auteurs s'interrogent sur la capacité

de la RRSSS, au prise avec de fortes contraintes, de mettre en œuvre le nouveau paradigme. D'ailleurs, ils mentionnent que le processus de consultation publique a été perçu négativement par certains des acteurs qui y ont participé. Ceci laisse croire que si cette méthode a pu être couronnée de succès dans le cas de cette décision, il y a fort à parier que la RRSSS ne pourra plus s'en servir de la même façon dans le futur.

La conclusion générale est que cette décision particulière est le résultat de la rencontre d'un changement de paradigme (macro-légitimation), de la constitution et de la légitimation d'un acteur central ayant un intérêt au changement et d'une fenêtre d'opportunité. Cette description est très en accord avec les théories en politiques publiques qui proposent qu'une décision est prise quand, sans que l'on puisse le prévoir à l'avance, on observe la rencontre d'un ensemble de problèmes, de solutions et de politiques durant une période d'opportunité, mobilisée par un acteur entreprenant.

En terminant, les auteurs s'interrogent sur la capacité de la RRSSS à mettre en place ses décisions, car, si la RRSSS a beaucoup d'expérience en tant que planificatrice elle en a beaucoup moins en tant que gestionnaire opérationnel.

Analyse

Ces articles traitent explicitement des processus par lesquels une instance régionale de gestion peut élaborer des politiques et tenter de les légitimer et de les rendre applicables à une situation concrète. L'accent est particulièrement mis sur les processus de constitution de consensus (enrôlement d'acteurs) et de légitimation. On est donc dans une analyse assez éloignée des approches rationalistes de la prise de décision.

Si on utilise le modèle des logiques de régulation pour analyser les informations présentées on en arrive à un modèle hybride. En effet, la décision, en elle-même, a, selon les auteurs, été prise de manière technocratique, durant la seconde phase du processus, c'est-à-dire avant la mise en place des consultations publiques. Cette décision semble donc posséder toutes les caractéristiques d'une logique de délégation puisqu'elle est le fruit d'experts mis en situation de prendre une décision par le biais d'une dévolution de pouvoir d'un niveau provincial à un niveau régional.

Par ailleurs, on peut aussi noter que le seul pouvoir «officiel» dévolu par le central n'aurait pas suffit pour permettre à la Régie de faire accepter une telle décision. En effet, les hôpitaux

constituent aussi des acteurs puissants dans l'organisation du système de santé. Si ces derniers avaient réagi en bloc contre les fermetures ils auraient probablement eu le poids politique nécessaire pour contrer une décision technocratique de la Régie. Si la décision a été acceptée relativement facilement c'est aussi grâce à la capacité de la Régie de s'appuyer sur des conditions macro-politiques favorables et surtout d'établir des coalitions d'intérêts autour de son projet. En ce sens, il apparaît que la capacité de faire accepter une telle décision repose aussi sur une logique interactive forte.

Finalement, en ce qui concerne la logique démocratique, la situation est assez paradoxale. En effet, il est très clair que la Régie s'est beaucoup appuyé sur la transparence apparente du processus et sur l'aspect démocratique des consultations pour légitimer la décision de fermer des hôpitaux. En revanche, d'après les auteurs, la décision était largement structurée avant les consultations publiques et seules des modifications mineures ont été apportées suite aux consultations. De même, la manière dont ces consultations ont été structurées laissait très peu de place pour une éventuelle rediscussion en profondeur des enjeux ou des décisions. Pour ces raisons, on peut probablement affirmer que la logique démocratique est la logique de régulation la moins présente dans ce cas-ci. Ce qui est paradoxal c'est que, premièrement, l'aspect démocratique du processus a été beaucoup utilisé par la Régie. En ce sens, on pourrait dire qu'il existe une logique démocratique mobilisée dans un cadre technocratique d'action. Le deuxième aspect paradoxal c'est que le projet de réorganisation de la Régie repose sur un nouveau paradigme en santé qui met beaucoup d'emphase sur la démocratie et la participation. Il est donc intéressant de voir qu'une décision ancrée dans un paradigme favorisant la participation puisse, par ailleurs, être mise en place principalement en utilisant des logiques de délégation et interactive avec très peu de recours à une logique démocratique.

Rapport sur les modes de gestion au niveau régional

Contexte et objectifs

À la fin des années 1980 et au début des années 1990 on peut noter une volonté du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) de promouvoir une gestion et un financement par programme. Au niveau régional, cela s'est principalement traduit par la création et l'adoption de différents Programmes Régionaux d'Organisation des Services (PROS). En 1993, l'ACFAS a organisé un congrès pour permettre aux chercheurs et intervenants de réfléchir sur les implications de ce type de politiques. Finalement, en 1996 un document à été publié dans le prolongement des réflexions du Congrès (Tremblay, M., Nguyen, H., & Turgeon, T. (Eds.) 1996). Ce rapport regroupe une série d'articles qui discutent, selon différentes perspectives, du concept de planification régionale dans le domaine de la Santé.

Résultats et conclusions

Le document regroupe onze articles écrit par différents auteurs. Or, comme chaque article observe la planification régionale selon une perspective différente il est impossible de présenter des résultats globaux. Les conclusions de chaque chercheur sont différentes et parfois même contradictoires. Il faut donc se rappeler que nous ne reproduisons ici que certaines des conclusions. De plus nous n'incluons pas le travail de Denis et al. qui est analysé à part.

Selon M. Tremblay Il n'existe aucune preuve scientifique de l'efficacité et donc de la pertinence des politiques de décentralisation. En conséquence, la décentralisation ne doit pas être considérée comme une fin mais tout au plus comme un moyen pour atteindre des objectifs tels que la démocratisation ou l'intersectorialité. Cet auteur propose aussi de remplacer de planification technocratique par une approche démocratique (ce qui ne semble pas évident a priori!) Dans une autre perspective, M-A Maranda s'interroge sur les possibles inégalité interégionales que pourraient causer une augmentation des pouvoirs des RRSSS. Ce type d'interrogations est d'autant plus pertinent que la liberté dans le choix des politiques augmente. On peut noter à ce propos que certains auteurs, comme P. Caris, favorisent une redistribution des

fonds du secteur curatif au secteur social qui pourrait servir à luter contre certains déterminants sociaux de la maladie comme le chômage. Or, il est évident que si certaines régions s'orientaient vers le curatif tandis que d'autres s'orientent vers le social, de gros problèmes d'organisation des services se poseraient. Par contre, comme le souligne L. Bordeleau, en pratique la marge de manocuvre que possèdent les RRSSS est limitée par les mandats légaux de ces dernières et par les exigences du ministère. C'est d'ailleurs une des limites de l'efficacité potentielle de la planification régionale. De plus, toujours selon cet auteur, la popularité croissante de l'approche sous régionale met en cause la pertinence de la planification régionale par programme. Finalement, d'autres auteurs du rapport discutent des difficultés pratiques de l'allocation financière régionale ou des besoins en information que la régionalisation implique.

Analyse

Face à la diversité des propos contenus dans ce recueil, il est difficile de pouvoir développer une analyse univoque. La principale conclusion est peut-être justement de proposer que le concept de régulation régionale ne porte en lui aucune logique propre de régulation. Seule l'étude de cas précis de régulation régionale permet de préciser quels types de régulation sont privilégiées.

Étude sur la planification régionale en santé mentale au Québec

Contexte et objectifs

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'un processus de planification régionale sur le niveau de coordination des services en santé mentale au Québec. Les plans régionaux d'organisations de service (PROS) en santé mentale ont été commandés par le gouvernement central. À l'époque, on considérait ces plans comme précurseurs à la mise en place éventuelle d'une gestion et d'une allocation de ressources par programme. Par ailleurs, au moment où les plans ont été réalisés, les régies régionales n'avaient qu'un pouvoir très limité sur les ressources financières. L'étude comprend une analyse de cas exhaustive auprès des intervenants en santé

mentale dans une région, ainsi qu'une enquête postale auprès d'autres régions du Québec. (Denis, Fleury et al. 1998)

Les résultats

L'exercice de planification n'a pas eu les effets escomptés au niveau de l'amélioration de la coordination entre les intervenants en santé mentale et une véritable gestion par programme n'a jamais été implantée. L'exercice a par ailleurs servi à développer une compréhension commune de la situation et à identifier les besoins et les problèmes. Il a mobilisé énormément d'acteurs au niveau sous-régional et a permis le partage d'idées. Les acteurs les plus puissants et les mieux établis du système (médecins et hôpitaux psychiatriques) ont moins participé à ces échanges, n'y voyant probablement pas autant d'avantages que les intervenants plus fragiles et moins organisés qui pouvaient espérer une plus grande reconnaissance et possiblement une injection de ressources. L'étude montre une certaine variabilité entre les sous-régions et les régions. L'exercice a été plus positif là où il a permis de renforcer et légitimer une dynamique interpersonnelle et interorganisationnelle qui était déjà embryonnaire.

Conclusions

Les auteurs concluent que l'organisme régional a pu générer beaucoup d'activité en termes de recueil d'information et d'intéraction entre les intervenants dans les sous-régions, sans changer réellement la logique de livraison des services. Ils attribuent ce résultat à l'absence de moyens réels au niveau régional pour modifier la dynamique opérationnelle. Notamment il aurait fallu que la région ait un plus grand pouvoir sur l'allocation des ressources, et sur les incitations.

Analyse

Cette étude illustre surtout l'opération d'une dynamique *interactive* dans un contexte où l'organisme régional n'a qu'un pouvoir extrêmement limité. Bien que les compétences et les ressources pour la planification ont permis de mobiliser certains acteurs, il est très révélateur que les acteurs les plus forts n'aient pas accordé une très grande importance à la démarche. Ceci suggère qu'une action régionale minimalement porteuse de changement exige soit une délégation de

pouvoirs plus significatif, soit une légitimité morale plus élevée, même dans le cas où l'action se joue essentiellement au niveau de la négociation. Une comparaison avec le cas de la France (présenté plus loin) est intéressante de ce point de vue.

Étude de la régionalisation au Québec.

Contexte et objectifs

Dans une publication récente, plusieurs auteurs ont réfléchi sur l'historique et la logique de la régionalisation au Québec (Trottier et al. à paraître). Il tentent de comprendre les logiques qui sous tendent l'action de l'État à travers une description détaillée et complète des étapes politiques qui, des années 1960 à nos jours, ont marqué la mise en place progressive d'une structure de gestion de niveau régional possédant des pouvoirs significatifs.

Résultats

Les auteurs voient la mise en place des CRSSS puis des RRSSS comme étant le fruit de politiques de décentralisation. Selon eux, le terme décentralisation regroupe deux types de mesures. D'une part, en s'appuyant principalement sur les travaux de Mintzberg, on peut voir la décentralisation comme un outil de gestion. D'autre part, en utilisant des perspectives dérivées de la sociologie et des sciences politiques on peut aussi voir la décentralisation comme un phénomène politique.

Comme outil de gestion, la décentralisation repose principalement sur le principe que plus les décisions sont prises à un niveau proche de celui où elles sont mises en pratique, plus leur applicabilité et leur pertinence est satisfaisante. De plus, ceci permet d'améliorer le sens des responsabilités à la base de l'organisation ou de la société.

En tant que phénomène politique, la décentralisation est le fruit d'un changement de paradigme, en partie dû au fait que les États sont forcés – par la puissance croisante des marchés financiers mondialisés – d'abandonner les politiques keynésiennes. Ce nouveau paradigme valorise un État plus modeste «better State through less State». Quand elle est prise au sérieux, la

décentralisation se traduit donc par la création d'un nouvel équilibre politique entre le centre et la périphérie, entre l'état et les autres secteurs de la société.

Par la suite, les auteurs tracent un portait de la mise en place progressive d'une structure régionale forte, depuis la mise en place de 12 régions sans pouvoirs administratifs en 1971 jusqu'aux RRSSS d'aujourd'hui qui ont été capables de fermer 7 hôpitaux d'un coup sur l'île de Montréal (voir les textes de Denis et al. 1995 et 1998). Les auteurs montrent que le transfert de pouvoir s'est fait de manière progressive. Peu à peu, au cours des vingt dernières années, de nouvelles responsabilités ont été transférées au niveau régional. Les auteurs discutent aussi des rapports de force qui ont suivi les conclusions du rapport Rochon et qui ont conduit à une mise en place partielle de ses recommandations (comme cela c'était déjà produit avec le rapport de la Commission Castonguay-Nepveu (Bergeron 1990).

Conclusions

Tout d'abord, les auteurs précisent qu'il est encore trop tôt pour pouvoir évaluer vraiment les effets de la mise en place des RRSSS. Toutefois, il affirment que les régions sont plus autonomes que par le passé, que les mécanismes démocratiques fonctionnent mieux, que les processus d'allocation budgétaire ont permis de poser de bonnes questions sur les problèmes d'équité. Malgré cela des interrogations persistent, les jeux ne sont pas faits et des dangers (comme une sclerose progresive des dynamiques locales) demeurent.

En termes plus abstraits, le rapport suggère un modèle pour tenter d'expliquer le processus de régionalisation qui est décrit. Il propose, trois visions possibles du rôle de l'État dans la société. Une vision néo-libérale voit la société comme une simple somme d'individus rationnels qui cherchent à maximiser leur utilité. Dans cette vision, le rôle de l'État est minimal et se limite aux quelques fonctions (police, respect des lois, etc.) que le marché ne peut pas prendre en charge. Une vision sociale voit l'État comme ayant la responsabilité morale de palier aux lacunes du marché et de favoriser une répartition équitable des richesses. Cette vision propose un État fort et keynésien, semblable à celui qui a mise en place les régimes publics de santé ou de bien-être. Finalement, une vision communautaire voit la vie politique comme devant se concentrer autour de communautés plus petites et socialement structurée qui protègent l'individu contre le totalitarisme

potentiel de l'État et contre la brutalité des marchés. Selon cette vision, l'État ne permet pas vraiment aux citoyens de participer aux choix collectifs et seule une décentralisation massive des pouvoirs peut remédier à cela.

À partir de ces trois visions, les auteurs affirment que seules les visions néo-libérale ou communautaire permettaient de trouver des pistes de solution aux problèmes du système de santé. Ils concluent donc que l'État s'est trouvé à devoir choisir entre deux visions. Or, comme il a été amplement démontré que le marché ne fonctionne que très mal dans le domaine de la santé, l'État a choisi la vision communautaire. La décentralisation qui a entraîné la création et le renforcement du rôle des instances régionales dans le domaine de la santé serait donc un produit d'un choix de l'État d'opter vers une vision communautaire de la société et de l'État.

Analyse

Le constat le plus important que font les auteurs est de dire que la décentralisation représente probablement la voie la plus prometteuse pour permettre de trouver des réponses aux problèmes actuels du système de santé au Québec. En effet, la décentralisation, prise ici comme synonyme de régionalisation, est vue comme ayant plusieurs particularités qui en font un mode de gestion particulièrement adapté. Premièrement, la décentralisation permet à un État centralisé de se distancer de la mise en pratique de décisions difficiles par le biais de mandats émis aux autorités régionales. Elle permet aussi à un État dont la liberté d'action est limitée par un changement de paradigme favorisant le «moins d'État» de continuer à jouer son rôle De plus, ces autoritées régionales sont perçus comme plus aptes à opérationnaliser de manière efficiente les mandats émis.

Deuxièmement, la décentralisation permet, parce qu'elle implique forcément une diminution de la taille des entités de gestion, d'augmenter la participation des citoyens selon une logique démocratique. À ce sujet, une conclusion implicite des auteurs est de dire qu'une décentralisation des pouvoirs permet une plus grande démocratisation du système que la création d'organismes simplement consultatifs.

En terminant, on pourrait peut-être quand même se demander s'il est vraiment clair que seules les visions «libérales» ou «communautaires» permettaient des pistes de solutions aux

problèmes du système de santé. Ne pourrait-on pas imaginer, malgré ce que les auteurs suggèrent, que des politiques dérivées de la vision «sociale» d'un état Keynésien pourraient être conçues de telle manière à permettre des pistes de solution ?

Étude de la régionalisation en France

Contexte et objectifs

L'objectif de cette étude était d'examiner comment les instances régionales en France (les «DRASS») se sont organisées pour relever deux nouveaux mandats qui leur ont été attribués par le niveau central dans les années 1990 (Denis et Vallette 1997, 1998). Le premier mandat en 1991 implique le développement d'un «schéma régional d'organisation sanitaire» (SROS) qui proposerait une réorganisation de l'offre de soins conforme aux besoins des populations de la région. Ceci permettait pour la première fois de proposer une certaine différenciation des rôles entre les établissements, pouvant conduire à des fermetures ou à des collaborations de service. Le deuxième mandat en 1994 accordait plus de pouvoirs budgétaires aux instances locales (représentées par un comité composé des DRASS et des instances départementales). On donnait à ce comité (CTRI) une marge de manoeuvre pour stimuler la mise en œuvre des SROS et pour créer une forme d'organisation des soins plus intégrés. L'étude retrace le devenir de ces deux exercices dans deux régions différentes.

Les résultats

Les auteurs observent deux dynamiques différentes dans chacune des deux régions. Par exemple, dans une région, le SROS est négocié graduellement avec différents interlocuteurs au cours d'une période assez longue produisant un fort niveau de consensus au sein de la région. Par contre, le plan laisse plusieurs questions vagues ou en suspens. Dans l'autre région, le SROS propose des changements plus dramatiques qui soulèvent des contestations, forçant une négotiation à la fin du processus pour arriver à une entente minimale. De façon similaire, les deux processus budgétaires accordent plus ou moins d'autonomie aux instances départementales et reposent sur des critères plus ou moins incitatifs.

Conclusions

On suggère que les instances régionales ont joué, en fait, un rôle de mise en cohérence au mileu d'un système complexe où les problèmes sont mal définis, les solutions sont multiples et les interlocuteurs ont différents intérêts, différentes stratégies et différentes sources de pouvoir. Par exemple, pour ce qui est des SROS, les auteurs suggèrent que les DRASS ont dû trouver un couplage acceptable localement entre la définition des problèmes à régler, les solutions proposées et les interlocuteurs à privilégier. Pour ce qui est de l'allocation budgétaire, ils ont dû trouver un couplage entre les indicateurs utilisés et les structures d'allocation de ressources. Puisque les contextes diffèrent, les couplages retrouvés par l'instance régionale peuvent varier de région en région. On conclut que les réformes ont permis de créer un nouvel espace de régulation régionale dans le système de santé français.

Analyse

Le modèle interactif avec son accent sur la négociation entre interlocuteurs locaux est clairement dominant dans ce qui a été observé par Denis et Valette. On ressent que tout en voulant déléguer du pouvoir vers les régions à travers des commandes de planification et d'allocation de ressources, l'État s'est assuré que le pouvoir local serait divisé, institutionnalisant ainsi le mode interactif (plutôt que de délégation ou démocratique) comme façon de trouver des solutions aux problèmes. Le public est très peu présent dans ce modèle. D'un autre côté, les établissements de santé eux-mêmes ne semblent pas (selon l'article) jouer un rôle très important. Tout semble se passer au niveau des instances administratives de mandats et de responsabilités différents. Bien que chacune de ces instances est en position de délégation vis à vis de l'état, l'absence de concentration des pouvoirs déjoue la délégation pure au profit de la mise en confrontation d'intérêts multiples.

Conclusion

La régionalisation est un processus complexe qui vise à établir une gouverne des politiques socio-sanitaires dans un espace territorial donné. Différents enjeux liés à la régionalisation peuvent être identifiés à partir des études que nous venons de décrire.

L'opérationnalisation difficile de l'idéologie populationnelle

Les processus de régionalisation, comme nous l'avions souligné dans la première section du présent rapport, prennent forme à l'intérieur d'une idéologie réformiste valorisant la mise en place d'un système de santé opérant selon une logique populationnelle (voir par exemple la description des réformes canadiennes). Les études examinées révèlent qu'un tel système est à la fois attrayant mais difficile à mobiliser au concret pour les acteurs d'un réseau. Ainsi, les études de Casebeer (Casebeer et Hannah 1998; Casebeer et al. 1998) montrent l'ambiguïté qui accompagne la misc en œuvre de ce discours à travers la régionalisation. L'idéologie réformiste ne propose pas aux acteurs des balises concrètes pour opérer les transformations et n'offre pas de clefs favorisant une traduction opérationnelle des principes qui sont évoqués. En somme, la régionalisation doit puiser sa légitimité dans un cadre idéologique plus large sans toutefois y trouver les prescriptions et les outils nécessaires à sa réalisation.

Par ailleurs, l'analyse des processus de régionalisation en France montre l'importance des représentations de l'offre de soins que se font les acteurs locaux pour amorcer le changement et éventuellement découvrir les stratégies qui s'inscrivent en cohérence avec un contexte régional donné (Denis et Valette, 1997; 1998a) Dans ce cas-ci, ce n'est pas en mobilisant une idéologie populationelle abstraite que les changements semblent s'amorcer. Une nouvelle vision du système de santé paraît être une condition nécessaire mais non suffisante pour opérer les transformations. Cette vision, lorsque s'enclenche un processus de régionalisation est critique pour mobiliser les acteurs et obtenir leur adhésion (Denis, Langley et Contandriopoulos, 1995, 1998). Le pouvoir structurant de la vision réformiste reste toutefois limitée. À cet égard, l'expérience des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale au Québec montre bien que l'émergence de nouvelles représentations de l'offre de soins et services ne suffisent pas à restructurer le réseau

socio-sanitaire et à opérer des réallocations de ressources (Denis, Fleury et al. 1998). En somme, les idéologies réformistes associées aux mouvements de régionalisation, et en particulier celle sur la santé des populations, semble avoir une emprise relativement limitée sur les pratiques tout en suscitant une certaine adhésion au niveau du langage.

La mobilisation nécessaire de nouvelles compétences et de nouvelles sources de légitimité

La régionalisation signifie avant tout un changement d'ordre structurel qui se traduit par la formalisation d'instances régionales de régulation et par un nouvel aménagement des rôles et des responsabilités entre le central, l'intermédiaire et le local. Elle accorde ainsi des rôles décisionnels à de nouveaux acteurs qui peuvent se sentir relativement désemparés. L'étude menée sur le processus de régionalisation en Saskatchewan (Kouri 1996, Kouri et al. 1997) identifie des besoins en matière d'aide à la décision pour sécuriser les acteurs dans l'exercice de leurs nouveaux rôles. Il est probable que le renforcement de pôles régionaux de régulation exige le développement de nouvelles compétences jugées nécessaires à l'accomplissement des mandats de planification et d'allocation des ressources. À première vue, l'enjeu, dans le cas de la Saskatchewan, consiste à s'assurer que les représentants de la population, qui sont associés à la gouverne de systèmes régionaux de soins et des services, aient une légitimité technique suffisamment forte pour exercer leurs nouvelles responsabilités. L'attrait pour des outils de gestion et d'aide à la décision s'expliquerait en partie par la volonté d'acquérir et de démontrer des compétences permettant de défendre des orientations non seulement auprès de la population mais aussi auprès de publics spécialisés (gestionnaires, professionnels...).

L'analyse en profondeur du processus de régionalisation dans la région de Montréal-Centre montre bien aussi l'importance d'un renouvellement des équipes administratives et de la mobilisation de nouvelles compétences dans l'affirmation de l'action régionale (Denis, Langley et Contandriopoulos, 1995; 1998). Par ailleurs, ces compétences ne réfèrent pas uniquement à des normes de bonne gestion mais aussi aux stratégies de légitimation de décisions difficiles de restructuration prises par l'instance régionale. Cet organisme, pour camper plus solidement son action, aura recours à des expertises spécialisées dans les domaines de la communication et des

relations publiques. Ainsi, il faut, en tant qu'experts, gagner l'appui du public et aussi rendre incontournable auprès des acteurs du réseau les décisions difficiles que l'on souhaite prendre.

La réconciliation d'objectifs contradictoires

Outre la question du développement des compétences de l'instance régionale, la régionalisation est aux prises avec deux allégeances, soit celle de rénover le système socio-sanitaire et celle de le rationaliser. L'ambition est de réconcilier ces deux objectifs qui sont en apparence contradictoires. Ce dilemme peut conduire à mobiliser des acteurs sous la bannière d'un renouveau du système de soins tout en risquant de se limiter sur le plan opérationnel, au moins partiellement, à un processus de rationalisation (Denis, Langley et Contandriopoulos, 1995; 1998). L'analyse du processus de régionalisation en France montre que l'on interpelle moins les acteurs avec une utopie réformiste et plus sous l'angle d'un mandat de restructuration (Denis et Valette, 1997, 1998a). En même temps, les restructurations deviennent possibles lorsqu'elles s'inscrivent en cohérence avec des traditions de coopération entre acteurs et organisations qui ont pris forme de façon naturelle à travers le temps. L'importance des dynamiques sous-régionales dans le développement d'une offre innovante de services en santé mentale dans une région au Québec est très révélatrice sur ce point (Denis, Fleury et al. 1998). En somme, l'implantation concrète de réformes exigerait un compromis acceptable entre des initiatives innovantes et des restructurations visant une rationalisation. Au delà de ce compromis, les changements qui sont adoptés et éventuellement implantés doivent ternir compte des dynamiques locales pour conserver une légitimité.

Le positionnement ambigu entre instrument du central et support au local

Tout cela nous amène à discuter du partage des pouvoirs entre les trois paliers de structuration d'un système socio-sanitaire. Si la région est vue comme un pôle important de transformation du réseau, il ne faut pas sur-estimer son potentiel. En fait, une instance régionale peut certes pousser à des changements structurels mais elle intervient difficilement dans une transformation des pratiques professionnelles et cliniques (Denis, Langley et Lamothe, 1998). La transformation fondamentale d'un réseau commande donc que des acteurs dans des contextes

concrets d'action investissent dans la transformation des pratiques. L'étude des PROS montre que l'instance régionale gagne à jouer un rôle support auprès de dynamiques locales impliquant des acteurs professionnels et non professionnels qui maîtrisent bien les connaissances nécessaires à une meilleure coordination des soins et services. Par contre, ce rôle support est aussi insuffisant lorsqu'il s'agit d'infléchir des orientations en matière d'allocation des ressources. L'instance régionale est prise entre un rôle d'appui aux logiques locales tout en devant s'imposer devant certains acteurs ou organisations qui contrôlent des ressources importantes dans le système sociosanitaire. On peut penser, dans le cas de la santé mentale, au département de psychiatrie des centres hospitaliers.

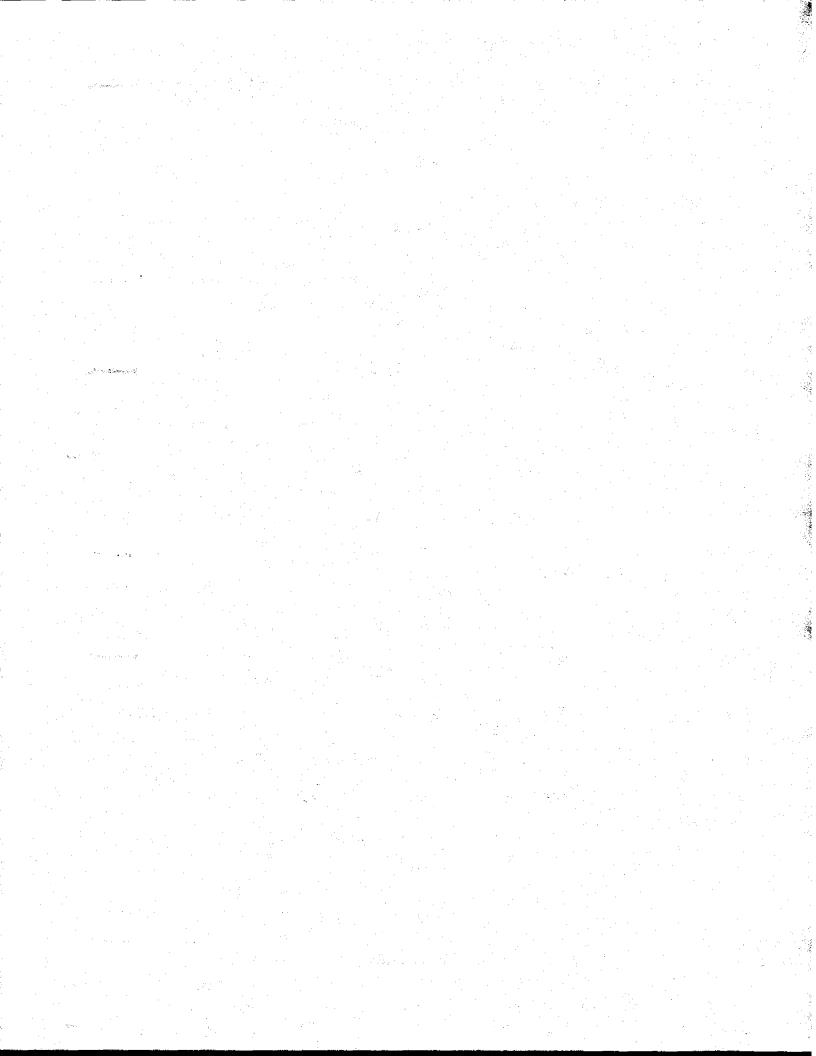
Il est donc probable que les projets de régionalisation qui auront du «succès» vont progressivement se rabattre sur le local pour réussir les transformations attendues. Ainsi, le rôle des instances régionales restera pour le moins difficile à définir. Si elles s'appuient fortement sur le local, des acteurs locaux ou le gouvernement central pourront remettre en cause l'existence même des instance intermédiaires de régulation ou tout au moins questionner l'ampleur des ressources qui leurs sont consacrées (voir tableau 2, Trottier et al., 1998).

Dans l'ensemble, les initiatives de régionalisation sont soumises à des contingences fortes. L'organisation régionale est avant tout un instrument pour le central d'application des politiques socio-sanitaires. Une telle conception du rôle des instances régionales de régulation s'apparente aux analyses désormais classiques qui ont été faites dans le cas du Québec sur le rôle de l'État dans l'évolution du système socio-sanitaire (Renaud 1981, Lesemann 1981). La régionalisation peut aussi être vue comme un outil de démocratisation, c'est-à-dire un antidote à des contrôles bureaucratiques excessifs et à une gestion trop uniforme du système socio-sanitaire (Mathre et Deber 1992, Santé et Bien-être social Canada 1993). Selon cette perspective, elle contribue et s'inscrit dans un mouvement de décentralisation et devrait, en bout de ligne, s'effacer au profit d'un contrôle local et dans l'idéal démocratique du système socio-sanitaire. Les travaux de White et Mercier (White 1993, Mercier & White 1995) dans le domaine de la santé mentale au Québec ont montré les risques que peuvent représenter un rapprochement serré entre des organisations communautaires à vocation alternative et les organisations formelles sous le contrôle de l'État. Selon cette position, le contrôle démocratique d'un système devient possible dans la mesure où un

pluralisme local prédomine sur le rôle exercé par des organismes formels comme les instances régionales. Prévoir l'évolution à long terme des instances régionales est donc un enjeu d'analyse important.

Le caractère évolutif des structures de gouverne régionales

La régionalisation peut aussi être vue comme un moment important, et peut-être nécessaire, dans la transformation de systèmes de santé caractérisés par une forte concentration du pouvoir au niveau central. Les systèmes de santé des différentes provinces canadiennes illustrent tout vraisemblablement une telle situation. Face à de nouvelles pressions économiques et technologiques, l'espace régional permet à un État central de développer de nouvelles marges d'action. La régionalisation interviendrait ainsi comme un catalyseur pour inciter au changement. Les changements actuels dans le système de santé français, avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation, s'apparente aussi à un tel processus où le gouvernement central se dote d'organismes régionaux pour tenter d'opérer des restructurations dans l'offre de soins. En somme, les études sur la dynamique de régionalisation que nous venons d'analyser laissent entendre que les rôles des instances régionales sont multidimensionnels et complexes à harmoniser. Ces organismes sont appelés à répondre à des demandes potentiellement contradictoires qui proviennent de différents secteurs de la société. Pour tenter de se positionner face à la diversité des ressources qui contribuent à la production socio-sanitaire, les instances régionales doivent développer un éventail très large de compétences. Ces compétences renvoient tout vraisemblablement à des logiques d'action variables qui peuvent être difficiles à réconcilier et à maintenir sur le terrain. La légitimité de l'action régionale dépendrait en partie d'une capacité à valoriser des objectifs conflictuels comme l'innovation et la rationalisation, le pilotage du système et sa démocratisation tout en ne paraissant pas manquer de transparence et de constance auprès de ses partenaires. Au-delà de la question de l'harmonisation de l'action régionale, nous pouvons nous demander si ces instances intermédiaires de régulation ne sont pas appelées à se transformer de façon significative surtout si le local s'impose plus fortement dans la gouverne des affaires socio-sanitaires et si l'État est moins dans l'obligation de partager les risques politiques de décisions difficiles.



Conclusion générale: La construction de l'action régionale et le devenir de la régionalisation.

Dans ce rapport, nous avons proposé une analyse théorique et empirique des expériences de régionalisation dans les systèmes socio-sanitaires. Ces expériences sont, dans le cas du Canada, relativement récentes et en fait peu étudiées empiriquement. La littérature sur le sujet est largement normative et, de plus, renvoit souvent à un ensemble de réalités connexes au phénomène de la régionalisation telle la décentralisation. Nous avons, tout au long de ce travail, fait un effort délibéré pour isoler les attributs et les enjeux propres à une régionalisation de la régulation. Pour ce faire, nous avons tout d'abord présenté le cadre idéologique à l'intérieur duquel la régionalisation est devenue un thème central des réformes dans les systèmes socio-sanitaires. Cette idéologie n'est pas sans équivoque comme nous avons pu le constater: elle comprend sous le vocable d'un système centré sur les besoins de la population, un discours managérial et un discours de démocratisation. Par la suite, nous avons proposé une définition de la régionalisation qui voit dans ce phénomène un processus de territorialisation d'une politique sectorielle, dans notre cas la politique socio-sanitaire, impliquant un double processus de centralisation et de décentralisation. Une telle définition renvoie explicitement à l'ambiguïté des mécanismes de régulation qui seront déployés au nom de la régionalisation. Ce constat nous a amené à proposer trois modèles théoriques de régulation régionale des affaires socio-sanitaires. Ces modèles, qui décrivent les différentes perspectives de l'action régionale, sont présentés selon la logique des idéaux-types et se structurent autour d'une représentation des rapports entre le gouvernement central, une instance intermédiaire de régulation et le local. Nous avons ensuite fait un inventaire des expériences de régionalisation dans les différentes provinces canadiennes pour conclure à l'existence d'une diversité d'arrangements structurels, et ce, malgré la similitude des objectifs officiellement poursuivis. Par contre, nous avons aussi observé une variation dans les rhétoriques qui sont mobilisées pour définir et valoriser les rôles et les responsabilités des instances régionales

récemment créées. Ensuite, nous avons analysé les réformes du système socio-sanitaire au Royaume-Uni, en Suède, en France et en Nouvelle-Zélande pour apprécier le statut de la régionalisation dans ces réformes. La régionalisation paraît être un instrument parmi d'autres pour reconfigurer les règles d'échange entre acteurs dans des systèmes où l'on souhaite renouveler l'incitation. L'inventaire en matière de régionalisation des expériences canadiennes et dans ces quatre pays présente un portrait essentiellement statique de l'évolution de ce phénomène. À partir de quelques études qui traitent explicitement de processus concrets de régionalisation, nous avons cherché à saisir les enjeux qui caractérisent l'instauration d'une régulation intermédiaire dans les systèmes socio-sanitaires. Nous ne prétendons pas ici avoir couvert l'ensemble des études existantes mais une analyse approfondie de certaines études nous a permis de retracer ce qui se passe au concret lorsque l'on tente de renforcer le pôle régional.

Ces analyses théoriques et empiriques suggèrent plusieurs pistes à approfondir pour mieux comprendre le devenir d'une régulation régionale des affaires socio-sanitaires et son statut dans les transformations plus générales de ces systèmes. Nous avons initialement posé trois modèles idéaux d'action régionale. Nous faisons l'hypothèse qu'une compréhension plus étendue des enjeux de la régionalisation passe par une analyse des dilemmes propres à la mise en place de chacun de ces modèles et des enjeux associés à la coexistence sur le terrain de ces derniers.

Le premier modèle est celui de la délégation qui suppose que l'instance régionale de régulation est toujours aux prises avec des problèmes d'exécution et de formulation des mandats. En fait, l'existence même d'une régionalisation suppose que l'on complexific les relations mandants et mandataires. L'instance régionale doit, d'un côté agencer son action avec les préférences et orientations d'un gouvernement central et, d'un autre côté, valoriser son rôle auprès du local en démontrant une certaine autonomie et une capacité de décision. Cette autonomie ne peut se limiter à une application directe et contrôlée des mandats émis par le gouvernement central. Dans un tel cas, l'action régionale se limiterait à un outil de mise en place d'une politique nationale et ne pourrait à long terme légitimer son existence. Plus une instance régionale voudra s'assurer d'une pertinence à l'égard du local, plus elle devra apporter des ajustements et contribuer à la

formulation des mandats nationaux. De façon similaire, le modèle de la délégation sera fonctionnel que dans la mesure où le central minimise ses interventions face au régional et le régional face au local. La logique de délégation pose comme enjeu le développement et l'exercice de contrôles pertinents tout en protégeant des marges d'action aux paliers inférieurs d'un système. Il n'est pas souhaitable que l'instance régionale se défile des mandats émis par un gouvernement central garant de la pérennité du système socio-sanitaire. Ces mandats doivent toutefois autoriser une valorisation de l'action régionale dans le sens d'une prise en compte plus subtile des réalités locales. La poursuite d'une imputabilité à tous les niveaux d'action du système socio-sanitaire ne doit pas conduire à une croissance des contrôles bureaucratiques et du caractère arbitraire des mandats qui pourrait en découler. La poursuite de travaux sur la régionalisation pourrait cibler ce problème d'un agencement des missions et responsabilités entre le central, l'intermédiaire et le local.

Le modèle interactif paraît aussi faire référence à une logique d'action incontournable pour une instance régionale. Cette dernière doit s'imposer auprès d'un réseau et donc composer avec l'état des forces en place. Elle peut aussi développer ses propres stratégies pour contre-carrer certaines forces prédominantes et tenter ainsi d'ouvrir la porte à des transformations importantes. En revanche, la perspective interactive peut paralyser une instance régionale. Elle est fondée sur un plus grand réalisme politique mais en voulant donner crédit aux projets stratégiques de multiples acteurs influents, elle risque de limiter l'ampleur des changements que l'on peut souhaiter vouloir apporter au système socio-sanitaire. L'instance régionale aura donc une action d'autant plus contributive qu'elle fera contrepoids à des sources d'inertie importantes. La question reste à savoir jusqu'à quel point le régional a les appuis et les ressources pour conduire des projets audacieux sur le plan politique. Si le modèle de la délégation pouvait, du moins en théorie, se satisfaire d'une information approximative en déléguant la résolution des problèmes à d'autres niveaux, le modèle interactif exige de l'instance régionale une connaissance fine du terrain, des projets stratégiques en vigueur et des pôles d'influence. En fait, le modèle interactif voit dans la régionalisation une façon de se frotter au pluralisme et de développer des stratégies plus plausibles de changement. Le central aura tout autant dans cette perspective le devoir de donner des mandats peu contraignants que celui de ne pas interférer dans les controverses entre l'instance

régionale et ses partenaires locaux. Le jeu stratégique développé par le régional doit aussi se dérouler de façon à maintenir les ouvertures pour convenir d'accords et conserver une légitimité pour les faire respecter. C'est dans le cas contraire qu'une instance régionale pourrait être tentée d'intervenir auprès du central pour mater les dissidents. Le risque d'un dysfonctionnement du modèle interactif ne relèverait donc pas uniquement des habitudes du local à recourir au central mais aussi de l'incompétence du régional à gérer localement le politique.

Le modèle démocratique s'appuie sur la dynamique régionale pour produire des mandats et en assurer l'exécution. L'État fournit un cadre qui permet à des acteurs régionaux et locaux de s'engager politiquement dans le développement et la régulation du système socio-sanitaire. Cet engagement se fait sous fortes contraintes, c'est-à-dire selon des valeurs et des normes qui dépassent les préférences régionales. L'expression d'une hétérogénéité de points de vue n'a de sens que si des idéaux démocratiques sont atteints. La logique procédurale est donc dominante dans l'exercice d'une régulation démocratique régionale. Elle répond directement au problème de savoir comment susciter la participation, comment se doter de règles acceptables d'arbitrage, comment éviter la manipulation des règles délibératives et comment contenir les conflits. Le modèle démocratique implique donc une remise en cause d'une gouverne spécialisée du système. L'instance régionale est garante de procédures qui conduisent à une délibération constructive et éclairée, elle n'impose pas son projet.

À travers ce travail sur la régionalisation, certains constats préliminaires semblent émerger. Les études tendent à montrer, par exemple, que le modèle démocratique est extrêmement difficile à mettre en œuvre de façon convenable. Les organismes de consultation communautaires dans les provinces de l'ouest n'ont eu que peu d'impact (cas de la Colombie Britannique et de l'Alberta) et les mécanismes démocratiques inhérents au système québécois n'ont pas réussi à mobiliser une participation populaire convaincante en dépit des efforts déployés (Denis et al., 1998). Le modèle a peut-être atteint sa forme la plus probante dans le cas du système suédois, mais même là, on a jugé nécessaire d'introduire des mécanismes de marché pour mieux tenir compte des besoins des populations locales.

D'autre part, l'échec rélatif des conseils régionaux au Québec (Rochon, 1988) montre la faiblesse d'une forme de régionalisation qui ne laisse au palier régional qu'un rôle conseil s'appuyant presque uniquement sur un modèle interactif. Quelques exemples fournis dans le chapitre précédant (Denis, Fleury et al. 1998, Denis et al. 1998) sont éloquents à cet égard.

Finalement, on peut également voir des lacunes dans les modes de régionalisation qui reflètent à l'extrême la philosophie de la délégation. Lorsque tous les services de santé sont placés sous la gouverne directe d'un même organisme régional, on pourra peut-être réaliser une meilleure coordination et une certaine rationalisation des ressources telle que préconisée dans l'illustration à la Figure 1, mais on court également le risque de bureaucratisation et d'écrasement par une structure uniforme et rigide peu sensible aux dynamiques opérationnelles variables (OHA, 1994).

Ceci suggère qu'il est peu probable qu'une instance régionale puisse se replier sur une seule de ces trois logiques d'action. Notre analyse statique et dynamique des expériences canadiennes et étrangères montre que la régionalisation constitue un phénomène hybride qui s'alimente à différentes logiques discursives et d'action. Ainsi, une instance régionale doit toujours, pour légitimer son existence, se positionner comme un mandant à l'égard du réseau socio-sanitaire; ce qui correspond au modèle de délégation. Elle doit aussi faire face au jugement public lorsqu'elle prend des décisions controversées et s'appuyer éventuellement sur une participation de la population; ce qui correspond au modèle démocratique. Finalement, l'instance régionale fait aussi face à une mosaïque d'intérêts et de forces sur le plan local qui l'obligent à négocier; ce qui correspond au modèle interactif. La régulation régionale semble donc être vouée à un certain pragmatisme l'incitant à créer un équilibre entre les pôles de la délégation, de l'interaction et de la démocratisation. Toutefois, comme nous l'avons remarqué dans le chapitre 3, une instance régionale qui, pour une même action, tente d'utiliser simultanément plusieurs logiques, risque de voir sa crédibilité contestée.

La régionalisation est au centre des projets de réforme des systèmes socio-sanitaires canadiens. Elle est moins un enjeu pour d'autres systèmes qui sont plus préoccupés par des changements de l'incitation. La régionalisation semble évoluer aussi dans nos systèmes vers une

transformation des règles du jeu. L'intérêt croissant pour des systèmes de soins intégrés dont la gouverne pourrait ne pas être régionale et pour un renforcement des responsabilités et rôles des acteurs et des organisations produisant les soins et services de première ligne indiquent une transformation des moyens privilégiés à ce jour par les instances régionales au Québec et dans d'autres provinces canadiennes pour transformer le système socio-sanitaire. Si c'est le cas, nous assistons peut-être à un allégement des responsabilités régionales au profit d'un rapport renouvelé entre les acteurs du système de socio-sanitaire.

Références

- Abelson, J., J. Lomas, J. Eyles, S. Birch, et G. Veenstra. (1995). «Does the community want devolved authority? Result of deliberative polling in Ontario.» *Canadian Medical Association Journal*, 153 (4), 403-412.
- Agnew, J.A. (1990). «Political decentralization and urban policy in Italy: From "state-centered" to "state-society" explanation.» *Policy Studies Journal*, 18 (3), 768-784.
- Alberta Health. (1993). Regionalization of Health Services Planing and Management: A Canadian Perspective, Health strategy and Evaluation Division.
- Alberta Health. (1993). Starting points: Recommendations for creating a more accountable and affordable health system, Health planning secretariat.
- Alberta Health. (1994). Regionalization of Health Services Planing and Management: A Canadian Perspective. Update January 1994, Health stategy ad Evaluation Division.
- Alberta Health. (199?). Core Health Services in Alberta, .
- Alberta Health. (199?). Getting started II Health Business Plan Guidebook, .
- Alberta Health. (199?). Getting started: An orientation for RHAs, .
- Anderson, G.M., et J. Lomas. (1989). «Regionalization of coronary artery bypass surgery: Effects on access.» *Medical care*, 27 (3), 288-296.
- Angus, D. (1991). Significant health commissions and task forces in Canada since 1983-1984. Ottawa: Canadian Nurses Association.
- Angus, D. (1994). Mise à jour de Significant health commissions and task forces in Canada since 1983-1984.

 Ottawa: Canadian Nurses Association.
- Arvidsson, G. (1995). «Regulation of planned markets in health care.» Implementing planned markets in health care: Balancing social and economic responsibility, édité par: R. B. Saltman et C. von Otter, Buckingham, Open University Press. pp. 65-85.
- Ashton, T. (1996). «Health care systems in transition: New Zealand. Part I: An overview of New Zealand's health care system.» Journal of Public Health Medicine, 18 (3), 269-73.
- Ball, T. (1994,). Nibbling at the edges, cutting at the margins, just isn't on anymore. Paper presented at the Stategic Planning Retreat held by the Sunnybrook Health Science Centre.
- Barnett, P., et L. Malcolm. (1997). «Beyond ideology: the emerging roles of New Zealand's crown health enterprises.» *International Journal of Health Services*, 27 (1), 89-108.
- Bennett, R.J. (1990). «Decentralization, local government and markets: Is there a post-welfare Agenda in planned and market economies?» *Policy Studies Journal*, 18 (3), 683-701.
- Benson, K. J. (1975). The interorganisational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly*, 20, 229-249.
- Bergeron, P. (1990). «La comission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu.» Recherches sociographiques, XXXI (3), 359-380.
- Bohman, J. (1996). Public Deliberation. Cambridge.
- British Columbia Health. (1993). New directions for a healthy British Columbia, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Province of British Columbia.
- British Columbia Health. (1993). Processes, Benchmarks and Responsibilities for Developing Community Health Councils and Regional Health Boards, Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Province of British Columbia.
- British Columbia Health. (1996). Better team work, better care. The new approach to regionalization, Speaking notes of the Minister, Vancouver, Ministry of Health, Province of British Columbia (communiqué accessible sur le site: http://www.health.gov.bc.ca).
- British Columbia Health. (1996). Changes to health plan put services for people first, News Release, Ministry of Health, Province of British Columbia (communiqué accessible sur le site: http://www.health.gov.bc.ca).

- British Columbia Health. (1996). Report of the regionalization assessment team, Ministry of Health, Province of British Columbia (Rapport accessible sur le site: http://www.health.gov.bc.ca).
- British Columbia Health. (1997). Better team work, better care. Regionalization Implementation, Vancouver, Ministry of Health and Ministry Reponsible for Seniors Province of British Columbia.
- Brunelle, Y., et D. Ouellet. (1989). Finlande, Norvège et Suède: Point d'intérêt des systèmes de santé, Québec, Publication du Québec.
- Bryson, J. M., & Crosby, B. C. (1992). Strategic planning for public and non profit organizations. San-Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Canadian Healthcare Association. (1997). Guide to Canadian Healthcare Facilities. (Vol. 5). Ottawa: CHA Press.
- Canadian Medical Association. (1993). The language of health care reform, Ottawa, Report of the Working Group on Regionalization and Decentralization.
- Capital Health Authority (Edmonton Alberta). (1994). A New Direction for Health, Edmonton, Capital Health Authority.
- Carrothers, L.C., S.M. Macdonald, J.M. Horne, D.G. Fish, et M.M. Silver. (1991). Regionalization and Health Care Policy in Canada: A National Survey and Manitoba Case Study, Winnipeg, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba.
- Carter, N.M., et J.B. Cullen. (1984). «A comparison of centralization/decentralization of decisionmaking concepts and measures.» *Journal of Management*, 10 (2), 267.
- Casebeer, A., CathieScott, & Hannah, K. (1998, aout). Transforming a health care system: Managing change for community gain. Paper presented at the Annual Meeting of the Academy of Management, San Diego.
- Casebeer, A.L., et K.J. Hannah. (1996). The Process of Change Related to Health Policy Shift (Regionalizing Alberta's Health Care System) A Summary Document, .
- Clarke, M., D.J. Hunter, et G. Wistow. (1997). «For debate, Local government and the National Health Service: the new agenda.» *Journal of Public Health Medicine*, 19 (1), 3-5.
- Cohen, M.D., J.G. March, et J.P. Olsen. (1972). «A garbage can model of organizational choice.» Administrative science quarterly, (17), 1-25.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1988). Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Publications du Québec.
- Coney, S. (1996). «Relentless unravelling of New Zealand's health-care system» Lancet, 347 (9018), 1825.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système. Paris: Seuil.
- Cumming, J. (1994). «Core services and priority-setting: the New Zealand experience.» Health Policy, 29 41-60.
- Daley, G. (1987). «Decentralization: a new way of organising community health services.» Hospital and Health Services Review, (March), 72.
- Dean, M. (1994). «International health reforms » Lancet, 344 (8916), 181.
- Denis, J.-L., & Valette, A. (1998a). Décentraliser pour transformer la régulation. La création des Agences régionales de l'hospitalisation. Communication présentée au Colloque de l'INSERM sur la performnce des organisations de santé, Paris, Octobre 1998.
- Denis, J. L., & Valette, A. (1998b). Devenir acteur régional de régulation . France: Rapport présenté à la MIRE.
- Denis, J. L., Fleury, M.-J., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Langley, A., Pineault, R., & Sicotte, C. (1998). Évaluation de la mise en oeuvre et des effets d'une gestion par programme et de la planification régionalisée (PROS) des services en santé mentale (Rapport de recherche présenté à Santé Canada Projet n° 6605-4395-301).
- Denis, J. L., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (à paraître). The struggle for boundary redefinition in health care organizations. In D. Brock, C. R. Hinings, & M. Powell (Eds.), *Tranformation of Professional Organizations*,: Routhledge.
- Denis, J.-L. (1997). Trois modèles et trois terrains pour penser la décentralisation. Présentation à la conférence La santé demain: vers un système de soins sans murs, Lyon. Décembre 1997
- Denis, J.-L., & Valette, A. (1997). La régulation au concret: l'expérience des DRASS. *Politiques et Management Public*, 15 (4): 1-25

- Denis, J.-L., Langley, A., & Contandriopoulos, A.-P. (1995). La transformation du rôle des instances régionales dans le système de santé au Québec: Le cas de Montréal-Centre. Revue française d'administration publique(6), 599-608.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Contandriopoulos, A.-P. (1998,). From Institutional Discourse to Organizational Decision: The Dynamics of Legitimation. Paper presented at the Annual Meeting of the Academy of Management, San Diego.
- Dent, M. (1995). «The New National Health Service: A Case of Postmodernism.» Organization Studies, 16 (5), 875-899.
- Diderichsen, F. (1995). «Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweeden.» Health Policy, 32 141-153.
- Domberger, S., et C. Hall. (1996). «Contracting for public services: A review of antipodean experience.» *Public administration*, 74 129-147.
- Dorland, J.L., et S.M. Davis. (1996). How many roads? Regionalization and decentralization in health care (*Proceedings of a conference held in Kingston, Ont. in June, 1995.*), Kingston (Ont.), Queen's University.
- Durkeim, E. (1978 c1930). De la division du travail social. Paris: PUF.
- Edgar, A. (1995). «Enterprise association or civil association? The UK national health service.» Journal of Medicine & Philosophy, 20 (6), 669-88.
- EIUL (The Economist Intelligence Unit Limited). (1998). Profile Canadian Healthcare Struggles With Its Five Pillars of Faith. In EUIL (Ed.), *Healthcare International*, (pp. 34-66).
- Enthoven, A., et R. Kronick. (1989). «A consumer-choice health plan for the 1990s: Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (first of two parts).» The New England Journal of Medicine, 320 (1), 29-37.
- Enthoven, A., et R. Kronick. (1989). «A consumer-choice health plan for the 1990s: Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (second of two parts).» The New England Journal of Medicine, 320 (2), 94-101.
- Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. Social Science and Medicine, 31, 1347-1363.
- Feldman, M.S., et J.G. March. (1981). «Information in organisations as signal and symbol.» Administrative science quartely, (26), 171-186.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). The New Public Management in Action. Oxford: Oxford University Press.
- Folsom, P., Porter, J., Richmond, D., Saddington, R., & Warkentin, J. (1994). A Framework for evaluating devolution. Toronto: Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice.
- Folsom, P., Porter, J., Richmond, D., Saddington, R., & Warkentin, J. (1994). La décentralisation des services de santé et des services sociaux en Ontario: Recentrer le débat. Toronto: Premier's Council on Health, Wellbeing and Social Justice.
- Fortin, P. (1997) «L'environnement macroéconomique comme contrainte sur l'évolution des ressources dans le secteur public.» Colloque sur l'allocation des ressources organisé par l'AHQ, Montréal,
- Galbraith, J. R. (1973). Desingning complex organisations, Reading (MA): Addison-Westley.
- Garpenby, P. (1995). «Health care reform in Sweden in the 1990s: local pluralism versus national coordination.» Journal of Health Politics, Policy & Law, 20 (3), 695-717.
- Girin, J. (1995). Les agencements organisationnels. In C. F. (Ed.), Les savoirs en action, . Paris: L'harmattan.
- Glennerster, H., et M. Matsaganis. (1994). «The English and Swedish health care reforms.» *International Journal of Health Services*, 24 (2), 231-251.
- Godbout, J.T. (1989). Le communautaire public : le cas d'un CLSC, n°62, Etudes et documents, Montréa!, Institut national de la recherche scientifique INRS-Urbanisation.
- Godbout, J.T. (1992). L'esprit du don, Paris, Editions La Decouverte. 344 p.
- Goffmann, E. (1973). La mise en scène de la vie quotidienne. Paris: Les éditions de minuit.
- Gouvernement du Manitoba. (1996). Projet de loi 49, Loi concernant les offices régionaux de la santé et apportant des modifications corrélatives, Winnipeg, Gouvernement du Manitoba.
- Gouvernement du Manitoba. (1997). Loi sur les offices régionaux de la santé, Gouvernement du Manitoba.

- Grossman, S. J., & Hart, O. D. (1983). An Analysis of the Principal-Agent Problem. Econometrica, 51(1), 7-45.
- Gustafsson, R.A. (1995). «Open the black box: paradoxes and lacunas in Swedish health care reforms.» *International Journal of Health Services*, 25 (2), 243-58.
- Habermas, J. (1989). «La souveraineté populaire comme procédure. Un concept normatif d'espace public.» *Lignes*, (7), 29-57.
- Habermas, J. (1993). Justification and application: Remarks on discourse ethics. Cambridge (MA): MIT press.
- Hakansson, S. (1994). «New ways of financing and organizing health care in Sweden.» *International Journal of Health Planning and Management*, 9 103-124.
- Ham, C., et M. Brommels. (1994). «Health care reform in The Netherlands, Sweden, and the United Kingdom.» Health Affairs, 13 (5), 106-19.
- Hambleton, R. (1988). «Consumerism, decentralization and local democracy.» *Public Administration*, **66** (Summer), 125-147.
- Haynes, M. V., & Dunn, J. R. (1998). Population Health in Canada A Systematic Review (CPRN study n°H01): Canadian Policy Research Network inc.
- Hinings, C. R., & Greenwood, R. (1988). The Dynamics of Strategic Change. Oxford: Blackwell.
- Hirschman, A. O. (1995). Défection et prise de parole. Paris: Fayard.
- Hoggett, P. (1991). A new public management in the public sector. Policy and politics, 19(4), 243-256.
- Hudson, R., et V. Plum. (1986). «Deconcentration or Decentralisation? Local government and the possibilities for local control of local economies.» *Urban political theory and the management of fiscal stress*, édité par. M. Goldsmith et S. Villadsen, Brookfield, Gower. 137-160.
- Hunyadi, M. (1989). «La souveraineté de la procédure: À propos de la pensée politique de Jürgen Habermas.» Lignes, (7), 11-28.
- Jacobs, K. (1994). «The management of health care: A model of control.» Health policy, 29 157-171.
- Jérôme-Forget, M., & Forget, C. E. (1998). Who is the Master A Blueprint for Canadian Health Care Reforms. Montreal: Institute for Research on Public Policy.
- Jérôme-Forget, M., White, J., & Weiner, J. M. (1995). Health reform through Internal Markets. Montreal: Institute for Research on Public Policy.
- Kickert, J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (Eds.). (1997). *Managing Complex Networks*. Thousand Oaks: Sage.
- Kickert, W. (1993). «Complexity, governance and dynamics: Conceptual explorations of public network management.» *Modern governance: New Government -Society Interactions*, édité par: J. Kooiman, Londre, Sage Publications. pp. 191-204.
- Klijn, E. H. (1996). Analysing and managing policy process in complex networks: a theorical examination of the concept of polic network and its problems. *Administration and Society*, 28(1), 90-119.
- Kouri, D. (1996). Assessing Board Decision-Making Needs: Saskatchewan District Health Boards (Occasional Paper n°1). Saskatoon: HEALNet. p.
- Kouri, D., Dutchak, J., & Lewis, S. (1997). Regionalization at age Five: Views of Saskatchewan Health Care Decision-Makers. Saskatoon: HEALNet. p.
- Kouri, D., Dutchak, J., & Lewis, S. (1997). Regionalization at age Five: Views of Saskatchewan Health Care Decision-Makers (Supplement Frequency Distributions). Saskatoon: HEALNet. p.
- Laing, W. (1994). Managing the NHS: Past, present and agenda for the future, London, Office of Health Economics.
- Lake, R.W., et J. Regulska. (1990). «Political decentralization and capital mobility in planned and market societies: Local autonomy in Poland and the United States.» *Policy Studies Journal*, 18 (3), 702-719.
- Laugesen, M., et G. Salmond. (1994). «New Zealand health care: a background.» Health Policy, 29 41-60.
- Le Grand, J., et W. Bartlett. (1993). Quasi-Markets and Social Policy, London, Macmillan Press.
- Lemieux, V. (1997). La décentralisation. Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Lentjes, D. (1990). Regionalization: Past experience and implications for Alberta, Calgary, Calgary Board of Health.
- Lesemann, F. (1981). Du pain et des services. Laval: Éditions coopératives Albert St-Martin.

- Levine, C. (1984). «Citizenship and service delivery: The promise of coproduction.» *Public administration review*, 44 (Special issue), 178-187.
- Lewis, S. (1997). Regionalization and Devolution: Transforming Health, Reshaping Politics?, Saskatoon, HEALNet Regional Health Planning.
- Light, D.W. (1997). «From managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience.» *The Milbank Quarterly*, 75 (3), 297-341.
- Macfarlane, D. (1996). «Citizen Participation in the Reform of Health care Policy: A case example.» Healthcare Management Forum, 9 (2), 31-35.
- MacLeod, G.K. (1994). «Health care financing reform in New Zealand.» Health Affairs, 13 (4), 210-5.
- Mangelsdorf, K.R. (1988). «Décentralisation administrative et développement: des résultats contradictoires en Équateur.» Revue Internationale des Sciences Administratives, 54 (1), 77-100.
- Manitoba Health. (1992). Quality Health for Manitobans: The Action Plan, Winnipeg, Manitoba Ministry of Health.
- Manitoba Health. (1995). Annual Report 1994-1995, Winnipeg, Manitoba Ministry of Health.
- Manitoba Health. (1995). Recommendation to the minister of health on the governanceof health services delivery in northern/rural Manitoba, Winnipeg, Northern / Rural Health Advisory Council.
- Manitoba Health. (1996). Annual Report 1995-1996, Winnipeg, Manitoba Ministry of Health.
- Manitoba Health. (1996). Annual Report 1996-1997, Winnipeg, Manitoba Ministry of Health.
- Manitoba Health. (1997) Community Health Needs Assessment Guidelines, (rapport acessible sur le site : http://www.gov.mb.ca/health), Manitoba Ministry of Health.
- Manitoba Health. (1997). A Planning Framework to promote, Preserve and Protect the Health of Manitobans, (rapport acessible sur le site: http://www.gov.mb.ca/health/documents/planning.pdf), Manitoba Ministry of Health.
- Manitoba Health. (1997). Core Health Services in Manitoba, (rapport acessible sur le site : http://www.gov.mb.ca/health/documents/core.pdf), Manitoba Ministry of Health.
- Manitoba Health. (1997). Neighourhood Resources Networks: Primary Health Care Working Document, (rapport acessible sur le site: http://www.gov.mb.ca/health/documents/nrn.pdf), Manitoba Ministry of Health.
- Manitoba Health. (1997). Next Steps, Pathways to a healthy Manitoba, Winnipeg, Manitoba Ministry of Health.
- Mansfield, R. (1973). «Bureaucracy and centralization: An examination of organizational structure.» *Administrative* science quarterly, 18 (4), 477-488.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1995). Democratic Governance. New-York: Free Press.
- March, J.G. (1992). «The war is over and the victors have lost.» The journal of Socio-Economics, 21 (3), 261-267.
- Marsh, D., & Rhodes, R. A. W. (1992). Policy networks in British government. Oxford: Clarendon.
- Maxwell, J.G. (1996). «Changes in Britain's health care; an American attempts to revisit 'from the London Post'.» *Jama*, 275 (10), 789-93.
- Maynard, A., et K. Bloor. (1996). «Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service.» New England Journal of Medicine, 334 (9), 604-608.
- Mercier, C., & White, D. (1995). La politique de santé mentale et la communautarisation des services. Santé mentale au Québec, XX(1), 17-30.
- Metcalfe, L. (1993). «Public management: From imitation to inovation.» Modern governance: New Government Society Interactions, édité par: J. Kooiman, Londre, Sage Publications. pp. 173-189.
- Mhatre, S., et R. Deber. (1992). «From equal health care acces to equitable acces to health: a review of Canadian provicial health commissions and reports.» *International. Journal of Health Services.*, (22), 645-668.
- Mills, A., J.P. Vaughan, D.L. Smith, et I. Tabibzadeh. (1991). La décentralisation des systèmes de santé: Concepts, problèmes et expériences de quelques pays, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.
- Minister's Action Committee on Health System Reform. (1994). Background paper on Regionalization, Halifax, Nova Scotia Health.
- Mintzberg, H. (1979). The Structuring of Organizations. Englewoods Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1996). «Managing government, governing management.» *Harvard Business Review*, (mai-juin 1996), 75-83.

- Mooney, G., et G. Salmond. (1994). «A reflexion on the New Zealand health care reforms.» Health Policy, 29 41-60.
- Newfoundland Health. (1994). Reform Initiatives: Responding to Changing Health Needs, Saint John, Newfoudland Department of Health.
- Newfoundland Health. (1997). The Evolving Health System, St-John, Newfoundland and Labrador Department of Health.
- Northern/Rural Regionalization Task Force. (1996). The Regional Health Authorities and Consequential Amendments Act, Winnipeg, Northern/Rural Regionalization Task Force.
- Nouveau Brunswick Santé et Services Communautaires. (1993). Plan des services de santé et des services communautaires pour le Nouveau-Brunswick, Fredericton, Ministère de la santé et des Services Communautaires du Nouveau-Brunswick.
- Nouveau Brunswick Santé et Services Communautaires. (1996). Health and Community Services: Legislative statement, (accessible à l'adresse: http://www.gov.nb.ca/hcs/spendesp.htm), Fredericton, Ministère de la santé et des Services Communautaires du Nouveau-Brunswick.
- Nouveau Brunswick Santé et Services Communautaires. (1996). Plan ministériel Santé et services communautaires, (accessible sur le site: http://www.gov.nb.ca), Fredericton, Ministère de la santé et des Services Communautaires du Nouveau-Brunswick.
- Nouveau Brunswick. (199?). Vers une stratégie globale en matière de santé. Santé 2000, vision, principes et objectifs, Ministère de la santé et des Services Communautaires du Nouveau-Brunswick.
- Nova Scotia Government. (1994). An act to establish Regional Health Boards, .
- Nova Scotia Health. (1995). From Blueprint to Building, .
- Nova Scotia Health. (1997). Nova Scotia Health System Regionalization, .
- Nova Scotia Health. (1998). From the ground up: Community Health Board Development in Nova Scotia 1994-1997, Community Health Planning and Evaluation Working Group.
- Nova Scotia Health. (1998). HealthCare Update: Regionalization, Nova Scotia Department of Health.
- Offe, C. (1996). Modernity and the State. Cambridge: MIT Press.
- Ontario Health. (1996). Ontario Ministry of Health Business Plan 1996, (rapport accessible sur le site: http://www.gov.on.ca/health), Toronto, Ontario Ministry of Health.
- Ontario Health. (1997). Ontario Ministry of Health Business Plan 1997-1998, (rapport accessible sur le site: http://www.gov.on.ca/health), Toronto, Ontario Ministry of Health.
- Ontario Health. (1997). Ontario Ministry of Health FutureShape: A New Structure for the Ministry of Health, (rapport accessible sur le site: http://www.gov.on.ca/health), Toronto, Ontario Ministry of Health.
- Ontario Health. (1997). Ontario Ministry of Health Putting the Patient First: What are The Problems?, (rapport accessible sur le site: http://www.gov.on.ca/health), Toronto, Ontario Ministry of Health.
- Ontario Health. (1997). Ontario Ministry of Health The Rural and Northern Health Care Framework, (rapport accessible sur le site: http://www.gov.on.ca/health), Toronto, Ontario Ministry of Health.
- Ontario Health. (1997). Ontario Ministry of Health Who Does What, (rapport accessible sur le site: http://www.gov.on.ca/health), Toronto, Ontario Ministry of Health.
- Ontario Hospital Association. (1994). OHA Regionalization Project: A process for implementing health system reform. Final Report, Ontario Hospital Association.
- Ontario Premier's Council. (199?). Challenging assumptions: Restructuring health systems across Canada Devolution or Dog's breakfast?, Toronto, The Ontario Premier's Council.
- Osborne, D., & Plastrik, P. (1997). Banishing Bureaucracy. The Five Strategies for Reinventing Government. Reading (MA): Addison-Wesley Publishing Company Inc.
- Ouchi, W. (1980). Markets, bureaucraties and clans. Administrative Science Quarterly, 25, 129-141.
- P.E.I. Health Transition Team. (1993). Community Needs Asseeement: Working Group Report, Transition Team on Health Reform.
- P.E.I. Health Transition Team. (1993). Partenership for a Better Health, Transition Team on Health Reform.
- P.E.I. Health Transition Team. (1993). Provincial Health Policy Council: Working Group Report (vol 1), Transition Team on Health Reform.

- P.E.I. Health Transition Team. (1993). Provincial Health Policy Council: Working Group Report (vol 2), Transition Team on Health Reform.
- P.E.I. Health Transition Team. (1993). Structure of our health system: Working Group Report, Transition Team on Health Reform.
- P.E.I. Health Transition Team. (1993). Utilization Management: Working Group Report, Transition Team on Health Reform.
- Paton, C. (1993). «Devolution and centralism in the National Health Service.» Social Policy & Administration, 27 (2), 83-108.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). The external control of organizations, a ressource dependence perspective. New-York: Harper and Row.
- Pineault, R., Lamarche, P. A., Champagne, F., Comtandriopoulos, A. P., & Denis, J.-I. (1993). The reform of the Quebec health care system: Potential for innovation? *Journal of Public Health Policy*, 14(2), 198-212.
- Prahalad, C. K., & Betis, R. A. (1986). The Dominant Logic: A New Linkage Between Diversity and Performance. Strategic Management Journal, 7, 485-501.
- Prairie West Health District. (1997). Taking Hold of the Futur 1997-2000, Kindersley, Prairie West Health District.
- Prichard, C., & Willmott, H. (1997). Just how Managed is the McUniversity. Organization Studies, 18(2), 287-316.
- Prince Edward Island Cabinet Comittee on Government Reform. (1992). Health Reform: A Vision for Change, Health Task Force.
- Prince Edward Island Government. (1993). Laws of Prince Edwards Island: Health and Community Services act, Charlottetown, .
- Propper, C. (1995). «Regulatory reform of the NHS internal market.» Health Economics, 4 77-83.
- Provincial Health Council of Alberta. (1997). Final Report on Alberta Health and Regional and Provincial Health Authorities Business Plan Review for 1997-98 to 1999-2000, Edmonton, Provincial Health Council of Alberta.
- Provincial Health Council of Alberta. (1997). Legislature Document, Edmonton, Provincial Health Council of Alberta.
- Putnam, R.D. (1993). «The prosperous community: Social capital and public life.» The American Prospect, 13 (Spring),
- Putnam, R.D., R. Leonardi, et R.Y. Nanetti. (1988). «Institutional performance and political culture: Some puzzles about the power of the past.» *Governance*, 1 (3), 221-242.
- Putnam, R.D., R. Leonardi, R.Y. Nanetti, et F. Pavoncello. (1983). «Explaining institutional success: The case of Ilalian regional government.» American political science review, 77 (1), 55-74.
- Québec. (1990). Une réforme axée sur le citoyen, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Québec. (1993). Loi sur les services de santé et services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Rachlis, M., & Kushner, C. (1989). Second Opinion. Toronto: Harper-Collins.
- Rachlis, M., & Kushner, C. (1994). Second Opinion. Toronto: Harper-Collins.
- Rainnie, A. (1993). «The reorganisation of large firm subcontracting: myth and reality.» Capital & Class, (49), 53-
- Ratcliffe, J. (1993). «Extra-market incentives in the new NHS.» Health Policy, 25 169-183.
- Raulet-Croset, N. (1995). Du conflit à la coopération: un processus de structuration. Le cas de la protection de la nappe d'eau minérale vis-à-vis des pratiques agricoles. Paris: Université Paris-IX Dauphine.
- Renaud, M. (1981). Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État"narcissique". In L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher, & J. Llambias-Wollff (Eds.), *Médecine et Société*, (pp. 513-549). Montréal: Éditions coopératives AbertSaint-Martin.
- Riveline. (1983). Nouvelles approches des processus de décision: les apports de la recherche en gestion. Futuribles, mars.
- Rivière d'Arc, H. (1991). «Du national au particulier: Le débat sur la décentralisation dans trois pays d'Amérique Latine (Brésil, Mexique, Cuba).» Cahiers des Amériques Latines, (11), 7-22.

- Rochon, J. (1988). Voir à :Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988).
- Rondinelli, D.A. (1981). «Government decentralization in comparative perspective.» International review of administrative sciences, 47 (2), 135.
- Roo, A.A., et A.M.H. Maarse. (1990). «Understanding the central-local relationship in health care: A new approach.» International journal of health planning and management, 5 15-25.
- Salmond, G., G. Mooney, et M. Laugesen. (1994). «Introduction to health care reform in New Zealand.» *Health Policy*, 29 41-60.
- Salter, B. (1994). «Change in the British national health service: Policy paradox and the rationing issue.» *International Journal of Health Services*, 24 (1), 45-72.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1998). Analysing the Evidence on European Health Care Reforms. *Health Affairs*, 17(2), 85-108.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1997). European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1998). Analysing the Evidence on European Health Care Reform. *Health Affairs*, March/April, 85-108.
- Saltman, R. B., & Von Otter, C. (1987). Revitalizing public health services: A proposal for public competition in Sweden. Health Policy, 7, 21-40.
- Saltman, R.B. (1994) «The role of Competitive Incentives in Recent Reforms of Northern European Health Systems.» *Health Care cost Control: Internal Market Mechanism*, Montreal, Institut de Recherches en Politiques Publiques,
- Saltman, R.B. (1994). «Patient choice and patient empowerment in northern european health systems: A conceptual framework.» *International Journal of Health Services*, 24 (2), 201-229.
- Saltman, R.B., et C. von Otter. (1992). Planned markets and pulic competition: Strategic reform in Northern European health systems, Buckingham, Open University Press.
- Saltman, R.B., et C. von Otter. (1995a). «Introduction.» Implementing planned markets in health care: Balancing social and economic responsibility, édité par: R. B. Saltman et C. von Otter, Buckingham, Open University Press. pp. 1-21.
- Saltman, R.B., et C. von Otter. (1995b). «Vouchers in planned markets.» Implementing planned markets in health care: Balancing social and economic responsibility, édité par: R. B. Saltman et C. von Otter, Buckingham, Open University Press. pp. 134-155.
- Saltman, R.B., et C. von Otter. (1995c). «Balancing social and economic responsibility.» *Implementing planned markets in health care: Balancing social and economic responsibility*, édité par: R. B. Saltman et C. von Otter, Buckingham, Open University Press. pp. 239-251.
- Santé Canada. (1995). Réforme du système de Santé au Canada, document de travail, Santé Canada.
- Santé Canada. (1997). La réforme des soins de santé a Terre-Neuve, (rapport sur disquettes infomatiques), Santé Canada.
- Santé Canada. (1997). La réforme des soins de santé au Manitoba, (rapport sur disquettes infomatiques), Santé Canada.
- Santé Canada. (1997). La réforme des soins de santé au Nouveau-Brunswick, (rapport sur disquettes infomatiques), Santé Canada.
- Santé Canada. (1997). La réforme des soins de santé en Alberta, (rapport sur disquettes infomatiques), Santé Canada.
- Santé Canada. (1997). La réforme des soins de santé en Colombie Britanique, (rapport sur disquettes infomatiques), Santé Canada.
- Santé Canada. (1997). La réforme des soins de santé en Nouvelle-Ecosse, (rapport sur disquettes infomatiques), Santé Canada.
- Santé Canada. (1997). La réforme des soins de santé en Saskatchewan, (rapport sur disquettes infomatiques), Santé Canada.
- Santé Canada. (1997). La réformes des soins de santé en Ontario, (rapport sur disquettes infomatiques), Santé Canada.

- Santé et Bien-être social Canada. (1993). Planning for health: Toward Informed Decision-Making. Summary of Literature Review and a Proposed Evaluation Framework on Emerging Trends in the Organization and Delivery of Health Care Services: Minister of National Health and Welfare.
- Saskatchewan Health. (1992). A Saskatchewan Vision for Health: A framework for change, Regina, Saskatchewan Health.
- Saskatchewan Health. (1993). A Guide to Core Services for Saskatchewan Health Districts, Saskatchewan Health.
- Saskatchewan Health. (1994). Introduction of Need-Based Allocation of Ressources to Saskatchewan District Health Boards for 1994-95, Saskatchewan Health.
- Saskatchewan Health. (1995). Addendum to: "Introduction of Need-Based Allocation of Ressources to Saskatchewan District Health Boards for 1994-95" Refinements for 1995-96, Saskatchewan Health.
- Saskatchewan Health. (1996). Health Renewal is Working: Progress Report October 1996, Saskatchewan Health.
- Saskatchewan Health. (1998). Health System Directions, Part 1: Continuing the Vision, Regina, Saskatchewan Health.
- Scott, C.D. (1994). «Reform of the New Zealand health care system.» Health Policy, 29 41-60.
- Shackley, P., et A. Healey. (1993). «Creating a market: an economic analysis of the purchaser-provider model.» Health Policy, 25 153-168.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (1996). Remaking Health Care in America. San-Franciso: Jossey-Bass.
- Sills, P., D. Marsden, et M. Taylor. (1986). «Decentralization: Current trends and Issues.» Community Development Journal, 21 (2), 84.
- Smith, B.C. (1979). «The measurement of decentralization.» *International Review of Administrative Sciences*, 45 (3), 215.
- Smyth, J.D. (1997). «Competition as a means of procuring public services: Lessons for the UK from the US experience.» *International Journal of Public Sector Management*, 10 (1-2), 21-46.
- Stevens, S. B. (1993). Community based programs for a multicultural society: A guidebook for service providers. Winnipeg: Planned Parenthood Manitoba. (cité dans Casebeer et al., 1998).
- Sutherland, R., & Fulton, J. (1994). Spending Smarter and Spending Less. Ottawa: The Health Group.
- Thomason, J.A., et S.G. Karel. (1994). «Integrating national and district health planning in a decentralized setting.» Evaluation and Program Planning, 17 (1), 13-18.
- Touraine, A. (1994). Qu'est ce que la démocratie. Paris: Fayard.
- Townley, B. (1997). The institutional logic of performance appraisal. Organization Studies, 18(2), 261-286.
- Tremblay, M., H. Nguyen, et T. Turgeon. (1996). La planification régionale des services sociaux et de santé, Québec, Les publications du Québec.
- Trottier, L.-H., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (sortie prévue en 1998). Contrasting visions of decentralisation. In D. Drache & T. Sullivan (Eds.), Market Limits in Health Reform: Public Success, Private Failure., Toronto: Routledge.
- Turgeon, J. (1989). «Bientôt vingt ans de régionalisation: qu'ont donc eu à faire les CRSSS?» Service Social, 38 (2-3), 220-245.
- UNICEF. (1981). National Decision-Making for Primary Health Care. Genève: UNICEF / OMS.
- Valette, A. (1994). La formation de l'offre de soins à l'hôpital public : le rôle des ressources critiques dans les relations entre l'hôpital et son environnement. Sciences Sociales et Santé, XII(2).
- Vayda, E., et R.B. Deber. (1984). «The Canadian health care system: An overview.» Social Sciences and Medecine, 18 (3), 191-197.
- Veenstra, G., et J. Lomas. (1996). Home is were the governing is: Social capital and regional health governmence, C96-1, Working paper, McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis.
- White, D. (1993). Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes: Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec. Sociologie et société, XXV(1), 77-97.
- WHO/OMS. (1984). Strengthening Ministries of Health for primary Health Care, Genève: WHO.
- WHO/OMS. (1996). European Health Care Reforms Analysis of Current Strategies, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

144

Wilson, P.A., et R. Pendall. (1987). «Regionalization and decentralization in Nicaragua.» Latin American Perspectives, Issue 53, vol. 14 (2), 237-254.